



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ**

**RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR BOZUKLUK I VE II'DE SİGARA VE MADDE  
KULLANIMININ KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. Yusuf METİN**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

ANKARA-2023





**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ**

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR BOZUKLUK I VE II'DE SİĞARA VE MADDE  
KULLANIMININ KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. Yusuf METİN**

**Tez Danışmanı:  
Prof. Dr. Özcan UZUN**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

ANKARA-2023

## TEŞEKKÜR

Asistanlık sürecim boyunca bilgi birikiminden ve tecrübelerinden faydalandığım, tüm sorularımı sabırla cevaplayan, uzmanlık tezimin her aşamasında bana destek olan tez danışmanım ve her zaman örnek aldığım değerli hocam Prof. Dr. Özcan Uzun'a, psikiyatri asistanlığına başladığım ilk günden itibaren desteğini, sevgisini ve anlayışını hiçbir zaman esirgemeyen, bilgi birikimi, deneyimi ve klinik nosyonu ile bize ışık tutan klinik şefimiz Prof. Dr. Kâmil Nahit ÖZMENLER'e, üzerimde büyük emekleri olan, birlikte çalışmış olmaktan gurur duyduğum Prof. Dr. Sinan YETKİN, Doç. Dr. Taner ÖZNUR ve Doç. Dr. Bülent Devrim AKÇAY'a, rotasyonlarım sırasında eğitimime katkıda bulunan Prof. Dr. Mehmet Ayhan CÖNGÖLOĞLU ve Doç. Dr. Ali Rıza SONKAYA'ya,

Güzel anılar biriktirdiğim ve çalışmaktan çok keyif aldığım asistan arkadaşlarıma; bilgi ve deneyimleri ile bana destek olan değerli uzman ablarım ve abilerime,

Kliniğimizin değerli psikologları, hemşireleri, sekreterleri ve personellerine,

Hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen, üzerimde sonsuz emekleri olan, hiçbir zaman haklarını ödeyemeyeceğim canım aileme, yeğenim Ali Ekrem'e ve son olarak hayattaki en büyük destekçim ve en büyük şansım, her zaman bilgisine, sabrına, görüşlerine hayran olduğum, meslektaşım kıymetli eşim Zeliha Nur'a,

İçten teşekkür, sevgi ve saygılarımla...

**Dr. Yusuf METİN**

# İÇİNDEKİLER

|                                              |      |
|----------------------------------------------|------|
| TEŞEKKÜR.....                                | i    |
| İÇİNDEKİLER .....                            | ii   |
| SİMGELER VE KISALTMALAR.....                 | vi   |
| TABLolar .....                               | vii  |
| ÖZET .....                                   | viii |
| ABSTRACT.....                                | x    |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ.....                        | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                       | 3    |
| 2.1. BİPOLAR BOZUKLUK.....                   | 3    |
| 2.1.1. Tanımı.....                           | 3    |
| 2.1.2. Yaygınlığı.....                       | 3    |
| 2.1.3. Tarihçesi .....                       | 3    |
| 2.1.4. Tanı.....                             | 4    |
| 2.1.5. Klinik Özellikler.....                | 7    |
| 2.1.6. Risk Faktörleri .....                 | 9    |
| 2.1.6.1. Cinsiyet .....                      | 9    |
| 2.1.6.2. Yaş .....                           | 9    |
| 2.1.6.3. Sosyoekonomik durum .....           | 10   |
| 2.1.6.4. Medeni durum.....                   | 10   |
| 2.1.6.5. Yaşam olayları .....                | 10   |
| 2.1.6.6. Genetik faktörler .....             | 11   |
| 2.1.7. Etiyoloji .....                       | 12   |
| 2.1.7.1. Genetik.....                        | 12   |
| 2.1.7.2. Nörotransmitterler.....             | 14   |
| 2.1.8. Klinik Seyir .....                    | 15   |
| 2.2. SİĞARA KULLANIMI .....                  | 16   |
| 2.2.1. Epidemiyolojisi.....                  | 16   |
| 2.2.2. Demografik Özellikleri.....           | 17   |
| 2.3. MADDE KULLANIMI .....                   | 18   |
| 2.3.1. Madde Kullanımı Epidemiyolojisi ..... | 19   |

|                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.3.2. Madde Kullanımının Demografik Özellikleri .....                                                                        | 20 |
| 2.4. BİPOLAR BOZUKLUK İLE SİGARA VE MADDE KULLANIMI<br>KOMORBİDİTESİ .....                                                    | 21 |
| 2.4.1. Bipolar Bozukluk ile Sigara Kullanımı Komorbiditesi .....                                                              | 21 |
| 2.4.2. Bipolar Bozukluk ile Madde Kullanımı Komorbiditesi .....                                                               | 22 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....                                                                                                       | 26 |
| 3.1. ÖRNEKLEM .....                                                                                                           | 26 |
| 3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI .....                                                                                      | 27 |
| 3.3. ÇALIŞMAYA DÂHİL EDİLEN HASTALARA UYGULANAN<br>ÖLÇÜM ARAÇLARI.....                                                        | 27 |
| 3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu .....                                                                             | 27 |
| 3.3.2. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİÖ) .....                                                                              | 27 |
| 3.3.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) .....                                                                  | 28 |
| 3.3.4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ).....                                                                           | 28 |
| 3.4. YÖNTEM.....                                                                                                              | 29 |
| 3.5. İSTATİKSEL ANALİZ .....                                                                                                  | 30 |
| 4. BULGULAR.....                                                                                                              | 31 |
| 4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK<br>ÖZELLİKLERİ.....                                                             | 31 |
| 4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri .....                                                                       | 31 |
| 4.1.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri .....                                                                                | 33 |
| 4.1.3. Katılımcıların Tedavi Özellikleri .....                                                                                | 33 |
| 4.1.4. Katılımcıların Klinik Ölçümleri .....                                                                                  | 34 |
| 4.2. BPB-I VE BPB-II'DE SİGARA VE MADDE KULLANIMININ<br>KARŞILAŞTIRILMASI.....                                                | 34 |
| 4.3. BPB-I GRUBUNDA SİGARA VE MADDE KULLANIMI İLE<br>SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN<br>KARŞILAŞTIRILMASI.....         | 35 |
| 4.3.1. BPB-I Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile<br>Sosyodemografik Özellikler ve Aile Öyküsünün<br>Karşılaştırılması..... | 35 |

|        |                                                                                                                    |    |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.3.2. | BPB-I Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması.....                            | 40 |
| 4.3.3. | BPB-I Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Tedavi Özelliklerinin Karşılaştırılması .....                         | 43 |
| 4.3.4. | BPB-I Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Klinik Ölçümlerin Karşılaştırılması .....                             | 45 |
| 4.4.   | BPB- II GRUBUNDA SİGARA VE MADDE KULLANIMI İLE SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI .....      | 47 |
| 4.4.1. | BPB- II Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Sosyodemografik Özellikler ve Aile Öyküsünün Karşılaştırılması..... | 47 |
| 4.4.2. | BPB-II Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması.....                           | 51 |
| 4.4.3. | BPB-II Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Tedavi Özelliklerinin Karşılaştırılması .....                        | 54 |
| 4.4.4. | BPB-II Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Klinik Ölçümlerin Karşılaştırılması .....                            | 56 |
| 5.     | TARTIŞMA.....                                                                                                      | 58 |
| 5.1.   | SİGARA VE MADDE KULLANIMI ORANLARI.....                                                                            | 58 |
| 5.2.   | SİGARA VE MADDE KULLANIMI İLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE AİLE ÖYKÜSÜNÜN İLİŞKİSİ .....                          | 58 |
| 5.3.   | SİGARA VE MADDE KULLANIMI İLE KLİNİK ÖZELLİKLERİN İLİŞKİSİ.....                                                    | 61 |
| 5.4.   | ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI.....                                                                                     | 65 |
| 6.     | SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....                                                                                          | 66 |
| 6.1.   | SONUÇLAR .....                                                                                                     | 66 |
| 6.2.   | ÖNERİLER.....                                                                                                      | 67 |
| 7.     | KAYNAKLAR.....                                                                                                     | 68 |
| 8.     | ÖZGEÇMİŞ.....                                                                                                      | 77 |
| 9.     | EKLER .....                                                                                                        | 78 |
|        | EK-1: ARAŞTIRMA ETİK KURUL BELGESİ.....                                                                            | 78 |

|                                                 |    |
|-------------------------------------------------|----|
| EK-2: TUEK BELGESİ .....                        | 79 |
| EK-3: TEZ KONUSU ONAY BELGESİ.....              | 80 |
| EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ..... | 82 |
| EK-5: OLGU RAPOR FORMU .....                    | 86 |



## SİMGELER VE KISALTMALAR

|               |                                                                       |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>ABD</b>    | : Amerika Birleşik Devletleri                                         |
| <b>BDNF</b>   | : Brain Derived Neurotrophic Factor                                   |
| <b>BOS</b>    | : Beyin Omurilik Sıvısı                                               |
| <b>BPB</b>    | : Bipolar Bozukluk                                                    |
| <b>COMT</b>   | : Katekol-O-Metiltransferaz                                           |
| <b>DSM</b>    | : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders               |
| <b>GABA</b>   | : Gama Amino Bütirik Asid                                             |
| <b>HDDÖ</b>   | : Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği                            |
| <b>ICD</b>    | : The International Classification of Diseases                        |
| <b>KGİÖ</b>   | : Klinik Global İzlenim Ölçeği                                        |
| <b>MAO-A</b>  | : Monoamin Oksidaz-A                                                  |
| <b>MHPG</b>   | : 3-Metoksi-4-Hidroksifenilglükol                                     |
| <b>NESARC</b> | : The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions |
| <b>SNP</b>    | : Single-Nucleotide Polymorphism                                      |
| <b>SPSS</b>   | : Statistical Package for the Social Sciences                         |
| <b>STEP</b>   | : Systematic Treatment Enhancement Program                            |
| <b>TUEK</b>   | : Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu                                        |
| <b>TÜİK</b>   | : Türkiye İstatistik Kurumu                                           |
| <b>WHO</b>    | : World Health Organization                                           |
| <b>YMDÖ</b>   | : Young Mani Derecelendirme Ölçeği                                    |

## TABLÖLAR

|                    |                                                                                                                          |    |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 1.1.</b>  | DSM-5 Bipolar Bozukluk Manik Dönem Tanı Kriterleri .....                                                                 | 5  |
| <b>Tablo 1.2.</b>  | DSM-5 Bipolar Bozukluk Hipomanik Dönem Tanı Kriterleri .....                                                             | 6  |
| <b>Tablo 1.3.</b>  | DSM-5 Bipolar Bozukluk Depresif Dönem Tanı Kriterleri .....                                                              | 7  |
| <b>Tablo 4.1.</b>  | Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....                                                                          | 31 |
| <b>Tablo 4.2.</b>  | Katılımcıların Sigara ve Madde Kullanım Özellikleri.....                                                                 | 32 |
| <b>Tablo 4.3.</b>  | Katılımcıların Klinik Özellikleri.....                                                                                   | 33 |
| <b>Tablo 4.4.</b>  | Katılımcıların Tedavi Özellikleri.....                                                                                   | 34 |
| <b>Tablo 4.5.</b>  | Katılımcıların Klinik Ölçümleri.....                                                                                     | 34 |
| <b>Tablo 4.6.</b>  | Sigara ve Madde Kullanımının BPB-I ve BPB-2 Grupları<br>Arasındaki Karşılaştırılması .....                               | 35 |
| <b>Tablo 4.7.</b>  | BPB-I Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile<br>Sosyodemografik Özellikler ve Aile Öyküsünün<br>Karşılaştırılması .....  | 39 |
| <b>Tablo 4.8.</b>  | BPB-I Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Klinik<br>Özelliklerin Karşılaştırılması .....                              | 42 |
| <b>Tablo 4.9.</b>  | BPB-I Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Tedavi<br>Özelliklerinin Karşılaştırılması.....                             | 45 |
| <b>Tablo 4.10.</b> | BPB-I Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Klinik<br>Ölçümlerin Karşılaştırılması .....                                | 46 |
| <b>Tablo 4.11.</b> | BPB-II Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile<br>Sosyodemografik Özellikler ve Aile Öyküsünün<br>Karşılaştırılması ..... | 50 |
| <b>Tablo 4.12.</b> | BPB-II Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Klinik<br>Özelliklerin Karşılaştırılması .....                             | 53 |
| <b>Tablo 4.13.</b> | BPB-II Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Tedavi<br>Özelliklerinin Karşılaştırılması.....                            | 56 |
| <b>Tablo 4.14.</b> | BPB-II Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Klinik<br>Ölçümlerin Karşılaştırılması .....                               | 57 |

## ÖZET

**Yusuf METİN, Bipolar Bozukluk I ve II’de Sigara ve Madde Kullanımının Karşılaştırılması. Ankara, 2023**

**Amaç:** Bipolar bozukluk (BPB) mani/hipomani, depresyon veya her ikisini de içeren karma dönemleri olan, işlevselliğin bozulduğu, ataklar halinde seyreden, atak dönemleri arasında kalıntı belirtilerin bulunabildiği kronik bir hastalıktır. Hastalığın prognozunda, başlangıç yaşı, tedavisiz geçen süre, sosyal destek gibi durumlar haricinde sigara ve madde kullanımı da önemli yer tutmaktadır. Bipolar bozuklukta eşlik eden madde kullanımı, ek komorbid hastalıkların yanı sıra daha çok sayıda ve uzun süreli hastane yatışı, tedavi uyumsuzluğu, atakların daha şiddetli olması ile yakından ilişkilidir. Bu durum, bipolar bozukluğa eşlik eden madde kullanımının erken tanınması ve erken dönemde tedavi edilmesinin hastalık seyri üzerinde önemli etkisinin olduğunu göstermektedir. Literatüre bakıldığında BPB-I ve BPB-II’de sigara ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Çalışmamızın ana amacı BPB-I ve BPB-II’de sigara ve madde kullanımının karşılaştırılması ve literatüre katkı sağlamasıdır.

**Gereç ve Yöntem:** Mevcut çalışmanın örneklemini, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri kliniğine çalışmanın yapıldığı tarihlerde başvuran DSM-5 tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk (BPB) tanısı alan 102 hasta oluşturmaktadır. Çalışma ekibi tarafından hazırlanan Veri Toplama Formunun yardımıyla gerekli sosyodemografik, klinik özellikler ve tedavi ile ilişkili bilgiler toplanmıştır. Hastaların başvuru esnasındaki semptom şiddetini değerlendirmek amacıyla YMDÖ, HDDÖ ve CGI’ nın hastalık şiddeti ile yan etkiler boyutları uygulanmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların %59,6’sı sigara kullanıyordu. Sigara kullanma oranı BPB-I için %66,1 iken BPB-II için %51,9’dur. Bipolar alt tipleri (BPB-I ve BPB-II) arasında sigara kullanımı açısından anlamlı bir fark yoktu. Katılımcıların %13,2’si madde kullanıyordu. Madde kullanım oranları BPB-I için %21 iken BPB-II için %3,8’di. BPB-I grubunda madde kullanımı anlamlı olarak daha fazlaydı. BPB-I ve BPB-II’de sigara kullanımı ve madde kullanımı ile cinsiyetler arasında anlamlı bir

ilişki saptanmadı. BPB-I 'de madde kullanımı olanlarda bekar/ayrılmış/dul olma oranı anlamlı olarak daha yüksekti. BPB-I grubunda sigara kullanımı olanlarda sigara kullanımı olmayanlara göre ve madde kullanımı olanlarda olmayanlara göre self mutilasyon anlamlı olarak daha fazlaydı. BPB-I grubunda sigara kullanımı ile madde kullanımı arasında anlamlı ilişki mevcutken, madde kullanımı olanların tamamı sigara kullanıyordu. BPB-I'de sigara kullanımı olanlarda olmayanlara göre ve madde kullanımı olanlarda olmayanlara göre psikotik özellikli atak varlığı anlamlı olarak daha fazlaydı. BPB-I'de madde kullanımı olanlar ve olmayanlar arasında CGI-HŞ skorlarında anlamlı fark saptanmazken YMDÖ skorları anlamlı olarak daha yüksekti. BPB-II grubunda sigara kullanımı ve madde kullanımı olanlar ve olmayanlar arasında klinik özellikler, tedavi özellikleri ve klinik ölçümler açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

**Sonuç:** Bipolar bozukluğu olan bireylerde daha yüksek oranlarda sigara ve madde komorbiditesi gözlenmektedir. Özellikle BPB-I'de sigara ve madde kullanımı olan hastaların daha şiddetli hastalık dönemleri yaşamaları, toplumsal uyumlarının bozulması, kendine ve çevreye zarar verici davranışlarının artması zaten karmaşık olan BPB gidişatının daha da zorlaşmasına ve tedavinin güçleşmesine sebep olmaktadır. Önlenabilir sebepler olan sigara ve madde kullanımının önlenmesi hastalığın bireyler üzerindeki olumsuz etkisini minimize etmeye ve sosyal işlevselliklerini artırmaya yardımcı olacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Bipolar bozukluk, madde kullanımı, sigara kullanımı

## ABSTRACT

**Yusuf METİN, Comparison of Smoking and Substance Use in Bipolar I and Bipolar II Disorder. Ankara, 2023**

**Objective:** Bipolar disorder (BD) is a chronic illness characterized by episodes of mania/hypomania, depression, or mixed states, leading to impaired functioning and occurring in episodic patterns with residual symptoms between episodes. In the prognosis of the disease, factors such as age of onset, duration without treatment, and social support are significant, in addition to cigarette and substance use. Substance use co-occurring with bipolar disorder is closely associated with more frequent and prolonged hospitalizations, treatment non-adherence, and increased severity of episodes, apart from additional comorbidities. This underscores the importance of early recognition and treatment of substance use accompanying bipolar disorder. Limited studies have explored the relationship between cigarette and substance use in BD-I and BD-II. The main aim of our study is to compare cigarette and substance use in BD-I and BD-II, contributing to the existing literature.

**Materials and Methods:** The sample of the current study consists of 102 patients diagnosed with bipolar disorder (BD) based on the DSM-5 diagnostic criteria, who presented to the Psychiatry clinic at Gülhane Training and Research Hospital during the study period. Necessary socio-demographic, clinical characteristics, and treatment-related information were collected using the Data Collection Form prepared by the research team. To assess the severity of symptoms at the time of admission, dimensions of disease severity and side effects were measured using the YMRS, HDRS, and CGI scales.

**Results:** The study revealed that 59.6% of participants were smokers, with a smoking rate of 66.1% for Bipolar Disorder Type I (BD-I) and 51.9% for Bipolar Disorder Type II (BD-II). Notably, no significant disparity in smoking prevalence was observed between the two bipolar subtypes. About 13.2% of participants reported substance use, with rates of 21% for BD-I and 3.8% for BD-II. Substance use was significantly more prevalent in BD-I. The relationship between smoking, substance use, and gender showed no significant association in both BD-I and BD-II. In BD-I,

individuals with substance use were notably more likely to be single, divorced, or widowed. Furthermore, those who smoked in BD-I exhibited significantly higher rates of self-mutilation compared to non-smokers, and a similar trend was observed in substance users compared to non-users. Additionally, a significant association between smoking and substance use was identified in BD-I, where all substance users were also smokers. Furthermore, in BD-I, the presence of psychotic features during attacks was significantly higher in smokers compared to non-smokers and in substance users compared to non-users.

While there was no significant difference in CGI-HS scores between substance users and non-users in BD-I, YMRS scores were notably higher in substance users. In BD-II, no significant differences were found in clinical characteristics, treatment features, and clinical measurements between individuals with and without smoking or substance use.

**Conclusion:** Individuals with bipolar disorder exhibit a higher prevalence of comorbidities involving both cigarette smoking and substance use. Particularly in Bipolar Disorder Type I (BD-I), patients who engage in cigarette and substance use tend to experience more severe illness phases, leading to disrupted social functioning and an increase in self-harming behaviors. This exacerbates the already complex course of BD, making it more challenging for effective treatment. Preventive measures targeting cigarette and substance use, both modifiable risk factors, can play a crucial role in minimizing the adverse impact of the disorder on individuals. By addressing these factors, it becomes possible to mitigate the negative effects of the illness and enhance social functionality among those affected.

**Keywords:** Bipolar disorder, substance use, smoking

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk (BPB), mani/hipomani, depresyon veya her ikisini de içeren karma dönemleri olan, işlevselliğin bozulduğu, ataklar halinde seyreden, atak dönemleri arasında kalıntı belirtilerin bulunabildiği kronik bir hastalıktır. Bipolar bozukluk önemli derecede yeti yitimine sebep olmaktadır. Bu nedenle BPB olan hastaların tedavisi önem arz etmektedir. Atakların önlenmesi, atak süresinin kısaltılması, ataklar arasında kalıntı belirtilerin bulunmaması tedavinin önemli amaçlarındandır. Hastalığın prognozunda, başlangıç yaşı, tedavisiz geçen süre, sosyal destek gibi durumlar haricinde sigara ve madde kullanımı da önemli yer tutmaktadır.

Sigara tüketimi, önlenbilir ölüm sebeplerinin başında gelmektedir. Yapılan çalışmalarda BPB’da sigara kullanımının, genel topluma kıyasla önemli derece yüksek olduğu (1), BPB hastalarının daha fazla miktarda sigara içtikleri, sigara kullanım sürelerinin uzun, bırakma girişimlerinin ise daha düşük olduğu bulunmuştur (2,3). 27.067 BPB hastasının dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında sigara içme prevalansı %49 gibi oldukça yüksek bulunmakla birlikte (2) prevalans %31 ile %69 arasında değişmektedir (3,4). Bipolar bozukluğu olan 30.411 hasta ve majör depresyonu olan 105.856 hastanın dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında sigara içme prevalansları sırasıyla %49 ve %30 olarak hesaplanmıştır (2). Colton ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bipolar bozukluk hastalarının ortalama yaşam sürelerinin sağlıklı popülasyona göre 30 yıl daha kısa olduğu bulunmuştur (5). Bu durumun nedeni sigara ile ilişkili astım, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıkların artışı ile ilişkili olabilir (6). Sigara kullanımı karaciğer üzerinden metabolize olan ilaçların kan düzeylerini etkileyebilir. Bu durum, hastanın yeterli duygudurum düzenleyici ve/veya antipsikotik kan ilaç düzeyine ulaşmamasına neden olabilir. Sigara kullanımı psikiyatrik durumların kötüleşmesi, tedavi cevabının uzamasına; sigaranın bırakılması ise olası yan etkilerin görülmesine neden olabilir (7). Genel olarak bakıldığında, kullanımı önlenabilir olan sigaranın bipolar bozukluk hastaları üzerinde hayat kalitesi, optimal tedavi ve diğer komorbid durumlar üzerine olan olumsuz etkileri oldukça geniştir (8).

Heffner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara kullanan bipolar bozukluk hastalarında alkol ve madde kullanımının sigara kullanmayan bipolar bozukluk hastalarına oranla yaklaşık 2 ila 3 kat yüksek olduğu, çalışmaya katılan hastaların yaklaşık %50'sinin esrar kullanım bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur (9). Bipolar bozukluk, madde kullanımı gibi dürtüsel davranışlar için önemli bir risk faktörüdür (10). Bipolar bozuklukta eşlik eden madde kullanımı, ek komorbid hastalıkların yanı sıra daha çok sayıda ve uzun süreli hastane yatışı, tedavi uyumsuzluğu, atakların daha şiddetli olması ile yakından ilişkilidir (11). Bu durum, bipolar bozukluğa eşlik eden madde kullanımının erken tanınması ve erken dönemde tedavi edilmesinin hastalık seyri üzerinde önemli etkisinin olduğunu göstermektedir. Yakın tarihli bir meta-analiz çalışmasında BPB tanılı hastalarda esrar kullanım yaygınlığının %24 olduğu ve esrar kullanımı ile genç yaşta olmanın, bekâr ve erkek olmanın, düşük eğitim düzeyine sahip olmanın ve affektif belirtilerin erken başlamasının ilişkili olduğu bulunmuştur (12). Hunt ve arkadaşlarının yaptığı meta-analizde, bipolar bozukluk hastalarında en sık kullanılan maddenin esrar olduğu ve bunu sırasıyla kokain ve amfetaminin izlediği, BPB olan erkek hastaların yaşam boyu madde kullanım riskinin kadınlara göre daha yüksek olduğu; madde kullanım bozukluğu olmayan bipolar bozukluk hastalarının, madde kullanımı olan bipolar bozukluk hastalarına göre daha düşük hastane yatış oranı ve daha geç başlangıç yaşına sahip olduğu bulunmuştur (13).

Literatüre bakıldığında majör psikiyatrik hastalıklar ile sigara ve madde kullanımı ilişkisini inceleyen birçok çalışma mevcut olmakla birlikte BPB-I ve BPB-II'de sigara ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne polikliniğine ayaktan başvuran ve klinikte yatarak tedavi gören, DSM-5'e göre Bipolar Bozukluk tanısı alan hastalarda; yarı yapılandırılmış Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Depresyon Ölçeği, Young Mani Ölçeği, Klinik Global İzlem ölçeği kullanılarak; Bipolar Bozukluk I ve II'de sigara ve madde kullanımının karşılaştırılması çalışmanın ana amacıdır. Bunun yanında literatürde bu konuyla ilgili kısıtlı veri bulunmasından dolayı literatüre bu konuda katkı sağlaması amaçlanmaktadır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. BİPOLAR BOZUKLUK**

#### **2.1.1. Tanımı**

Bipolar bozukluk, mani/hipomani, depresyon veya her iki dönemin de özelliklerini içeren karma dönemleri olan, ataklar halinde seyreden, atak dönemlerinde işlevselliğin bozulduğu, atak dönemleri arasında kalıntı belirtilerin bulunabildiği kronik bir bozukluktur.

#### **2.1.2. Yaygınlığı**

Bipolar bozukluk en sık görülen psikiyatrik hastalıklardan biridir. BPB etnik köken ve sosyoekonomik durum fark etmeksizin toplumun %1'ini etkilemektedir. Yaşam boyu yaygınlık oranları BPB-I için %0-2,4, BPB-II için 0,3-4,8'dir. Yakın tarihli bir meta-analiz çalışmasında yaşam boyu prevalans BPB-I ve BPB-II için sırasıyla %1.06 ve %1.57 olarak bulunmuştur (14). BPB-I'de kadın ve erkeklerdeki yaygınlık eşittir (15). Manik dönemler daha çok erkeklerde, depresif dönem ise daha çok kadınlarda görülmektedir. BPB çoğunlukla erkeklerde manik dönem, kadınlarda ise depresif dönem ile başlamaktadır. BPB işlevsellikte bozulma, artmış intihar nedenli ölüm oranları nedeniyle önemli derecede yeti yitimine sebep olmaktadır (16). World Health Organization (WHO) verilerine göre BPB çalışılmayan gün sayısında ikinci büyük etkiye sahiptir (17).

#### **2.1.3. Tarihçesi**

Mani ve depresyon çok uzun zamandır bilinmekte, Yunan ve Latin kaynaklarında mani ve depresyonu olan kişilere yer verilmektedir. M.Ö 5. yy'da Hipokrat depresyona "melankoli" adını vermiş ve melankoliyi "kara safra" ile ilişkilendirmiştir. 19. yy'da ruh hekimleri mani ve melankolinin değişik türlerini "psikoz manyak depresif" adı altında toparlamışlar; Kraepelin "manik depresif bozukluğu", "erken bunamadan" hastalığının klinik seyri, ataklar ve ataklar sırasında düzelmelerin olması ile ayırmıştır. Ona göre depresyon ve mani, aynı hastalığın iki zıt görünümüdür.

1957 yılında Karl Leonard unipolar ve bipolar depresyonun ayırımını yaparak, hastalığın döngüsel özelliğinden çok, hangi kutupta olduğunun önemine vurgu yapmıştır. DSM-5 ile birlikte duygudurum bozuklukları altında bulunan hastalıklar ‘‘ Bipolar Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar’’ ve ‘‘Depresif Bozukluklar’’ olarak iki gruba ayırmıştır.

#### **2.1.4. Tanı**

Bipolar bozukluk tanısı konulması genellikle zordur ve uzun zaman alır. Bunun en önemli nedenlerinden birisi %70’e yakın eş tanı oranının olması (18), hastalık belirtilerinin diğer hastalıklar ile örtüşmesidir (19).

Bipolar bozukluğun etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olması, görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerinin tanı koymaya tam anlamıyla yardımcı olamaması nedeniyle BPB tanısı klinik muayene bulguları ile konulabilmektedir. Farklı tanı sistemleri geliştirilmiş olmasına rağmen sıklıkla DSM-5 ve Hastalıkların ve Bunlarla İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatiksel Sınıflanması 11. Baskı (ICD-11) tanı sistemleri kullanılmaktadır. Rutin uygulamada özgülük ve duyarlılığının fazla olması nedeniyle DSM-5 tanı kriterleri daha fazla kullanılmaktadır.

DSM-5’te Bipolar ve ilişkili bozukluklar başlığı altında;

1. Bipolar-1 bozukluk
2. Bipolar-2 bozukluk
3. Siklotimi bozukluğu,
4. Maddenin/ilacın yol açtığı iki uçlu ve ilişkili bozukluk
5. Tanımlanmamış iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanıları bulunmaktadır.

BPB-I tanısı için, tanı kriterlerini karşılayan en az 1 manik dönemin bulunması gerekmektedir (Tablo 1.1). Manik dönem öncesi ve sonrasında hipomanik ve/veya depresif dönemler bulunabilir.

BPB-II tanısı için, o sırada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan hipomani dönemi (Tablo 1.2) ve o sırada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan majör depresyon (Tablo 1.3) tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir.

DSM-5’te Bipolar Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar spektrumundaki hastalıklar için; sıkıntılı-kaygılı, karma özellikler gösteren, hızlı döngülü, melankolik, atipik, psikotik, katatonik, perinatal, mevsimsel örüntü, duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri, duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren şekilde belirleyiciler kullanmıştır. DSM-5’e göre bipolar bozukluk tanı kriterleri tabloda sunulmuştur (15).

**Tablo 1.1.** DSM-5 Bipolar Bozukluk Manik Dönem Tanı Kriterleri

---

**DSM-5’e göre BPB Manik Dönem Tanı Kriterleri**

A. Olağandışı ve süregelen yükselmiş(eleve), çöşkulu (ekspansif) ya da iritabl bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve enerjide olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu belirgin bir dönemin en az 1 hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun ve enerjide ya da etkinlikte artmanın olduğu dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden en az üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum sadece iritabl ise dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

- 1.Benlik saygısında abartılı bir şekilde artış ya da büyüklük düşünceleri,
- 2.Uyku gereksiniminde azalma,
- 3.Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma,
- 4.Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı,
- 5.Dikkatin dağınıklığı olduğunun bildirilmesi ya da gözlenmesi,
- 6.Amaca yönelik etkinliklerde artma ya da psikomotor ajitasyon,
- 7.Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma,

C. Duygudurum düzensizliği, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir bozulmaya neden olacak kadar ya da kişinin kendisine ya da başkalarına zarar vermemesi için hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ağırdır ya da psikotik özellikler vardır.

D. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

---

**Tablo 1.2. DSM-5 Bipolar Bozukluk Hipomanik Dönem Tanı Kriterleri**

| <b>DSM-5'e göre BPB Hipomanik Dönem Tanı Kriterleri</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A.                                                      | Olağandışı ve süregelen yükselmiş(eleve), coşkulu (ekspansif) ya da irritable bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve enerjide olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu belirgin bir dönemin, en az birbirini izleyen 4 gün süreyle neredeyse her gün günün büyük bir bölümünde bulunması.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| B.                                                      | Duygudurum bozukluğunun ve enerjide ya da etkinlikte artmanın olduğu dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden en az üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum sadece irritable ise dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:<br>1.Benlik saygısında abartılı bir şekilde artış ya da büyüklük düşünceleri,<br>2.Uyku gereksiniminde azalma,<br>3.Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma,<br>4.Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı,<br>5.Dikkatin dağınıklığı olduğunun bildirilmesi ya da gözlenmesi,<br>6.Amaca yönelik etkinliklerde artma ya da psikomotor ajitasyon,<br>7.Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma, |
| C.                                                      | Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü dönemdir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| D.                                                      | Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| E.                                                      | Duygudurum düzensizliği, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir bozulmaya neden olacak kadar ya da kişinin kendisine ya da başkalarına zarar vermemesi için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa söz konusu dönem tanım olarak mani dönemidir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| F.                                                      | Bu dönem bir maddenin ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

**Tablo 1.3. DSM-5 Bipolar Bozukluk Depresif Dönem Tanı Kriterleri**

**DSM-5'e göre BPB Depresif Dönem Tanı Kriterleri**

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi (ya da daha fazlası) mevcuttur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi istek kaybı ya da zevk alamamadır.

1. Kişinin öznel olarak bildirdiği ya da başkalarınca gözlenen günün çoğunda neredeyse her gün olan depresif duygudurumun bulunması.
2. Neredeyse her gün günün çoğunda tüm veya neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da etkinliklerden zevk alamama olması
3. Diyet yapmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma ya da neredeyse her gün iştahta artma ya da azalma
4. Neredeyse her gün uykusuzluk ya da fazla uyuma
5. Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
6. Neredeyse her gün yoğunluk ya da enerji azalması
7. Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısallık olabilir)
8. Neredeyse her gün düşünmekte ya da konsantre olmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama
9. Yineleyici ölüm düşünceleri, özgül plan yapmaksızın yineleyici intihar düşünceleri ya da kendini öldürmek üzere özgül plan yapma

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

C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

**2.1.5. Klinik Özellikler**

Duygudurum, kişinin öznel olarak hissettiği, süregelen ve içsel duygusal durumunu tanımlar. Duygudurum, ötimik, taşkın, sıkıntılı ve çökkün duygudurum şeklinde sınıflandırılabilir. Duygudurum bozuklukları, dikkat, aktivite, bilişsel işlevler ve vejetatif fonksiyonları etkileyerek hemen her zaman kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğini olumsuz yönde etkiler. Bipolar bozukluk, mani, hipomani, depresyon ve ötimik duygudurum ile karakterize bir duygudurum bozukluğudur.

Manik dönem, kişinin benlik saygısının artması veya grandiyözitenin bulunması, uyku gereksiniminin azalması, fikir uçuşmasının bulunması, dikkatin kolay çelinebildiği ve basınçlı konuşmanın olduğu, zihinsel veya fiziksel aktivite artışı ya da psikomotor ajitasyonun olduğunu, amaca yönelik aktivite ve kişi için kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere katılımın arttığı bir tablo ile karakterizedir. Özellikle kişinin yakınları tarafından hastanın duygudurumundaki değişiklik rahatlıkla fark edilebilir. Hastalık genellikle öforik duygudurum ile başlama ve ilerleyen süreçte taşkın duyguduruma kayma lehinedir. Kişide benlik saygısı ve kendine güven abartılı derecede artar, hatta psikotik düzeye ilerleyebilir (megalomani). Fiziksel ve zihinsel

aktivite artış ile kişide yeni ilgi alanları gelişebilir. Kişi, kendisi ve çevresi için risk oluşturabilecek davranışlarda bulunabilir. Düşünce akışında hızlanma nedeniyle konudan konuya atlama (fikir uçuşmaları) mevcuttur. Konuşma miktarında artış ve kişinin sözünün kesilemediği basınçlı konuşma mevcuttur.

Depresif dönem ise, en az 2 hafta süreyle ilgi-istek kaybı ya da depresif duygudurumun bulunduğu, uyku, iştah ve konsantrasyonda değişikliklerin olduğu, benlik saygısında azalma, umutsuzluk, suçluluk ve intihar düşünceleri ile karakterizedir. Hastalar kendilerini umutsuz, çaresiz, keyifsiz, mutsuz olarak tanımlayabilir, normalde yapmaktan zevk aldıkları etkinlikleri yapmaktan zevk almadıklarını ifade edebilirler. Hastaların çok büyük bir kısmı enerji azlığından, bir işe başlamak ve bir işi sürdürebilmek için enerjilerin olmadığından yakınırılar.

Depresif dönemde benlik saygısı oldukça düşmüştür. Düşünce içeriklerinde pişmanlık, çaresizlik, kayıp ve intihar düşünceleri bulunabilir. Psikotik depresyon hastalarında suçluluk, günahkarlık, nihilistik, somatik hezeyanlar gibi duygudurum ile uyumlu hezeyanlar bulunabilir. Hastaların yaklaşık %80'i sabahları erken uyanma gibi uyku problemlerinden, %90'ı eşlik eden anksiyete belirtilerinden yakınabilir (15). Genellikle uyku süresi ve iştah azalmakla birlikte uyku miktarında ve iştahta artış gibi atipik vejetatif belirtiler de görülebilir. Depresif hastaların yaklaşık üçte ikisinde intihar düşünceleri bulunur ve hastaların yaklaşık %10-15'i intihar eder.

Bipolar depresyon ile unipolar depresyon ayrımı klinik pratik için önemlidir. Hastalığın 25 yaşından önce başlaması, mevsimsel özellikler göstermesi, postpartum depresyon dönemi olması, psikomotor retardasyonun (gerileme) bulunması, atipik vejetatif belirtilerin bulunması, pozitif bipolar aile öyküsü bulunması, antidepresanlara bağlı hipomani gelişmesi, labil duygudurumun bulunması gibi özellikler bipolar depresyon ile unipolar depresyon ayrımında tek başlarına tanı koydurmasalar dahi bipolar depresyon konusunda uyarıcı özelliklerdir.

Hipomanik dönem ise en az 4 gün sürmesi, psikotik öğelerin bulunmaması ve kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya neden olmayacak şiddette olması dışında manik döneme benzer.

### **2.1.6. Risk Faktörleri**

#### **2.1.6.1. Cinsiyet**

BPB-I'in erkeklerde ve kadınlarda görülme yaygınlığı eşittir. Erkeklerde daha çok manik dönemler, kadınlarda ise daha çok depresif dönemler görülmektedir. Kadınlarda, erkeklere göre manik dönemlerde daha fazla karma özellikler görülme olasılığı yüksektir. Kadınlarda 1 (bir) yılda dört veya daha fazla manik dönemin görülmesi olarak tanımlanan hızlı döngülü dönemler, erkekler göre daha sık görülmektedir (20). Erkeklerde ilk atağın manik atak, kadınlarda ise ilk atak majör depresif atak olma olasılığının yüksek olduğuna dair bazı kanıtlar mevcuttur (21). Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğa sahip erkeklerin kadınlara göre daha fazla manik atak geçirdikleri, kadınların ise erkeklere göre daha sık depresif atak geçirdikleri bulunmuştur (21,22).

BPB-II kadınlarda, erkeklere göre daha sık görülmektedir (20). Psikiyatrik ve tıbbi eş tanı oranı kadınlarda erkeklere göre daha sık görülürken, madde kullanımı, patolojik kumar erkeklerde daha sık görülmektedir. Kawa ve arkadaşları tarafından yapılan 211 hastanın dahil edildiği bir çalışmada erkeklerde alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı ve esrar kötüye kullanımı/bağımlılığı kadınlara göre 2 kat, davranım bozukluğu ise kadınlara göre 4 kat fazla bulunmuştur (21).

#### **2.1.6.2. Yaş**

BPB-I'in başlangıç yaşı, çocukluk çağından 50'li yaşlara kadar (bazı olgularda daha geç) değişiklik göstermekle birlikte ortalama başlangıcı 30 yaştır. 2839 hastanın dahil edildiği bir çalışmada BPB semptomlarının en yüksek başlangıç yaşı 15-19 yaşlarında olmakla birlikte ortalama başlangıç yaşı 17,5 olarak bulunmuştur (20).

Viguera ve arkadaşları tarafından yapılan 360 BPB-I ve BPB-II hastasının dahil edildiği çalışmada, hastalığın başlangıç yaş ortalamasının 29,4 olduğu ve hastalık başlangıcının kadınlarda erkeklere göre 3,2 yıl daha geç olduğu bulunmuştur (23). BPB'si olan 69 hastanın dahil edildiği bir çalışmada kadınlarda hem manik hem de depresif atak başlangıç yaşının erkeklere göre daha geç olduğu bulunmuştur (24).

BPB başlangıç yaşı ile hastalığın gidişatı ve klinik özellikler değişmektedir. Hastalığın erken başlaması daha fazla karma ve psikotik dönem ile ilişkilirken (25),

hastalığın geç başlaması ise özkıyım riskinde artış, daha fazla tıbbi ve psikiyatrik eş tanı ile ilgilidir.

#### **2.1.6.3. Sosyoekonomik durum**

Literatürde BPB ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklılıklar mevcuttur. Geçmiş çalışmalarda BPB'nin yüksek sosyoekonomik gruplarda daha sık olduğu bildirilirken (15), daha yakın tarihli çalışmalarda BPB ile sosyoekonomik durum arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bazı çalışmalarda BPB'nin daha düşük sosyoekonomik gruplarda daha fazla olduğu bildirilmiştir (26).

BPB daha düşük eğitim süresi ile ilişkili olduğu bildirilmiş olup (15,26) bu durumun hastalığın erken başlangıç yaşı ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (27).

#### **2.1.6.4. Medeni durum**

BPB-I bekar ve boşanmış kişilerde evlilere göre daha sık görülmektedir. Bu durum hastalığın erken başlaması, aile içi geçimsizliğe neden olması, hastalık nedeniyle işlevsellikte bozulma olması ile ilişkili olabilir.

2010 yılında Türkiye'de yapılan 200 hastanın dahil edildiği bir çalışmada, kadınlarda evlilik oranının erkeklerde ise bekarlık oranının daha yüksek olduğu, bekarlarda hastalık başlangıcının daha erken olduğu bulunmuştur (27). BPB'ye sahip evli kadınların, hiç evlenmemiş olanlara göre daha az depresif dönem yaşadıkları bildirilmiştir (28).

#### **2.1.6.5. Yaşam olayları**

Birçok çalışma, şiddetli olumsuz yaşam olaylarının BPB'nin seyri üzerine önemli etkisi olduğunu göstermektedir. Hunt ve arkadaşları, nüksten önceki ay içerisinde olumsuz olay yaşanma olasılığının diğer aylara oranla yaklaşık 4 kat arttığını bulmuşlardır (29). Kesitsel çalışmaların ötesinde, iki boylamsal çalışma, yaşam olayları için güçlü tahmin gücü göstermiştir. Örneğin, şiddetli, bağımsız, olumsuz yaşam olaylarının, nüksetme riskinde dört kat ve iyileşmeye kadar geçen sürede üç kat artışı öngördüğü bulunmuştur (30). Bu durum güncel klinik deneyimler ile örtüşmektedir.

#### 2.1.6.6. Genetik faktörler

Bununla birlikte, son on yılda, bozukluğun genetiği, altta yatan gelişimsel yollar, riskler ve savunmasızlık faktörleri, gen-çevre etkileşimleri ve BPB'nin prodromal dönem varsayılan özellikleri hakkında genişleyen kanıtlar görülmüştür.

Genetik faktörlerin BPB katkısı uzun zaman önce tanımlanmıştır. İkiz çalışmalarından elde edilen kanıtlarda %40-70 arasında monozigotik uyum ve birinci derece akrabalarda yaşam boyu riskin %5-10 olduğu ve bu riskin genel nüfus riskinden yaklaşık yedi kat daha yüksek bildirilmiştir.

Bununla birlikte, BPB hastalarının akrabalarının unipolar depresyon geliştirme olasılığı, BPB hastaların kendilerinden daha fazladır, bu da genetik riskin teşhis kategorilerini aştığını düşündürür. Bipolar, şizofreni ve otizm arasında ortak genetik risk olduğuna dair kanıtlar da vardır. Bununla birlikte, BPB açıkça Mendelyen bir kalıtım modelini izlemez ve bağlantı çalışmaları, BPB güçlü bir ilişkisi olan bireysel genleri tanımlamamıştır. BPB için genetik risk kısmen genel popülasyonda oldukça yaygın olan ve bireysel olarak çok küçük bir risk artışı sağlayan çoklu tek nükleotid polimorfizmlerinden (SNP) kaynaklanmaktadır.

Pek çok önemli genetik lokus tanımlanmış olsa da, bunların nasıl hastalık riskine dönüştüğü keşfin ikinci sınırındır. Çalışmalar, BPB ile ilişkili beyin kaynaklı nörotrofik faktörü (BDNF) kodlayan genlerdeki polimorfizmleri tanımlamıştır. BDNF'nin, hastalık aktivitesinin potansiyel bir biyolojik belirteci olmasının yanı sıra bipolar patogenezinde yer aldığından şüphelenilmektedir. Katekol-O-metil transferaz (COMT) ve monoamin taşıyıcıları ile ilişkilerde gözlemlenmiştir. CACNA1C gibi voltaj kapılı kalsiyum kanalı alt birimleri için genler, bipolar ile bir ilişkisi olan tek nükleotid polimorfizmlerinin yanı sıra ODZ4,6 gibi hücre sinyallemede yer alan proteinler ve gama-aminobütirik asit (GABA) reseptör alt birimlerini kodlayan genlerin yakınında bulunur. Bipolar hastalıkta profilaktik ajan olarak kullanılan ilaçların birçoğunun kalsiyum kanalları veya GABA reseptörleri üzerine etki etmesi, bu proteinlerin bozukluğun nörobiyolojisinde rol oynayabileceğini düşündürmekte ve bu kanıt yeni terapötik hedefler arayışına yön vermektedir. Bununla birlikte, her bir tek nükleotid polimorfizminin etki boyutunun çok küçük olduğu açıktır. Örneğin, CACNA1C civarında polimorfizmi olanlarda bipolar olma olasılığı 1.14'tür ve bu

polimorfizme sahip olanların çoğunda bozukluk gelişmez. Bu nedenle, gen-çevre etkileşimlerinin bipolar başlangıcına nasıl katkıda bulunduğuna olan ilgi artmaktadır, ancak bu, şizofreni ile karşılaştırıldığında yeterince araştırılmamış bir alan olmaya devam etmektedir. Bununla birlikte, çocukluk çağı istismarı ile BDNF gen polimorfizmleri arasındaki etkileşim birkaç çalışmada gösterilmiştir. Toll like reseptör 2 polimorfizmleri ise stresli yaşam olayları ve Toxoplasma gondii enfeksiyonu ile etkileşime girerek bipolar riskini artırabilir. Bipolar depresif dönemler için bir COMT polimorfizminin stresli yaşam olaylarıyla etkileşime girdiği, serotonin taşıyıcı genlerin ise bipolarda psikotik semptomların varlığında esrar kullanımıyla etkileşime girdiği bulunmuştur. Genom çapında ilişkilendirme çalışmalarının çok küçük bir risk artışı sağlayan polimorfizmleri belirleme yeteneğinin artmasıyla, bu genlerin bipolar tetiklemek için çevresel faktörlerle nasıl etkileşime girdiğine dair daha fazla araştırma yapılması gerekiyor (25).

#### **2.1.7. Etiyoloji**

Bipolar bozukluğun etiyojisi tam olarak gösterilememiş olmakla birlikte genetik, nörobiyolojik, psikososyal etkenlerin birlikte rol aldıkları düşünülmektedir. Görüntüleme yöntemleri, moleküler çalışmalar ile bipolar bozukluk etiyojisi ile ilgili çok sayıda hipotez geliştirilmiştir.

##### **2.1.7.1. Genetik**

İkiz, aile ve evlat edinme çalışmaları, bipolar bozukluğun etiyojisinde genetik faktörlerin büyük ölçüde katkı sağladığını göstermiştir (31). Tek yumurta ikizleri üzerinde yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk için %43-75 arasında değişen konkordans oranları bildirilmiştir (32).

Bipolar bozukluk hastalarının ailelerinde görülen en sık duygudurum bozukluğu unipolar depresyondur. Bipolar bozukluk için yaşam boyu risk, genel popülasyonda %1 iken, bipolar bozukluğa sahip olanlar bireylerin birinci derece akrabalarında yaşam boyu risk %3-15'e kadar yükselmektedir. Etkilenen birey ile akrabalık derecesi arttıkça, bipolar bozukluk için de risk artmaktadır. Bipolar bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında bipolar bozukluk riski sağlıklı ebeveynlerin

çocukları ile karşılaştırıldığında yaklaşık 4 kat, bipolar bozukluk dışındaki psikiyatrik hastalıkların oranı ise yaklaşık 2,7 kat artmaktadır (33).

Bipolar bozukluğu olan ikizler arasındaki konkordans oranları unipolar bozukluğu olanlara kıyasla daha yüksektir. Bu durum bipolar bozukluk etiyolojisinde genetik faktörlerin daha büyük etkisi olduğunu göstermektedir. Bipolar bozukluk konkordansı, tek yumurta ikizlerinde dahi yüzde yüz olmayışı, genetik etmenlerin etiyolojide tek başına rol almadığını, çevresel etmenlerin de rol aldığını düşündürmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda hastalığın başlangıcında genler ve çevresel etmenlerin ilişkisini gösteren bazı epigenetik modifikasyonlar gösterilmiştir (34).

Son zamanlarda yapılan çalışmalar ile şizofreni ve bipolar için yatkınlaştırıcı genlerde benzerlikler olduğu keşfedildi. Şizofrenik bozukluğu olan kişilerin tek yumurta ikizlerinde mani için risk %8,2, şizofreni için risk %40,8, bipolar bozukluğu olan kişilerin tek yumurta ikizlerinde mani için risk %36,4, şizofreni için ise %13,6 olarak bulunmuştur (33). Bu durum şizofreni ile bipolar bozukluk etiyolojisinde ortak genetik zemin olabileceği düşüncesini desteklemektedir.

Son yıllarda yapılan çalışmalarla birlikte bipolar bozukluğun Mendeliyen kalıtım göstermediği, daha çok tek nükleotid polimorfizmi (SNP) ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Tanımlanan genetik lokusları inceleyen genom çapında ilişkilendirme çalışmaları (GWAS) ile bipolar bozukluk için riskin poligenik olduğu düşünülmüştür (25).

Çalışmalar, bipolar ile ilişkili beyin kaynaklı nörotrofik faktörü (BDNF) kodlayan genlerdeki polimorfizmleri tanımlamıştır. BDNF'nin, hastalık aktivitesinin potansiyel bir biyolojik belirteci olmasının yanı sıra bipolar patogenezinde yer aldığından şüphelenilmektedir (35). Katekol-O-metil transferaz (COMT) ve monoamin taşıyıcıları ile ilişkiler de gözlemlenmiştir. CACNA1C gibi voltaj kapılı kalsiyum kanalı alt birimleri içeren genlerde, BPB ile bir ilişkisi olan tek nükleotid polimorfizmleri saptanmıştır. Tek nükleotid polimorfizminin tek başına hastalıktan sorumlu olma ihtimali düşüktür. CACNA1C polimorfizmi olanlarda BPB görülme olasılığı 1,14'tür ve tek nükleotid polimorfizmi olanların hepsinde hastalık görülmemektedir (25).

### 2.1.7.2. Nörotransmitterler

Duygudurum bozuklukları etiyolojisinde birçok biyolojik anormallikler üzerinde durulmuştur. Dopamin, serotonin, norepinefrin ve histamin, yapılan çalışmaların odak noktaları olmuştur. Monoamin hipotezi, depresyon ve maninin klinik özellikleri ile monoaminerjik dengesizliğin ilişkili olduğu öne sürmektedir. Nörotransmitter modelleri, depresyonun düşük norepinefrin ve dopamin seviyelerine, maninin ise yüksek norepinefrin ve dopamin seviyelerine bağlı olduğunu düşündürmektedir. Depresif semptomların tedavisinde nöroadrenerjik ve serotonerjik ajanların kullanılması, duygudurum belirtisi olmayan hastalarda dopaminerjik aktiviteyi arttıran ajanların kullanılması ile manik belirtilerin oluşması, monoamin hipotezine kanıt olarak gösterilmiştir.

Norepinefrin, dopamin, serotonin, GABA ( $\gamma$ -aminobütirik asit) ve glutamat, duygudurum bozuklukları çalışmalarında en çok araştırılan nörotransmitterlerdir.

Beyindeki serotonin ve norepinefrin konsantrasyonları MAO-A aktivitesi tarafından düzenleniyor olup depresif semptomlarının ciddiyetinin, spesifik beyin bölgelerindeki monoamin taşıyıcılarının aktivitesindeki değişikliklerle bağlantılı olduğunu varsayılmıştır. Bu hipotez depresif dönem sırasında spesifik beyin bölgelerinde yüksek MAO-A yoğunluğunun ve gözlemlenmesiyle desteklenmiştir (36). Serotonin öncülü olan L-triptofanın yüksek dozlarda verildiği zaman mani benzeri tablo olduğu bildirilmiştir. BPB’de monoaminerjik sistem işlevlerinde bir artış özellikle de noradrenerjik sistemde artış olduğu ileri sürülmüştür. Noradrenalin metaboliti olan MHPG’nin manik epizod esnasında plazmada arttığı bilinmektedir. Uyarıcılar ya da trisiklik antidepresanlar sinaptik aralıkta katekolamin miktarını arttırmakta ve manik nöbetlere neden olabilmektedirler.

Kokain gibi dopaminerjik aktiviteyi arttıran maddelerin mani tablosuna neden olabilmesi, dopamin antagonist etkileri olan antipsikotiklerin ise antipsikotik etkinliğe sahip olmaları, BOS (beyin omurilik sıvısı) serotonin ve dopamin yıkım ürünlerinin depresyonda azalması ve manik dönemde artması, dopaminin BPB etiyolojisinde rol alabileceğini desteklemektedir.

Glutamat ve  $\gamma$ -aminobütirik asit (GABA) sistemleri, monoaminerjik disfonksiyonun ötesinde BPB’nin patofizyolojisinde yer almaktadır. BPB hastalarında

beyin glutamat/glutamin düzeylerinin yükseldiğini bilinmektedir. Depresif ataklar esnasında plazma, BOS ve beyin GABA düzeylerinde azalma gözlenir. BPB olgularında uzun süreli valproat ve lityum tedavisi sonrası intrasınaptik glutamat düzeylerinde azalma gösterilmiştir (37).

Son dönemde yapılan çalışmalar tek başına nörotransmitter sistemindeki bozukluklara odaklanmaktan ziyade nörodavranışsal sistemler, nöral devreler ve nöroregülatuar sistemler üzerine yoğunlaşmışlardır.

#### **2.1.8. Klinik Seyir**

Erken başlangıçlı BPB hastalarında daha fazla manik atak, daha fazla psikotik semptom, alkol ve madde kullanımında artış görülmektedir. Schurhoff ve arkadaşlarının yaptığı 210 hastanın dahil edildiği BPB'nin 18 yaşından önce başlamasının erken başlangıç, 40 yaşından sonra başlamasının geç başlangıç olarak kabul edildiği bir çalışmada, erken başlangıçlı gruptaki hastaların birinci derece akrabalarında duygudurum bozukluğu riskinin daha fazla olduğu, BPB'nin daha şiddetli yaşandığı ve hastaların daha fazla karma epizod yaşadıkları bulunmuştur (38).

Hastalığın başlangıç türü kadınlarda daha çok depresyon, kaygı ve karma dönemler ile olmaktadırken erkeklerde ise daha çok manik, psikotik ve hipomanik dönemler ile olmaktadır (39). Mani, hipomani ve karma epizod başlangıcı ile eğitim süresinin düşük olması arasında ilişki bulunmaktadır.

BPB'nin ilk atak türü ile hastalığın ilerleyen dönemlerindeki depresif ve manik dönemlerin baskınlığı ile arasında ilişkili görünmektedir. Forty ve arkadaşları tarafından ilk hastalık atağı ile hastalığın klinik seyri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, ilk atağı depresif olan hastaların ilk atağı mani olan hastalara göre daha fazla hastalık süresine sahip oldukları, daha fazla ve daha uzun depresif atak yaşadıkları, daha az manik atak yaşadıkları, depresif atağın daha baskın olduğu gösterilmiştir (40).

Hastalığın depresyon ile başlamasının, daha fazla depresif dönem, daha fazla intihar girişimi, hızlı döngülülük ile ilişkili olduğu, hastalığı mani ile başlayanların, depresyon ile başlayanlara göre duygudurum dönemleri boyunca daha fazla psikotik özellik riski ile karşı karşıya olduğunu bildirmişlerdir (40).

Baldessarini ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada başlangıçta manik ve psikotik atak ile başvuran hastaların daha fazla mevsimler özelliği gösterdikleri ancak mevsimsel özelliğin BPB-I ve BPB-II’de anlamlı derecede farklı olmadığı bulunmuştur (39).

BPP-II’de hastaların tanı alıp tedaviye katılmasına kadar geçen süre BPB-I’den yaklaşık 3 yıl, toplamda ise 11 yıl gecikmektedir. Bu gecikmenin nedeni, BPB-II ile tekrarlayan unipolar depresyonun fark edilmesindeki güçlük ve BPB-I’in mani gibi şiddetli bir tablo ile başlıyor olmasından kaynaklanıyor görünmektedir.

Yapılan çalışmalarda BPB ile takip edilen hastaların yaşam boyu en az bir ek psikiyatrik hastalığa sahip olma oranları %65, en az iki ek hastalığa sahip olma oranları %42 ve üç veya daha fazla ek hastalığa sahip olma oranları ise %24 olarak bulunmuştur (41,42). Stanley Vakfı tarafından yapılan bir çalışmada BPB-I ve BPB-II’de psikiyatrik ek hastalık oranları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı gösterilmiştir (41), Fasmer ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada BPB-II’de migren eş tanısı bulunma olasılığının BPB-I’e göre yaklaşık 5 kat daha fazla olabileceği gösterilmiştir (43). 89 hastanın dahil edildiği bir çalışmada BPB-I’de, BPB-II’ye göre daha yüksek madde kullanımı ve bağımlılık oranları bulunmuştur (44).

Madde kullanım bozuklukları dışındaki tiroid hastalığı, obezite ve anksiyete bozuklukları (45) gibi diğer tıbbi ve psikiyatrik ek hastalıklar kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmekte ve bu durum hastalığın gidişatını olumsuz etkilemektedir (42). BPB’ye sahip erkeklerde alkol ve madde kullanımı kadınlara göre daha fazla olmakla birlikte, BPB’ye sahip kadınlardaki alkol ve madde kullanımı toplumdaki kadın ortalamasına göre daha fazladır. Eşlik eden madde kullanımı ve anksiyete bozukluğu gibi durumlar tedavi stratejilerini de zorlaştırmaktadır.

## **2.2. SİĞARA KULLANIMI**

### **2.2.1. Epidemiyolojisi**

Tütün kullanımı dünyada önlenabilir ölümlerin önemli nedenlerinden biridir. Dünyadaki 1,3 milyar tütün kullanıcısının yaklaşık %80’i düşük ve orta gelire sahip ülkelerde bulunmaktadır. 2017 yılında dünyada tütün kullanımına bağlı yaklaşık 8 milyon ölüm gerçekleşmekte (46) ve tütün kullanımı birçok hastalığa sebep

olmaktadır. Sigaraya bağılı ölümlerin 7 milyonu sigaranın direk etkisi nedeniyle, 1,2 milyonu ise sigara içmeyenlerin sigara maruziyeti nedeniyle gerçekleşmiştir. Ölümlerin yaklaşık %80'i gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir.

Tütün kullanımının etkilerinin geç çıkması nedeniyle tütün kullanımında azalma olsa bile bu durum yıllık ölüm sayısında artış ile kendisini gösterebilmektedir (47).

2000 yılında dünya nüfusunun yaklaşık 3'te 1'i (yaklaşık %33,3'ü) (15 yaş ve üzeridekiler) tütün kullanmaktayken bu oran 2015 yılında %24,9'a gerilemiştir. Tütün kontrolüne yönelik politikalar tüm ülkelerce yapılırsa bu oranın 2025 yılında %20,9'a düşeceği düşünülmektedir (47).

### **2.2.2. Demografik Özellikleri**

2000 yılında 15 yaş ve üzeri erkeklerin neredeyse yarısı bir tür tütün kullanmaktayken bu oran 2015 yılında %40,3'e gerilemiştir. 2025 yılında ise 15 yaş ve üzeri erkeklerde tütün kullanımının %35,1'e düşmesi beklenmektedir. Aynı şekilde 2000 yılında 15 yaş ve üzerindeki kadınlarda tütün kullanımı %16,7 iken, 2015 yılında ise bu oran %9,5'e gerilemiştir.. 2025 yılında 15 yaş ve üzerindeki kadınlarda tütün kullanımının %6,7'ye düşmesi beklenmektedir (47).

2018 yılında 15 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %23,6'sı tütün kullanmakta, tütün kullananların %80'i ise tütünü sigara olarak kullanmaktaydı. Yetişkinler arasındaki tütün kullanma yaygınlığı %18,9, sigara kullanma yaygınlığı ise %16,1'dir (47). WHO verilerine göre 2018 yılında erkeklerde sigara içme yaygınlığı %27,5, kadınlarda sigara içme yaygınlığı % 4,8 olarak bildirilmiştir (47).

Yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde 15 yaş ve üzerinde sigara kullanım oranı %22,5 iken düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde ise bu oran %12'dir.

2020'de dünya nüfusunun %22,3'ü, tüm erkeklerin %36,7'si ve dünyadaki kadınların %7,8'i tütün kullanıyordu (47).

### 2.3. MADDE KULLANIMI

Uzun yıllardır madde kullanımı ile ilgili birçok terim kullanılmaktadır. Madde bağımlılığı terimi halen güncel olarak kullanılan terimlerden biridir. Madde kullanımı ile ilgili terimlere bakacak olursak:

**Bağımlılık:** Fiziksel bağımlılık olsun veya olmasın tekrarlanan ilaç veya kimyasal madde kullanımıdır. Fiziksel bağımlılık tekrarlanan ilaç kullanımına bağlı değişmiş fizyolojik durum ve kullanımın kesilmesi sonucu oluşan özgül sendromları içerir.

**Kötüye kullanım:** Sosyal ya da medikal açıdan onaylanmışın dışında kişinin kendi isteğiyle herhangi bir ilacı kullanmasıdır.

**Yanlış kullanım:** Kötüye kullanıma benzetmekle birlikte, genellikle hekimlerin reçete ettiği ilaçların amacı dışında kullanılmasıdır.

**Müptelalık:** Maddenin tekrarlayan ve artarak kullanılmasıdır, yoksunluğu maddenin tekrar kullanılması için dayanılmaz bir dürtü ve sıkıntı belirtilerinin artışına neden olur, fiziksel ve ruhsal bozukluklara yol açar.

**Entoksikasyon:** Özgül bir maddenin (örn; alkol) neden olduğu, bir veya daha fazla zihinsel işlev: bellek, yönelim, duygulanım, yargılama ve davranışsal, sosyal ya da mesleki işlevselliği etkileyen geri dönüşümlü bir sendromdur.

**Yoksunluk:** Uzun bir dönemi aşkın düzenli kullanılan ilaç ya da maddenin miktarının azalması ya da kesilmesinden sonra ortaya çıkan maddeye özgül bir sendromdur. Sendrom, fizyolojik bulgu ve belirtilere ek olarak duygu, düşünce ve davranış bozuklukları gibi psikolojik değişikliklerle de karakterizedir. Ayrıca kaçınma sendromu ya da yoksunluk sendromu diye de isimlendirilir.

**Tolerans:** Tekrarlayan kullanım sonrası verilen ilaç dozunun azalmış bir etki ortaya çıkardığı ya da asıl dozda gözlenen etkiyi elde etmek için giderek artan dozlarda kullanım gerektiren fenomendir. Davranışsal tolerans; ilacın etkisine rağmen kişinin görevlerini yerine getirebilme yeteneğini ifade eder.

**Çapraz Tolerans:** Bir ilacın genellikle aynı psikolojik ve fizyolojik etkiye neden olan (örn; diazepam ve barbitüratlar) bir başkasının yerini alabilmesi olarak adlandırılır. Aynı zamanda bu çapraz bağımlılık diye de bilinir.

**Nöroadaptasyon:** Bir ilacın tekrarlayan kullanımı sonucu oluşan vücuttaki nörokimyasal ya da nörofizyolojik değişikliklerdir. Nöroadaptasyon tolerans fenomenini açıklar. Farmakokinetik adaptasyon vücutta metabolik sistemin adaptasyonunu ifade eder. Hücresel ya da farmakodinamik adaptasyon sorun yaratan maddenin yüksek kan düzeylerine rağmen sinir sisteminin çalışabilmesi olarak ifade edilir.

**Eş bağımlılık:** Terim madde kullanıcısının davranışlarından etkilenen veya onun davranışlarını etkileyen aile bireyleri için kullanılır. Bu terim "imkan sağlayıcı" terimi ile ilişkilidir ve "imkan sağlayıcı" kişi bağımlının alışkanlık yaratan davranışlarını kolaylaştırır (örn; direkt ilacı ya da ilaç alacak parayı temin etmek). İmkan sağlamak aynı zamanda aile üyelerinin bağımlılığın medikal- psikiyatrik bir bozukluk olduğunu kabullenmede isteksizliğini ve bu kişinin maddeyi kötüye kullandığını inkar etmeyi içerir.

### **2.3.1. Madde Kullanımı Epidemiyolojisi**

Madde kullanımı tekrarlayan hastane yatışları, işgücü kaybı, tıbbi ve psikiyatrik problemlere yol açması nedeniyle hem küresel çapta hem de ülkemizde önemli bir problemdir. Ülkeler, madde kullanımına yönelik politikalar oluşturmakta ve madde kullanımını engellemeyi/azaltmayı hedeflemektedirler.

Alkol ve ilgili durumlara ilişkin ulusal epidemiyolojik araştırmasından (NESARC) elde edilen sonuçlara göre madde kullanımının 12 aylık ve yaşam boyu yaygınlığı sırasıyla %2,0 ve %10,3 olarak bulunmuştur. Neredeyse tüm sosyodemografik alt gruplarda 12 aylık ve yaşam boyu madde kullanımının (sırasıyla %1,4 ve %7,7), madde bağımlılığından (sırasıyla %0,6 ve %2,6) daha fazla olduğu bildirilmiştir (48).

2007 yılında ABD’de yapılan bir kohort çalışmasında 12 yaş ve üzerindeki bireylerin %46,1’inin hayatları boyunca en az bir kez madde kullandıklarını, en sık kullanılan maddenin %40,6 ile esrar olduğu, bunu %29,7 ile diğer maddelerin takip ettiğini bildirmişlerdir (49). Ergenlikte madde kullanımının ortaya çıkışını inceleyen bir çalışmada da esrarın diğer maddelere oranla en fazla kullanılan madde olduğu bildirilmiştir (50). Yapılan çalışmalar ABD’deki yetişkinlerin %2’sinde madde kullanımı olduğunu bildirmektedir.

2002 yılında ülkemizde 72 ilde yapılan bir yüz yüze çalışmada yaşam boyu en az bir kez madde kullanma oranı %1,3 olarak bulunmuştur. Çalışmada erkeklerde, kadınlara göre ve 15-24 yaş aralığındakilerde, 25 yaş üzerindekiilere göre madde kullanım yaygınlığı daha fazla bulunmuştur (51).

Turhan ve arkadaşları tarafından 2006 yılında 3684 üniversite öğrencisinin dahil edildiği bir çalışmada yaşam boyu madde kullanımı %9,6, uhu, tiner, bali gibi uçucuların kullanımı %4, esrar, eroin, kokain gibi maddelerin kullanımı %5,6 olarak bulunmuştur (52).

### **2.3.2. Madde Kullanımının Demografik Özellikleri**

Madde kullanımı çoğunlukla geç ergenlik ve erken erişkinlik döneminde başlamaktadır. Genç yaş, erkek olmak, bekar olmak, düşük sosyoekonomik seviye ve düşük eğitim düzeyi ile madde kullanımı arasında ilişki bulunmaktadır (48). NESARC verilerine göre 12 aylık ve yaşam boyu madde kullanımı yaygınlığı erkeklerde, evlenmemiş/boşanmış/dul olanlarda daha yüksek bulunmuştur.

Madde kullanımı çoğunlukla geç ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerinde başlamakta, 19 yaşına doğru zirve yapmakta (ortalama başlangıç yaşı 19.9), 25 yaşından sonra ise azalmaktadır. Madde bağımlılığı ise madde kullanımına göre anlamlı derece geç başlamaktadır (48). Bu durum ergenlik ve genç erişkinlik dönemindeki savunmasızlık, yenilik arayışı, arkadaş ortamı vb. gibi etkilere kaynaklı gibi görünmektedir. Ergenlerde madde kullanımı ile aile yapısında ilişki vardır. Aile içi çatışmalar, aile bağlarının zayıf oluşu, aile içinde sosyal desteğin az olması madde kullanımı açısından risk oluşturmaktadır. Fiziksel veya cinsel istismar öyküsü bulunanlarda madde kullanımı artmakta, istismarın getirdiği sorunlarla baş etme yolu olarak madde kullanımının görülebileceği bildirilmektedir (53). Evden kaçma, intihar girişimi, ders başarısızlığı, erken yaşta ve korunmasız cinsel ilişki deneyimi, kendine zarar verici davranışlar ile madde kullanımı arasında ilişki bulunmaktadır (54).

Yapılan çalışmalarda, erkeklerde madde kullanımının kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (54). Erkeklerin maddeye ulaşımının daha kolay olması, kadınların sosyal ve iş hayatına daha az katılmaları erkeklerde madde kullanımının kadınlara göre fazla olmasında etken olabilir. Kadınların çalışma ve sosyal hayata daha

fazla katıldıkları, cinsiyet rollerinin daha az geleneksel olduğu toplumlarda kadınlar ve erkekler arasındaki madde kullanımı farkı giderek azalmaktadır (55).

## **2.4. BİPOLAR BOZUKLUK İLE SİGARA VE MADDE KULLANIMI KOMORBİDİTESİ**

### **2.4.1. Bipolar Bozukluk ile Sigara Kullanımı Komorbiditesi**

BPB olan bireylerdeki sigara kullanım oranı BPB olmayanlara göre önemli ölçüde daha fazladır (8). Önlenebilir ölüm nedenlerinden olan sigaraya bağlı ölümler, BPB olan sigara kullanan hastalar için de önde gelen ölüm nedenlerinden birisidir. Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, solunumsal ve serobrovasküler hastalık oranları sigara kullanımı ile artmaktadır. Sigara kullanan bipolar bozukluk hastalarının genel topluma göre daha kısa yaşadıkları tahmin edilmektedir.

Yapılan çalışmalarda BPB'ye sahip bireylerde sigara kullanım yaygınlığı %30 ile %70 arasında değişmektedir. Bu yaygınlık oranlarındaki farklılıklara rağmen BPB'de sigara kullanımını genel popülasyona oranla 2 ila 3 kat fazla olduğu bilinmektedir. Wilens ve arkadaşlarının BPB'ye sahip ergenler üzerinde yaptığı bir çalışmada sigara kullanım yaygınlığını, BPB'si olan ergenlerde %22, BPB'si olmayanlarda ise %4 olarak bulmuştur (56). BPB'si olanların daha ağır sigara içicisi olması, bağımlılık geliştirme ihtimallerinin fazla olması, bırakma girişimlerinin ve oranlarının daha düşük olması, genel popülasyona göre sigara kullanımındaki yüksekliğin nedenleri olabilir.

BPB belirtilerinin sigara kullanımını başlatma ve sürdürmede etkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıcı serotonin ve dopamin gibi nörotransmitter salınımının artması ile haz sağlanması, depresyonu olan bireylerde sigaranın "self medikasyon (kendi kendini tedavi)" amacıyla kullanıldığını düşündürmektedir.

1904 BPB hastasının dahil edildiği STEP verilerine göre sigara içme yaygınlığının %31,2 olduğu, erkeklerde, düşük sosyoekonomik duruma sahip olanlarda, çalışmayan veya yarı zamanlı çalışanlarda, düşük eğitim süresine sahip olanlarda sigara içmenin anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (57). Aynı çalışmada manik ve depresif atak sayısının ve şiddetinin fazla olmasının, hızlı döngülülüğün, intihar girişiminin, anksiyete bozukluğu ve dikkat eksikliği

hiperaktivite bozukluğu gibi psikiyatrik ek tanılarının bulunmasının sigara içimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (57). BPB'si olan 399 hastanın dahil edildiği bir çalışmada, tütün kullanımının, ilk atağın (depresif/manik) erken başlangıcı, hızlı döngülülük, düşük işlevsellik, madde kullanımı ve anksiyete bozukluğu ek tanısının olması, semptomların şiddetlenmesi ve intihar girişimi ile anlamlı ilişkisinin olduğu bildirilmiştir (58).

Sigara kullanımının BPB hastalarının yaşam kalitesi üzerine yapılmış çok fazla çalışma olmamasına rağmen yapılan çalışmalarda sigara kullanan bipolar bozukluk hastalarının sigara kullanmayan veya ara sıra kullanan bipolar bozukluk hastalarına göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu göstermiştir (59,60).

BPB hastalarında sigara bırakma girişimi ile ilgili az sayıda çalışma mevcuttur. Lasser ve arkadaşları tarafından yapılan toplum temelli yaygınlık çalışmasında, genel toplumda sigara bırakma yaygınlığı %42,5 iken, BPB'si olan hastalarda bu oran %17 olarak bulunmuştur (2). Benzer şekilde İspanya'da yapılan bir çalışmada genel toplumda sigara bırakma yaygınlığı %28, BPB hastalarında sigara bırakma yaygınlığı ise %19 olarak bulunmuştur (61). Aynı çalışmada günlük içilen sigara miktarının 30 adetten fazla olması 'ağır içicilik' olarak tanımlanmış ve genel toplumda ağır içicilik oranı %14, BPB hastalarında ise ağır içicilik oranı %42 olarak bulunmuştur (61). Genel topluma göre daha düşük sigara bırakma girişimleri ve daha fazla ağır içicilik oranları, bipolar bozukluğun sigara kullanımının artmasına ve sigara bırakma girişimlerinin azalmasına neden olduğunu düşündürmektedir.

#### **2.4.2. Bipolar Bozukluk ile Madde Kullanımı Komorbiditesi**

BPB'nin başlangıcından tanı konulmasına kadar geçen süresinin yaklaşık 10 yıl olduğu tahmin edilmektedir. Eşlik eden madde kullanımının olması BPB'nin semptomlarını gizleyebilir, arttırabilir veya taklit edebilir. Bu durum BPB'nin tanısının gecikmesindeki nedenlerde biri olarak gösterilebilir.

Madde kullanımı ile BPB arasında yüksek bir ilişki olduğu bilinmektedir. BPB'deki dürtüsellik, madde kullanımının artmasına neden olabilir. Eşlik eden kaygı belirtileri, uyku bozuklukları gibi nedenler, hastaların kendi kendilerini tedavi etme girişimlerine neden olabilir. Madde kullanımı, BPB'nin tanısını geciktirebilir, belirtileri şiddetlendirebilir, tedavi uyumunu bozabilir, intihar ve hastane yatış

oranlarını artırabilir. Eşlik eden madde kullanımı, iyileşmenin gecikmesine, intihar girişiminde bulunma riskinin artmasına, işlevsellikte azalmaya neden olmaktadır.

Amerika’da yapılan Epidemiyolojik Yakalama Alanı Çalışması’nda tüm majör psikiyatrik bozukluklar arasında (antisosyal kişilik bozukluğu dışlandığında) madde kullanımının en yüksek BPB’de olduğu bulunmuştur (62). Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüleri Epidemiyolojik Yakalama Alanı Programı verilerine göre BPB- I hastalarının %41’inde, BPB-II hastalarının ise %21’inde yaşam boyu madde kullanımı ve/veya madde bağımlılığı öyküsü mevcuttu (62).Danimarka’da yapılan 463,003 hastanın dahil edildiği bir çalışmada BPB’de madde kullanımı yaygınlığı %31,9 olarak bulunmuştur (63).

Cassidy ve arkadaşlarının 392 karışık veya manik atak dönemindeki hastaları dahil ettiği çalışmada yaşam boyu kokain kullanımı yaygınlığı %24,2, opiyad kullanımı yaygınlığı %4,6, esrar kullanımı yaygınlığı % 36 olarak bulunmuştur (64). 5 yıl boyunca izlenen BPB-I hastalarında artan depresif atak sayısının madde kullanımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (65).

Birçok çalışma, cinsiyetin madde kullanımı açısından öngördürücü olduğunu belirtmiş olmakla birlikte bu sonucu desteklemeyen çalışmalar da mevcuttur (66). Netvag ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada en belirgin madde kullanımının erkeklerde esrar, kadınlarda ise sedatifler olduğu, yaş ile birlikte madde kullanımın şizofreninin aksine daha tutarlı bir seyir izlediği bildirilmiştir (67).

Hızlı döngülü BPB-I’de, hızlı döngülü BPB-II’ye göre madde kullanımı açısından anlamlı fark olduğu (68), madde kullanımı için yaşam boyu yaygınlık BPB-I’de %40, BPB-II’de ise %20’lerde olduğu tahmin edilmesine rağmen birçok çalışmada BPB alt tipi ile madde kullanımı açısından anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmektedir (69).

BPB’de madde kullanımı ile erkek olmanın, daha düşük eğitim düzeyinin ve evlenmemiş olmanın anlamlı derecede ilişkili olduğu ve geçmişte veya halihazırda madde kullanımı olan hastalarda, madde kullanımı olmayan hastalara göre intihar girişiminde bulunma olasılıklarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (70).

Messer ve arkadaşları tarafından yapılan bir meta analizde erkek cinsiyetin, artmış manik atak sayısının ve intihar girişiminin madde kullanımı ile anlamlı ilişkisinin bulunduğu, psikotik semptomların varlığının, hastane yatışının ve yaşı ile anlamlı ilişkisinin bulunmadığı gösterilmiştir (69). Aynı çalışmada intihar girişiminin madde kullanımını arttırdığı, madde kullanımının ise intihar girişimine neden olabileceği üzerinde durulmuştur. Daha önce intihar girişimi öyküsü olan hastaların madde kullanımına daha yatkın oldukları, madde kullanımı ile intihar girişimi arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir (69).

Madde kullanımı olan BPB hastalarının madde kullanmayanlara göre evsiz olma oranlarının daha yüksek olduğu (71), evsiz erkeklerin alkol kullanım bozukluğu, evsiz kadınların ise madde kullanım bozukluğu açısından daha riskli olduğu bildirilmiştir (72).

Goldstein ve arkadaşlarının adolesanlarda yaptığı çalışmada, madde kullanımı yaygınlığının antimanik veya antidepresan tedavi almayanlarda, ailede mani/hipomani, anksiyete ve madde kullanımı öyküsü olanlarda, aile öyküsü olmayanlara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (66). Mani/hipomani şiddetinin artması ile madde kullanımı oranlarının arttığı, yakın dönemde yakın dönemde lityum kullanımı ise madde kullanım oranlarının düştüğü bildirilmiştir. Bu nedenle aile öyküsü, psikiyatrik eş tanı ve semptomların şiddeti, BPB'si olan adolesanlardaki madde kullanımının öngörülmesinde bağımsız olarak katkı sağlamaktadır.

BPB'nin erken başlangıcı ile madde kullanımı arasında ilişki bulunduğu (73), yaşam boyu madde kullanım risklerinin daha fazla olduğu ve hastalığın gidişatının daha kötü olduğu bildirilmiştir (74). Gao ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada madde kullanım riskinde artış ile eşlik eden anksiyete bozukluğu, erkek cinsiyet, psikotik özellik ve ilk maninin erken başlamasının anlamlı ilişkisinin olduğu gösterilmiştir (75). Madde kullanımı ile manik atakların anlamlı ilişkisine rağmen madde kullanımının gidişatı büyük oranda depresif atakların şiddeti ve sayısı ile tahmin edilmekte, madde kullanımı mevcut tedaviyi güçleştirebilmekte ve intihar girişimlerine neden olabilmektedir (76).

Strakowski ve arkadaşları tarafından affektif psikoz tanısı ile hastane yatışı yapılan 109 hastanın 12 aylık izlem çalışmasında madde kullanımı ile tedavi uyumu

arasında ilişki olduğu bulunmuştur (77). Aralıklı madde kullanımını mevcut hastalık üzerinde, mevcut hastalık tablosunun düzelmesini güçleştirerek doğrudan, hastaların tedaviye uyumunu bozarak dolaylı etkiye sahip olduğu düşünülebilir.



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. ÖRNEKLEM

Kesitsel ve prospektif tasarıma sahip olan bu çalışmanın örneklemini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde Nisan 2023-Ekim 2023 tarihleri arasında ayaktan ve yatarak tedavi gören, DSM-5 tanı kriterlerine göre bipolar bozukluk tanısı almış 102 hasta oluşturmaktadır. Hastalar dahil edilme ve dışlama ölçütlerine göre çalışmaya dahil edilmişlerdir.

Çalışmaya dâhil olma ölçütleri olarak şunlar belirlenmiştir:

1. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak
2. Araştırmaya dahil edilen tarihte 18-65 yaş arası olmak
3. DSM-5 tanı kriterlerine göre bipolar bozukluk tanısı almış olmak
4. Psikiyatri kliniğine başvurusu bulunmak.

Çalışmadan dışlanma ölçütleri olarak şunlar belirlenmiştir:

1. Hastalarda zekâ geriliği bulunmak.
2. Organik ruhsal bozukluk tanısı olmak.
3. 18 yaş altı veya 65 yaş üstü olmak.
4. Ağır kafa travması bulunmak.
5. Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk, kısa psikotik bozukluk, genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk gibi tanılarından herhangi birine sahip olmak.
6. Bunama, epilepsi, multiple skleroz gibi bilinen nörolojik hastalık tanısı bulunmak.
7. Görüşme esnasında görüşmeye engel oluşturacak ve verilerin güvenilirliğini bozacak şiddette affektif ve psikotik semptom varlığı.

### **3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI**

Bu araştırmaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 14.03.2023 tarih ve 2023-73 proje/karar numaralı kararıyla onay alınmıştır. Çalışma Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu'nun (TUEK) 22.12.2022 tarih ve E-50687469-799 sayılı kararıyla onaylanmıştır. Ayrıca Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu'nun 10.01.2023 tarih ve 203170 sayılı toplantısında tez konusu kabul edilmiştir. Araştırma iznine ilişkin belgeler EK-1, EK-2 ve EK-3'tedir. Nisan 2023-Ekim 2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilen araştırmanın etik kurul, veri toplama ve yazım gibi tüm aşamaları İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve Helsinki Bildirgesi prensiplerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

### **3.3. ÇALIŞMAYA DÂHİL EDİLEN HASTALARA UYGULANAN ÖLÇÜM ARAÇLARI**

#### **3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu**

Araştırmanın amaçları ve özellikleri dikkate alınarak, araştırmacılar tarafından literatür tarandıktan sonra, katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini sorgulamak amacıyla oluşturulan bir formdur. Formda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, sosyoekonomik düzey, çalışma durumu, yaşadığı yer, ilk atak yaşı, intihar öyküsü, sigara ve madde kullanım öyküsü, birinci derece yakınların psikiyatrik hastalık öyküsü gibi veriler sorgulanmıştır. Ayrıca katılımcıların ilk atak yaşı, atak sayısı, EKT öyküsü, geçmiş tedavi öyküsü gibi klinik özellikleri de değerlendirilmiştir. Sosyodemografik ve klinik veri formunun bir örneği ekte sunulmuştur (Bkz. EK-5).

#### **3.3.2. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİÖ)**

Ruhsal hastalıkların klinik gidişatını değerlendirmek amacıyla 1976 yılında Guy ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (78). Ölçek, her yaştaki her ruhsal hastalık için kullanılabilen üç boyuttan oluşmaktadır. İlk boyut hastalık şiddetini

değerlendirmektedir. Hastalığın şiddeti 1 ile 7 arasında puanlandırılır. İkinci boyut hastalığın düzelmesini değerlendirmektedir. Hastanın başvuru ile son hali arasında düzelmeyi 1 ile 7 arasında puanlandırılır. Üçüncü boyut ise yan etkileri değerlendirilir. 1 ile 4 arasında puanlandırılır. Çalışmamızda ölçeğin hastalık şiddeti ile yan etkiler boyutları kullanılmıştır (Bkz. EK-5).

### **3.3.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)**

M. Hamilton ve onun gözetiminde yapılandırılmış hale dönüştüren B. Williams tarafından geliştirilmiştir. Hamilton tarafından 17 itemli olarak geliştirilen ölçeğe sonraki yıllarda bazı itemler eklenerek 21 ve 24 itemli ölçekler geliştirilmiştir. (Bkz. EK-5) Depresif mizaç, intihar, iş ve aktivitelerde yitim, retardasyon, ajitasyon, gastrointestinal belirtiler, genel somatik belirtiler, hipokondriak belirtiler, içgörü, iştah ve kilo kaybı, uykusuzluk ve anksiyete gibi alt gruplar bulunmaktadır. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik ve genital belirtiler, kilo kaybı ve içgörüyle ilişkili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. Hastada depresyon düzeyini ve şiddet değişimini ölçer. Kesme puanı 7, en yüksek puanı 51 dir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (79). Çalışmamızda hastaların depresif semptomlarının şiddetini ölçmek amacıyla kullanılmıştır.

### **3.3.4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)**

1978 yılında Young ve arkadaşları mani derecelendirme ölçeğini geliştirmişlerdir. Oluşturulan birçok ölçeğe rağmen, günümüzdeki klinik araştırmalarda manik durumun şiddetini ölçmeye yönelik en yaygın olarak kullanılan ölçek Young Mani Derecelendirme Ölçeğidir. Young Mani Ölçeği 11 maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi ölçen bir derecelendirme ölçeğidir (Bkz. EK-5). Yükselmiş duygudurum, hareket ve enerji artışı, cinsel ilgi, uyku, iritabilite, konuşma hızı ve miktarı, düşünce yapı bozukluğu, düşünce içeriği, yıkıcı ve saldırgan davranış, dış görünüm, iç görü gibi manik semptomlar değerlendirilir. Tanı koymak amacıyla değil, o anki manik durumun şiddetini belirlemek için kullanılır fakat 12 ve üstü puan alınması halinde hipomani/mani lehine yorumlanır. YMDÖ' nin ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliğini Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (80).

Çalışmamızda hastaların manik/hipomanik semptom şiddetini ölçmek amacıyla kullanılmıştır.

### 3.4. YÖNTEM

Çalışma gerekli etik kurul izni ve TUEK izinleri alındıktan sonra Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde Nisan 2023-Ekim 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğine ayaktan başvuran veya yataklı serviste halen yatmakta olan ve yukarıdaki alım ölçütlerini karşılayan bipolar bozukluk tanılı ardışık her hastaya çalışma anlatılmış olup, bilgilendirilmiş onam formunu (EK-4) okuyup yazılı olur veren gönüllü her hasta çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan bipolar bozukluk hastalarında tam remisyon şartı aranmamıştır.

Geriye dönük olarak toplanan bilgilerin güvenilirliğini ve niteliğini artırmak üzere olası tüm bilgi kaynakları kullanılmaya gayret edilmiştir. Hasta, hastanın ulaşılabilen en az bir yakını ve hastaya ait ulaşılabilen tüm kayıt ve belgeler değerlendirilen başlıca bilgi kaynaklarıdır. Çalışma ekibi tarafından hazırlanan Veri Toplama Formunun (EK-5) yardımıyla gerekli sosyodemografik, klinik özellikler ve tedavi ile ilişkili bilgiler toplanmıştır. Hastaların başvuru esnasındaki semptom şiddetini değerlendirmek amacıyla YMDÖ, HDDÖ ve KGIÖ' nin hastalık şiddeti ile yan etkiler boyutları uygulanmıştır.

Hastaların ekonomik durumu görüşmeyi yapan klinisyen tarafından sorgulandıktan sonra Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUIK) güncel açlık sınırı temel alınarak değerlendirilmiştir. Hastaların gelirleri açlık sınırının altında olması halinde 'ekonomik durum kötü' ve açlık sınırının üstünde olması durumunda 'ekonomik durum iyi' olarak sınıflandırılmıştır.

Hastaların mevcut sigara, madde kullanımları klinisyenler tarafından değerlendirilmiştir. Çalışmamızda sigara ve madde kullanımında bağımlılık kriterleri aranmamış olup geçmişte veya halen devam eden sigara ve madde kullanımı öyküsü dikkate alınmıştır.

### 3.5. İSTATİKSEL ANALİZ

Araştırmada elde edilen tüm verilerin istatistik analizleri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 Windows için paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Grafik gösterimler için farklı uygulamalar kullanılmıştır. Tanımlayıcı analizler için ortalama±standart sapma ve kategorik ölçümler için frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. Niceliksel verilerin normal dağılıma uygunluğu One-sample Kolmogorov Smirnov test ve histogram ile incelendi. Relaps olan ve olmayan grupların karşılaştırılmasında kategorik veriler için Pearson Ki-kare test, beklenen değerlerin karşılanmaması halinde ise Fisher's Exact test kullanılmıştır. Çalışmada gruplar arasında normal dağılım gösteren değişkenlerin karşılaştırılmasında Independent Samples-t test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney-U test kullanıldı. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık sınırı olarak  $p<0.05$  kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

#### 4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Genel grupta (örneklem) hastaların yaş ortalaması  $39,75 \pm 11,75$  olarak bulundu. Genel grupta hastaların %49,1'i (n=56) kadın, %50,9'u (n=58) erkekti. Hastaların %48,2'si (n=55) evli, %51,8'i (n=59) bekar/ayrılmış/duldu. Hastaların %32,5'i (n=37) tam/yarı zamanlı çalışıyor, %67,5'i (n=77) çalışmıyordu. Hastaların %64'ünün (n=73) ekonomik durumu iyi, %36'sının (n=41) ekonomik durumu kötüydü. Hastaların %32,5'inde (n=37) intihar girişimi öyküsü mevcuttu. Hastaların %21,1'inde (n=24) self mutilasyon öyküsü mevcuttu. Hastaların %57,9'unda (n=66) ek psikiyatrik tanı, %36,8'inde (n=42) ek tıbbi tanı mevcuttu. Hastaların %61,4'ünde (n=70) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, %31,6'sında (n=36) ailede bipolar bozukluk öyküsü mevcuttu.

**Tablo 4.1.** Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

| <i>Değişken</i>                | <i>Genel Grup</i> |
|--------------------------------|-------------------|
| <i>Yaş (yıl; Ort.±SS)</i>      | 39,75±11,75       |
| <i>Cinsiyet; n (%)</i>         |                   |
| <i>Kadın</i>                   | 56 (49,1)         |
| <i>Erkek</i>                   | 58 (50,9)         |
| <i>Medeni Durum; n (%)</i>     |                   |
| <i>Bekar/Ayrılmış/Dul</i>      | 55 (48,2)         |
| <i>Evli/İlişkisi var</i>       | 59 (51,8)         |
| <i>Çalışma Durumu; n (%)</i>   |                   |
| <i>Çalışmıyor</i>              | 77 (67,5)         |
| <i>Çalışıyor</i>               | 37 (32,5)         |
| <i>Ekonomik Durum; n (%)</i>   |                   |
| <i>İyi</i>                     | 73 (64)           |
| <i>Kötü</i>                    | 41 (36)           |
| <i>İntihar Girişimi; n (%)</i> |                   |
| <i>Var</i>                     | 37 (32,5)         |
| <i>Yok</i>                     | 77 (67,5)         |

**Tablo 4.1. (Devamı) Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri**

| <i>Değişken</i>                           | <i>Genel Grup</i> |
|-------------------------------------------|-------------------|
| <i>Self Mutilasyon; n (%)</i>             |                   |
| <i>Var</i>                                | 24 (21,1)         |
| <i>Yok</i>                                | 90 (78,9)         |
| <i>Ek Psikiyatrik Tanı; n (%)</i>         |                   |
| <i>Var</i>                                | 66 (57,9)         |
| <i>Yok</i>                                | 48 (42,1)         |
| <i>Ek Tıbbi Tanı; n (%)</i>               |                   |
| <i>Var</i>                                | 42 (36,8)         |
| <i>Yok</i>                                | 72 (63,2)         |
| <i>Ailede Psikiyatrik Hastalık; n (%)</i> |                   |
| <i>Var</i>                                | 70 (61,4)         |
| <i>Yok</i>                                | 44 (38,6)         |
| <i>Ailede Bipolar Bozukluk; n (%)</i>     |                   |
| <i>Var</i>                                | 36 (31,6)         |
| <i>Yok</i>                                | 78 (68,4)         |

Hastaların %59,6'sı (n=68) sigara kullanıyordu. Hastaların ortalama günlük sigara adeti 24,43±14,75, ortalama sigara başlangıç yaşı ise 19,95±6,53'tü. Hastaların %13,2'sinde (n=15) madde kullanım öyküsü mevcuttu. Hastaların ortalama madde kullanım başlangıç yaşı 19,0±7,66'ydı. Madde kullanımı olan hastaların %53,3'ünde (n=8) çoklu madde kullanım öyküsü mevcuttu.

**Tablo 4.2. Katılımcıların Sigara ve Madde Kullanım Özellikleri**

| <i>Değişken</i>                                       | <i>Genel Grup</i> |
|-------------------------------------------------------|-------------------|
| <i>Sigara Kullanımı; n (%)</i>                        |                   |
| <i>Var</i>                                            | 68 (59,6)         |
| <i>Yok</i>                                            | 46 (40,4)         |
| <i>Ortalama Günlük Sigara Adeti; (adet; Ort.±SS)</i>  | 24,43±14,75       |
| <i>Sigara Başlangıç Yaşı; (yıl; Ort.±SS)</i>          | 19,95±6,53        |
| <i>Madde Kullanımı;n (%)</i>                          |                   |
| <i>Var</i>                                            | 15 (13,2)         |
| <i>Yok</i>                                            | 99 (86,8)         |
| <i>Madde Kullanımı Başlangıç Yaşı; (yıl; Ort.±SS)</i> | 19,0±7,66         |
| <i>Çoklu Madde Kullanımı; n (%)</i>                   |                   |
| <i>Var</i>                                            | 8 (53,3)          |
| <i>Yok</i>                                            | 7 (46,7)          |

#### 4.1.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri

Hastaların ilk atak yaş ortalamaları  $26,68 \pm 10,02$ 'ydi. İlk semptom başlangıcından tedavi alana kadar geçen süre  $39,21 \pm 72,36$  aydı. Hastaların ortalama manik atak sayısı  $3,00 \pm 2,04$ , ortalama hipomanik atak sayısı  $1,81 \pm 2,92$ , ortalama depresif atak sayısı  $3,19 \pm 3,78$ 'di ve hastane yatış sayısı ortalaması  $2,35 \pm 2,03$ 'tü. Hastaların %16,7'sinde (n=19) karma özellikli atak öyküsü mevcutken, %47,4'ünde (n=54) psikotik özellikli atak öyküsü mevcuttu.

**Tablo 4.3.** Katılımcıların Klinik Özellikleri

| <i>Değişken</i>                               | <i>Genel Grup</i> |
|-----------------------------------------------|-------------------|
| <i>İlk Atak Yaş; (yıl; Ort.±SS)</i>           | 26,68±10,02       |
| <i>Tedavisiz Geçen Süre; (ay; Ort.±SS)</i>    | 39,21±72,36       |
| <i>Manik Atak Sayısı; (sayı; Ort.±SS)</i>     | 3,00±2,04         |
| <i>Hipomanik Atak Sayısı; (sayı; Ort.±SS)</i> | 1,81±2,92         |
| <i>Depresif Atak Sayısı; (sayı; Ort.±SS)</i>  | 3,19±3,78         |
| <i>Hastane Yatış Sayısı; (sayı; Ort.±SS)</i>  | 2,35±2,03         |
| <i>Karma Özellikli Atak; n (%)</i>            |                   |
| Var                                           | 19 (16,7)         |
| Yok                                           | 95 (83,3)         |
| <i>Psikotik Özellikli Atak; n (%)</i>         |                   |
| Var                                           | 54 (47,4)         |
| Yok                                           | 60 (52,6)         |

#### 4.1.3. Katılımcıların Tedavi Özellikleri

Hastaların tedavilerine %20,2'sinde (n=23) EKT öyküsü mevcuttu. Hastaların %92,1'i (n=105) tedavilerinde antipsikotik, %17,5'i (n=20) uzun etkili antipsikotik, %95,6'sı (n=105) duygudurum düzenleyici, %58,8'i (n=67) antidepresan kullanmaktaydı.

**Tablo 4.4.** Katılımcıların Tedavi Özellikleri

| <i>Değişken</i>                               | <i>Genel Grup</i> |
|-----------------------------------------------|-------------------|
| <i>EKT Öyküsü; n (%)</i>                      |                   |
| <i>Var</i>                                    | 23 (20,2)         |
| <i>Yok</i>                                    | 91 (79,8)         |
| <i>Tedavide Antipsikotik; n (%)</i>           |                   |
| <i>Var</i>                                    | 105 (92,1)        |
| <i>Yok</i>                                    | 9 (7,9)           |
| <i>Tedavide Duygudurum Düzenleyici; n (%)</i> |                   |
| <i>Var</i>                                    | 109 (95,6)        |
| <i>Yok</i>                                    | 5 (4,4)           |
| <i>Tedavide Antidepresan; n (%)</i>           |                   |
| <i>Var</i>                                    | 67 (58,8)         |
| <i>Yok</i>                                    | 47 (41,2)         |

#### 4.1.4. Katılımcıların Klinik Ölçümleri

Hastaların Klinik Global İzlenim Hastalık Şiddeti (CGI-HŞ) ortalamaları  $2,72 \pm 1,41$ , Klinik Global İzlenim Yan Etki Şiddeti (CGI-YŞ) ortalamaları  $1,65 \pm 0,76$ , Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) ortalamaları  $4,79 \pm 8,14$ , Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ) ortalamaları  $4,73 \pm 7,66$  olarak hesaplandı.

**Tablo 4.5.** Katılımcıların Klinik Ölçümleri

| <i>Değişken</i>                                                               | <i>Genel Grup</i> |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <i>Klinik Global İzlenim Hastalık Şiddeti; (puan; Ort<math>\pm</math>SS)</i>  | $2,72 \pm 1,41$   |
| <i>Klinik Global İzlenim Yan Etki Şiddeti; (puan; Ort<math>\pm</math>SS)</i>  | $1,65 \pm 0,76$   |
| <i>Young Mani Değerlendirme Ölçeği; (puan; Ort<math>\pm</math>SS)</i>         | $4,79 \pm 8,14$   |
| <i>Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği; (puan; Ort<math>\pm</math>SS)</i> | $4,73 \pm 7,66$   |

## 4.2. BPB-I VE BPB-II'DE SİĞARA VE MADDE KULLANIMININ KARŞILAŞTIRILMASI

BPB-1 hastalarının %66,1'i (n=41) sigara kullanmaktayken, %33,9'u (n=21) sigara kullanmıyordu. BPB-2 hastalarının %51,9'u (n=27) sigara kullanmaktayken,

%48,1'i (n=25) sigara kullanmıyordu. Gruplar arasında sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklı yoktu ( $\chi^2=2,371$ ,  $p=0,124$ ).

BPB-1 hastalarının %21'i (n=13) madde kullanmaktayken, %79'u (n=49) madde kullanmıyordu. BPB-2 hastalarının %3,8'i (n=2) madde kullanmaktayken, %96,2'i (n=50) madde kullanmıyordu. Gruplar arasında madde kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklı vardı ( $\chi^2=7,255$ ,  $p=0,007$ ).

**Tablo 4.6.** Sigara ve Madde Kullanımının BPB-I ve BPB-2 Grupları Arasındaki Karşılaştırılması

| <i>Değişken</i>                       | <i>BPB-1</i> | <i>BPB-2</i> | <i>İstatistik</i>            |
|---------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------|
| <b><i>Sigara Kullanımı; n (%)</i></b> |              |              |                              |
| <b><i>Var</i></b>                     | 41 (66,1)    | 27 (51,9)    | $\chi^2=2,371^a$ , $p=0,124$ |
| <b><i>Yok</i></b>                     | 21 (33,9)    | 25 (48,1)    |                              |
| <b><i>Madde Kullanımı; n (%)</i></b>  |              |              |                              |
| <b><i>Var</i></b>                     | 13 (21)      | 2 (3,8)      | $\chi^2=7,255^b$ , $p=0,007$ |
| <b><i>Yok</i></b>                     | 49 (79)      | 50 (96,2)    |                              |

<sup>a</sup>: Pearson Ki-kare test, <sup>b</sup>: Fisher's Exact Test, n (%): frekans (yüzde).

### 4.3. BPB-I GRUBUNDA SİGARA VE MADDE KULLANIMI İLE SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

#### 4.3.1. BPB-I Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Sosyodemografik Özellikler ve Aile Öyküsünün Karşılaştırılması

Sigara kullanımı olan hastalarının %41,5'i (n=17) kadın, %58,5'i (n=24) erkekti. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %61,9'u (n=13) kadın, %38,1'i (n=8) erkekti. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=2,323$   $p=0,127$ ).

Sigara kullanımı olan hastalarının %36,6'sı (n=15) evli, %63,4'ü (n=26) bekar/ayrılmış/duldu. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %52,4'ü (n=11) evli, %47,6'sı (n=10) bekar/ayrılmış/duldu. Gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=1,423$   $p=0,233$ ).

Sigara kullanımı olan hastalarının %24,4'ü (n=10) çalışıyor, %75,6'sı (n=31) çalışmıyordu. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %38,1'i (n=8) çalışıyor, %61,9'u (n=13) çalışmıyordu. Gruplar arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=1,266$  p=0,261).

Sigara kullanımı olan hastalarının %58,5'inin (n=24) ekonomik durumu iyi, %41,5'inin (n=17) ekonomik durumu kötüydü. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %66,7'sinin (n=14) ekonomik durumu iyi, %33,3'ünün (n=7) ekonomik durumu kötüydü. Gruplar arasında ekonomik durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,387$  p=0,534).

Sigara kullanımı olan hastalarının %34,1'inde (n=14) intihar girişimi öyküsü vardı, %65,9'unda (n=27) intihar girişimi öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %33,3'ünde (n=7) intihar girişimi öyküsü vardı, %66,7'sinde (n=14) intihar girişimi öyküsü yoktu. Gruplar arasında intihar girişimi öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,004$  p=0,949).

Sigara kullanımı olan hastalarının %31,7'sinde (n=13) self mutilasyon öyküsü vardı, %68,3'ünde (n=28) self mutilasyon öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %100'ünde (n=21) self mutilasyon öyküsü yoktu. Gruplar arasında self mutilasyon öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ( $\chi^2=8,425$  p=0,003).

Sigara kullanımı olan hastalarının %63,4'ünde (n=26) ek psikiyatrik tanı vardı, %36,6'sında (n=15) ek psikiyatrik tanı yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %47,6'sında (n=10) ek psikiyatrik tanı vardı, %52,4'ünde (n=11) ek psikiyatrik tanı yoktu. Gruplar arasında ek psikiyatrik tanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=1,423$  p=0,233).

Sigara kullanımı olan hastalarının %26,'inde (n=11) ek tıbbi tanı vardı, %73,2'sinde (n=30) ek tıbbi tanı yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %47,6'sında (n=10) ek tıbbi tanı vardı, %52,4'ünde (n=11) ek tıbbi tanı yoktu. Gruplar arasında ek tıbbi tanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=2,680$  p=0,102).

Sigara kullanımı olan hastalarının %73,2'inde (n=30) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardı, %26,8'inde (n=11) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu.

Sigara kullanımı olmayan hastalarının %52,4'ünde (n=11) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardı, %47,6'sında (n=10) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu. Gruplar arasında ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=2,680$  p=0,102).

Sigara kullanımı olan hastalarının %48,8'inde (n=20) ailede bipolar bozukluk öyküsü vardı, %51,2'inde (n=21) ailede bipolar bozukluk öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %23,8'inde (n=5) ailede bipolar bozukluk öyküsü vardı, %76,2'sinde (n=16) ailede bipolar bozukluk öyküsü yoktu. Gruplar arasında ailede bipolar bozukluk öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=3,599$  p=0,100).

Sigara kullanımı olan hastalarının %31,7'inde (n=13) madde kullanım öyküsü vardı, %68,3'ünde (n=28) madde kullanım öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastalarının, %100'ünde (n=21) madde kullanım öyküsü yoktu. Gruplar arasında madde kullanım öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ( $\chi^2=8,425$  p=0,003).

Madde kullanımı olan hastalarının %30,8'i (n=4) kadın, %69,2'si (n=9) erkekti. Madde kullanımı olmayan hastalarının %53,1'i (n=26) kadın, %46,9'u (n=23) erkekti. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=1,423$  p=0,215).

Madde kullanımı olan hastalarının %7,7 (n=1) evli, %92,3'ü (n=12) bekar/ayrılmış/duldu. Madde kullanımı olmayan hastalarının %51'i (n=25) evli, %49'u (n=24) bekar/ayrılmış/duldu. Gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ( $\chi^2=7,291$  p=0,005).

Madde kullanımı olan hastalarının %15,4'ü (n=2) çalışıyor, %84,6'sı (n=11) çalışmıyordu. Madde kullanımı olmayan hastalarının %32,7'si (n=16) çalışıyor, %67,3'ü (n=33) çalışmıyordu. Gruplar arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=1,487$  p=0,312).

Madde kullanımı olan hastalarının %46,2'sinin (n=6) ekonomik durumu iyi, %53,8'inin (n=7) ekonomik durumu kötüydü. Madde kullanımı olmayan hastalarının %65,3'ünün (n=32) ekonomik durumu iyi, %34,7'sinin (n=17) ekonomik durumu

kötüydü. Gruplar arasında ekonomik durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=1,588$   $p=0,208$ ).

Madde kullanımı olan hastalarının %46,2'sinin (n=6) intihar girişimi öyküsü vardı, %53,8'inin (n=7) intihar girişimi öyküsü yoktu. Madde kullanımı olmayan hastalarının %30,6'sının (n=15) intihar girişimi öyküsü vardı, %69,4'ünün (n=34) intihar girişimi öyküsü yoktu. Gruplar arasında intihar girişimi öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=1,108$   $p=0,293$ ).

Madde kullanımı olan hastalarının %46,2'sinin (n=6) self mutilasyon öyküsü vardı, %53,8'inin (n=7) self mutilasyon öyküsü yoktu. Madde kullanımı olmayan hastalarının %14,3'ünün (n=7) self mutilasyon öyküsü vardı, %85,7'sinin (n=42) self mutilasyon öyküsü yoktu. Gruplar arasında self mutilasyon öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ( $\chi^2=6,297$   $p=0,012$ ).

Madde kullanımı olan hastalarının %69,2'sinde (n=9) ek psikiyatrik tanı vardı, %30,8'inde (n=6) ek psikiyatrik tanı yoktu. Madde kullanımı olmayan hastalarının %55,1'inde (n=27) ek psikiyatrik tanı vardı, %44,9'unda (n=22) ek psikiyatrik tanı yoktu. Gruplar arasında ek psikiyatrik tanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,842$   $p=0,529$ ).

Madde kullanımı olan hastalarının %7,7'sinde (n=1) ek tıbbi tanı vardı, %92,3'ünde (n=12) ek tıbbi tanı yoktu. Madde kullanımı olmayan hastalarının %40,8'inde (n=20) ek tıbbi tanı vardı, %59,2'sinde (n=29) ek tıbbi tanı yoktu. Gruplar arasında ek tıbbi tanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ( $\chi^2=5,033$   $p=0,045$ ).

Madde kullanımı olan hastalarının %53,8'inde (n=7) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardı, %46,2'sinde (n=6) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu. Madde kullanımı olmayan hastalarının %69,4'ünde (n=34) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardı, %30,6'sında (n=15) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu. Gruplar arasında ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=1,108$   $p=0,293$ ).

Madde kullanımı olan hastalarının %30,8'inde (n=4) ailede bipolar bozukluk öyküsü vardı, %69,2'inde (n=9) ailede bipolar bozukluk öyküsü yoktu. Madde kullanımı olmayan hastalarının %42,9'unda (n=21) ailede Bipolar Bozukluk öyküsü

vardı, %57,1’inde (n=28) ailede bipolar bozukluk öyküsü yoktu. Gruplar arasında ailede Bipolar Bozukluk öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,624$  p=0,534).

Madde kullanımı olan hastalarının %100’ünde (n=13) sigara kullanım öyküsü vardı. Madde kullanımı olmayan hastalarının, %57,1’inde (n=28) sigara kullanım öyküsü vardı, %42,9’unda (n=21) sigara kullanım öyküsü yoktu. Gruplar arasında sigara kullanım öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ( $\chi^2=8,425$  p=0,003).

**Tablo 4.7.** BPB-I Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Sosyodemografik Özellikler ve Aile Öyküsünün Karşılaştırılması

| <i>Değişken</i>                   | <i>Sigara Kullanımı</i> |            | <i>İstatistik</i>           | <i>Madde Kullanımı</i> |            | <i>İstatistik</i>           |
|-----------------------------------|-------------------------|------------|-----------------------------|------------------------|------------|-----------------------------|
|                                   | <i>Var</i>              | <i>Yok</i> |                             | <i>Var</i>             | <i>Yok</i> |                             |
| <b>Cinsiyet; n (%)</b>            |                         |            |                             |                        |            |                             |
| <i>Kadın</i>                      | 17 (41,5)               | 13 (61,9)  | $\chi^2=2,323^a$<br>p=0,127 | 4 (30,8)               | 26 (53,1)  | $\chi^2=1,423^b$<br>p=0,215 |
| <i>Erkek</i>                      | 24 (58,5)               | 8 (38,1)   |                             | 9 (69,2)               | 23 (46,9)  |                             |
| <b>Medeni Durum; n (%)</b>        |                         |            |                             |                        |            |                             |
| <i>Bekar/Ayrılmış/Dul</i>         | 26 (63,4)               | 10 (47,6)  | $\chi^2=1,423^a$<br>p=0,233 | 12 (92,3)              | 24 (49,0)  | $\chi^2=7,921^b$<br>p=0,005 |
| <i>Evli</i>                       | 15 (36,6)               | 11 (52,4)  |                             | 1 (7,7)                | 25 (51,0)  |                             |
| <b>Çalışma Durumu; n (%)</b>      |                         |            |                             |                        |            |                             |
| <i>Çalışmıyor</i>                 | 31 (75,6)               | 13 (61,9)  | $\chi^2=1,266^a$<br>p=0,261 | 11 (84,6)              | 33 (67,3)  | $\chi^2=1,487^b$<br>p=0,312 |
| <i>Çalışıyor</i>                  | 10 (24,4)               | 8 (38,1)   |                             | 2 (15,4)               | 16 (32,7)  |                             |
| <b>Ekonomik Durum; n (%)</b>      |                         |            |                             |                        |            |                             |
| <i>İyi</i>                        | 24 (58,5)               | 14 (66,7)  | $\chi^2=0,387^a$<br>p=0,534 | 6 (46,2)               | 32 (65,3)  | $\chi^2=1,588^a$<br>p=0,208 |
| <i>Kötü</i>                       | 17 (41,5)               | 7 (33,3)   |                             | 7 (53,8)               | 17 (34,7)  |                             |
| <b>İntihar Girişimi; n (%)</b>    |                         |            |                             |                        |            |                             |
| <i>Var</i>                        | 14 (34,1)               | 7 (33,3)   | $\chi^2=0,004^a$<br>p=0,949 | 6 (46,2)               | 15 (30,6)  | $\chi^2=1,108^a$<br>p=0,293 |
| <i>Yok</i>                        | 27 (65,9)               | 14 (66,7)  |                             | 7 (53,8)               | 34 (69,4)  |                             |
| <b>Self Mutilasyon; n (%)</b>     |                         |            |                             |                        |            |                             |
| <i>Var</i>                        | 13 (31,7)               | 0 (0,0)    | $\chi^2=8,425^b$<br>p=0,003 | 6 (46,2)               | 7 (14,3)   | $\chi^2=6,297^a$<br>p=0,012 |
| <i>Yok</i>                        | 28 (68,3)               | 21 (100,0) |                             | 7 (53,8)               | 42 (85,7)  |                             |
| <b>Ek Psikiyatrik Tanı; n (%)</b> |                         |            |                             |                        |            |                             |
| <i>Var</i>                        | 26 (63,4)               | 10 (47,6)  | $\chi^2=1,423^a$<br>p=0,233 | 9 (69,2)               | 27 (55,1)  | $\chi^2=0,842^b$<br>p=0,529 |
| <i>Yok</i>                        | 15 (36,6)               | 11 (52,4)  |                             | 4 (30,8)               | 22 (44,9)  |                             |
| <b>Ek Tıbbi Tanı; n (%)</b>       |                         |            |                             |                        |            |                             |
| <i>Var</i>                        | 11 (26,8)               | 10 (47,6)  | $\chi^2=2,680^a$<br>p=0,102 | 1 (7,7)                | 20 (40,8)  | $\chi^2=5,033^b$<br>p=0,045 |
| <i>Yok</i>                        | 30 (73,2)               | 11 (52,4)  |                             | 12 (92,3)              | 29 (59,2)  |                             |

**Tablo 4.7. (Devamı) BPB-I Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Sosyodemografik Özellikler ve Aile Öyküsünün Karşılaştırılması**

| <i>Değişken</i>                           | <i>Sigara Kullanımı</i> |            | <i>İstatistik</i> | <i>Madde Kullanımı</i> |            | <i>İstatistik</i> |
|-------------------------------------------|-------------------------|------------|-------------------|------------------------|------------|-------------------|
|                                           | <i>Var</i>              | <i>Yok</i> |                   | <i>Var</i>             | <i>Yok</i> |                   |
| <i>Ailede Psikiyatrik Hastalık; n (%)</i> |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                | 30 (73,2)               | 11 (52,4)  | $\chi^2=2,680^a$  | 7 (53,8)               | 34 (69,4)  | $\chi^2=1,108^a$  |
| <i>Yok</i>                                | 11 (26,8)               | 10 (47,6)  | $p=0,102$         | 6 (46,2)               | 15 (30,6)  | $p=0,293$         |
| <i>Ailede Bipolar Bozukluk; n (%)</i>     |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                | 20 (48,8)               | 5 (23,8)   | $\chi^2=3,599^b$  | 4 (30,8)               | 21 (42,9)  | $\chi^2=0,624^b$  |
| <i>Yok</i>                                | 21 (51,2)               | 16 (76,2)  | $p=0,100$         | 9 (69,2)               | 28 (57,1)  | $p=0,534$         |
| <i>Madde Kullanımı; n (%)</i>             |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                | 13 (31,7)               | 0 (0,0)    | $\chi^2=8,425^b$  | -                      | -          | -                 |
| <i>Yok</i>                                | 28 (68,3)               | 21 (100,0) | $p=0,003$         | -                      | -          | -                 |
| <i>Sigara Kullanımı; n (%)</i>            |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                | -                       | -          | -                 | 13 (100,0)             | 28 (57,1)  | $\chi^2=8,425^b$  |
| <i>Yok</i>                                | -                       | -          | -                 | 0 (0,0)                | 21 (42,9)  | $p=0,003$         |

<sup>a</sup>: Pearson Ki-kare test, <sup>b</sup>: Fisher's Exact Test, n (%): frekans (yüzde).

#### 4.3.2. BPB-I Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

Sigara kullanımı olan hastaların ilk atak yaş ortalaması  $24,58 \pm 9,88$ 'di. Sigara kullanımı olmayan hastaların ilk atak yaş ortalaması  $25,33 \pm 7,60$ 'tı. Gruplar arasında ilk atak yaşı açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,574$   $p=0,566$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların tedavisiz geçen süre ortalaması  $34,85 \pm 69,53$  aydı. Sigara kullanımı olmayan hastaların tedavisiz geçen süre ortalaması  $37,71 \pm 79,26$  aydı. Gruplar arasında tedavisiz geçen süre açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,024$   $p=0,981$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların manik atak sayıları  $2,75 \pm 1,77$ 'ydi. Sigara kullanımı olmayan hastaların manik atak sayıları  $3,47 \pm 2,46$ 'ydi. Gruplar arasında manik atak sayıları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,973$   $p=0,331$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların hipomanik atak sayıları  $1,14 \pm 3,49$ 'du. Sigara kullanımı olmayan hastaların hipomanik atak sayıları  $0,90 \pm 2,30$ 'du. Gruplar arasında hipomanik atak sayıları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,456$   $p=0,648$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların depresif atak sayıları  $1,51 \pm 2,0$ 'dı. Sigara kullanımı olmayan hastaların depresif atak sayıları  $2,04 \pm 2,90$ 'dı. Gruplar arasında depresif atak sayıları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,056$   $p=0,955$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların hastane yatış sayıları  $2,75 \pm 1,97$ 'ydi. Sigara kullanımı olmayan hastaların hastane yatış sayıları  $3,42 \pm 2,52$ 'ydi. Gruplar arasında hastane yatış sayıları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,929$   $p=0,353$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların %22'sinde ( $n=9$ ) karma özellikli atak öyküsü vardı, %78'inde ( $n=32$ ) karma özellikli atak öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastaların %23,8'sinde ( $n=5$ ) karma özellikli atak öyküsü vardı, %76,2'inde ( $n=16$ ) karma özellikli atak öyküsü yoktu. Gruplar arasında karma özellikli atak öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,027$   $p=1,000$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların %82,9'unda ( $n=34$ ) psikotik özellikli atak öyküsü vardı, %17,1'inde ( $n=7$ ) psikotik özellikli atak öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastaların %57,1'inde ( $n=12$ ) psikotik özellikli atak öyküsü vardı, %42,9'unda ( $n=9$ ) psikotik özellikli atak öyküsü yoktu. Gruplar arasında psikotik özellikli atak öyküsü açısından anlamlı fark mevcuttu. ( $\chi^2=4,822$   $p=0,028$ ).

Madde kullanımı olan hastaların ilk atak yaş ortalaması  $21,07 \pm 2,78$ 'di. Madde kullanımı olmayan hastaların ilk atak yaş ortalaması  $25,83 \pm 9,44$ 'dü. Gruplar arasında ilk atak yaşı açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-1,439$   $p=0,150$ ).

Madde kullanımı olan hastaların tedavisiz geçen süre ortalaması  $8,38 \pm 13,26$  aydı. Madde kullanımı olmayan hastaların tedavisiz geçen süre ortalaması  $43,10 \pm 79,67$  aydı. Gruplar arasında tedavisiz geçen süre açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-1,166$   $p=0,244$ ).

Madde kullanımı olan hastaların manik atak sayıları  $3,00 \pm 2,04$ 'dü. Madde kullanımı olmayan hastaların manik atak sayıları  $3,00 \pm 2,06$ 'ydı. Gruplar arasında manik atak sayıları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,035$   $p=0,972$ ).

Madde kullanımı olan hastaların hipomanik atak sayıları  $0,30 \pm 0,63$ 'dü. Madde kullanımı olmayan hastaların hipomanik atak sayıları  $1,26 \pm 3,48$ 'di. Gruplar arasında hipomanik atak sayıları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,670$   $p=0,503$ ).

Madde kullanımı olan hastaların depresif atak sayıları  $1,23 \pm 1,30$ 'du. Madde kullanımı olmayan hastaların depresif atak sayıları  $1,81 \pm 2,53$ 'dü. Gruplar arasında depresif atak sayıları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,306$   $p=0,760$ ).

Madde kullanımı olan hastaların hastane yatış sayıları  $2,84, \pm 2,03$ 'ydı. Madde kullanımı olmayan hastaların hastane yatış sayıları  $3,02 \pm 2,23$ 'dü. Gruplar arasında hastane yatış sayıları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,149$   $p=0,881$ ).

Madde kullanımı olan hastaların %30,8'inde ( $n=4$ ) karma özellikli atak öyküsü vardı, %69,2'sinde ( $n=9$ ) karma özellikli atak öyküsü yoktu. Madde kullanımı olmayan hastaların %20,4'ünde ( $n=10$ ) karma özellikli atak öyküsü vardı, %79,6'sında ( $n=39$ ) karma özellikli atak öyküsü yoktu. Gruplar arasında karma özellikli atak öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,427$   $p=0,466$ ).

Madde kullanımı olan hastaların %100'ünde ( $n=13$ ) psikotik özellikli atak öyküsü vardı. Madde kullanımı olmayan hastaların %67,3'ünde ( $n=33$ ) psikotik özellikli atak öyküsü vardı, %32,7'sinde ( $n=16$ ) psikotik özellikli atak öyküsü yoktu. Gruplar arasında psikotik özellikli atak öyküsü açısından anlamlı fark mevcuttu ( $\chi^2=5,721$   $p=0,015$ ).

**Tablo 4.8.** BPB-I Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

| <i>Değişken</i>                               | <i>Sigara Kullanımı</i> |             | <i>İstatistik</i>         | <i>Madde Kullanımı</i> |             | <i>İstatistik</i>         |
|-----------------------------------------------|-------------------------|-------------|---------------------------|------------------------|-------------|---------------------------|
|                                               | <i>Var</i>              | <i>Yok</i>  |                           | <i>Var</i>             | <i>Yok</i>  |                           |
| <i>İlk Atak Yaşı; (yıl; Ort.±SS)</i>          | 24,58±9,88              | 25,33±7,60  | $z=-0,574^a$<br>$p=0,566$ | 21,07±2,78             | 25,83±9,94  | $z=-1,439^a$<br>$p=0,150$ |
| <i>Tedavisiz Geçen Süre; (ay; Ort.±SS)</i>    | 34,85±69,53             | 37,71±79,26 | $z=-0,024^a$<br>$p=0,981$ | 8,38±13,26             | 43,10±79,67 | $z=-1,166^a$<br>$p=0,244$ |
| <i>Manik Atak Sayısı; (sayı; Ort.±SS)</i>     | 2,75±1,77               | 3,47±2,46   | $z=-0,973^a$<br>$p=0,331$ | 3,00±2,04              | 3,00±2,06   | $z=-0,035^a$<br>$p=0,972$ |
| <i>Hipomanik Atak Sayısı; (sayı; Ort.±SS)</i> | 1,14±3,49               | 0,90±2,30   | $z=-0,456^a$<br>$p=0,648$ | 0,30±0,63              | 1,26±3,48   | $z=-0,670^a$<br>$p=0,503$ |

**Tablo 4.8. (Devamı) BPB-I Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması**

| <i>Değişken</i>                              | <i>Sigara Kullanımı</i> |            | <i>İstatistik</i>         | <i>Madde Kullanımı</i> |            | <i>İstatistik</i>         |
|----------------------------------------------|-------------------------|------------|---------------------------|------------------------|------------|---------------------------|
|                                              | <i>Var</i>              | <i>Yok</i> |                           | <i>Var</i>             | <i>Yok</i> |                           |
| <i>Depresif Atak Sayısı; (sayı; Ort.±SS)</i> | 1,51±2,00               | 2,04±2,90  | $z=-0,056^a$<br>$p=0,955$ | 1,23±1,30              | 1,81±2,53  | $z=-0,306^a$<br>$p=0,760$ |
| <i>Hastane Yatış Sayısı; (sayı; Ort.±SS)</i> | 2,75±1,97               | 3,42±2,52  | $z=-0,929^a$<br>$p=0,353$ | 2,84±2,03              | 3,02±2,23  | $z=-0,149^a$<br>$p=0,881$ |
| <i>Karma Özellikli Atak; n (%)</i>           |                         |            |                           |                        |            |                           |
| <i>Var</i>                                   | 9 (22,0)                | 5 (23,8)   | $\chi^2=0,027^c$          | 4 (30,8)               | 10 (20,4)  | $\chi^2=0,427^c$          |
| <i>Yok</i>                                   | 32 (78,0)               | 16 (76,2)  | $p=1,000$                 | 9 (69,2)               | 39 (79,6)  | $p=0,466$                 |
| <i>Psikotik Özellikli Atak; n (%)</i>        |                         |            |                           |                        |            |                           |
| <i>Var</i>                                   | 34 (82,9)               | 12 (57,1)  | $\chi^2=4,822^b$          | 13 (100,0)             | 33 (67,3)  | $\chi^2=5,721^c$          |
| <i>Yok</i>                                   | 7 (17,1)                | 9 (42,9)   | $p=0,028$                 | 0 (0,0)                | 16 (32,7)  | $p=0,015$                 |

<sup>a</sup>: Mann-Whitney-U Test, <sup>b</sup>: Pearson Ki-kare test, <sup>c</sup>: Fisher's Exact Test, n (%): frekans (yüzde), Ort.±SS: Ortalama±standart sapma.

#### 4.3.3. BPB-I Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Tedavi Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sigara kullanımı olan hastaların %19,5'inde (n=8) EKT öyküsü vardı, %80,5'inde (n=33) EKT öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastaların %28,6'sında (n=6) EKT öyküsü vardı, %71,4'ünde (n=15) EKT öyküsü yoktu. Gruplar arasında EKT öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,002$   $p=1,000$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların %97,6'sında (n=40) tedavide antipsikotik öyküsü vardı, %2,4'ünde (n=1) tedavide antipsikotik öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastaların %100'ünde (n=21) tedavide antipsikotik öyküsü vardı. Gruplar arasında tedavide antipsikotik öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,521$   $p=1,000$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların %34,1'inde (n=14) tedavide duygudurum düzenleyici öyküsü vardı %65,9'unda (n=27) tedavide duygudurum düzenleyici öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastaların %52,4'ünde (n=11) tedavide

duygudurum düzenleyici öyküsü vardı, %47,6'sında (n=10) tedavide duygudurum düzenleyici yoktu. Gruplar arasında tedavide duygudurum düzenleyici öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,521$  p=1,000).

Sigara kullanımı olan hastaların %19,5'inde (n=8) tedavide antidepresan öyküsü vardı, %80,5'inde tedavide antidepresan öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastaların %28,6'sında (n=6) tedavide antidepresan öyküsü vardı, %76,4'ünde (n=15) tedavide antidepresan yoktu. Gruplar arasında tedavide antidepresan öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=1,919$  p=0,166).

Madde kullanımı olan hastaların %23,1'inde (n=3) EKT öyküsü vardı, %76,9'unda (n=10) EKT öyküsü yoktu. Madde kullanımı olmayan hastaların %22,4'ünde (n=11) EKT öyküsü vardı, %77,6'sında (n=38) EKT yoktu. Gruplar arasında EKT öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,002$  p=1,000).

Madde kullanımı olan hastaların %100'ünde (n=13) tedavide antipsikotik öyküsü vardı. Madde kullanımı olmayan hastaların %98'inde (n=48) tedavide antipsikotik öyküsü vardı, %2'sinde (n=1) tedavide antipsikotik yoktu. Gruplar arasında tedavide antipsikotik öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,270$  p=1,000).

Madde kullanımı olan hastaların %100'ünde (n=13) tedavide duygudurum düzenleyici öyküsü vardı. Madde kullanımı olmayan hastaların %98'inde (n=48) tedavide duygudurum düzenleyici öyküsü vardı, %2'sinde (n=1) tedavide duygudurum düzenleyici yoktu. Gruplar arasında tedavide duygudurum düzenleyici öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,270$  p=1,000).

Madde kullanımı olan hastaların %23,1'inde (n=3) tedavide antidepresan öyküsü vardı, %76,9'unda tedavide antidepresan öyküsü yoktu. Madde kullanımı olmayan hastaların %44,9'unda (n=22) tedavide antidepresan öyküsü vardı, %55,1'inde (n=27) tedavide antidepresan yoktu. Gruplar arasında tedavide antidepresan öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=2,033$  p=0,210).

**Tablo 4.9.** BPB-I Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Tedavi Özelliklerinin Karşılaştırılması

| <i>Değişken</i>                               | <i>Sigara Kullanımı</i> |            | <i>İstatistik</i> | <i>Madde Kullanımı</i> |            | <i>İstatistik</i> |
|-----------------------------------------------|-------------------------|------------|-------------------|------------------------|------------|-------------------|
|                                               | <i>Var</i>              | <i>Yok</i> |                   | <i>Var</i>             | <i>Yok</i> |                   |
| <i>EKT Öyküsü; n (%)</i>                      |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                    | 8 (19,5)                | 6 (28,6)   | $\chi^2=0,652^a$  | 3 (23,1)               | 11 (22,4)  | $\chi^2=0,002^b$  |
| <i>Yok</i>                                    | 33 (80,5)               | 15 (71,4)  | $p=0,419$         | 10 (76,9)              | 38 (77,6)  | $p=1,000$         |
| <i>Tedavide Antipsikotik; n (%)</i>           |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                    | 40 (97,6)               | 21 (100)   | $\chi^2=0,521^b$  | 13 (100,0)             | 48 (98,0)  | $\chi^2=0,270^b$  |
| <i>Yok</i>                                    | 1 (2,4)                 | 0 (0,0)    | $p=1,000$         | 0 (0,0)                | 1 (2,0)    | $p=1,000$         |
| <i>Tedavide Duygudurum Düzenleyici; n (%)</i> |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                    | 14 (34,1)               | 11 (52,4)  | $\chi^2=0,521^a$  | 13 (100,0)             | 48 (98,0)  | $\chi^2=0,270^b$  |
| <i>Yok</i>                                    | 27 (65,9)               | 10 (47,6)  | $p=1,000$         | 0 (0,0)                | 1 (2,0)    | $p=1,000$         |
| <i>Tedavide Antidepresan; n (%)</i>           |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                    | 8 (19,5)                | 6 (28,6)   | $\chi^2=1,919^a$  | 3 (23,1)               | 22 (44,9)  | $\chi^2=2,033^b$  |
| <i>Yok</i>                                    | 33 (80,5)               | 15 (71,4)  | $p=0,166$         | 10 (76,9)              | 27 (55,1)  | $p=0,210$         |

<sup>a</sup>: Pearson Ki-kare test, <sup>b</sup>: Fisher's Exact Test, n (%): frekans (yüzde).

#### 4.3.4. BPB-I Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Klinik Ölçümlerin Karşılaştırılması

Sigara kullanımı olan hastaların CGI-HŞ puan ortalaması  $3,16 \pm 1,44$ 'tü. Sigara kullanımı olmayan hastaların CGI-HŞ puan ortalaması  $2,52 \pm 1,63$ 'dü. Gruplar arasında CGI-HŞ puan ortalaması açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-1,651$   $p=0,099$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların CGI-YŞ puan ortalaması  $1,75 \pm 0,69$ 'du. Sigara kullanımı olmayan hastaların CGI-YŞ puan ortalaması  $1,90 \pm 0,88$ 'di. Gruplar arasında CGI-YŞ puan ortalaması açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,490$   $p=0,624$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların YMDÖ puan ortalaması  $9,63 \pm 9,85$ 'du. Sigara kullanımı olmayan hastaların YMDÖ puan ortalaması  $5,66 \pm 8,75$ 'di. Gruplar arasında YMDÖ puan ortalaması açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-1,634$   $p=0,102$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların HDDÖ puan ortalaması  $3,53 \pm 5,98$ 'di. Sigara kullanımı olmayan hastaların HDDÖ puan ortalaması  $2,57 \pm 4,35$ 'ti. Gruplar arasında HDDÖ puan ortalaması açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,040$   $p=0,968$ ).

Madde kullanımı olan hastaların CGI-HŞ puan ortalaması  $3,61 \pm 1,44$ 'tü. Madde kullanımı olmayan hastaların CGI-HŞ puan ortalaması  $2,77 \pm 1,51$ 'ydi. Gruplar arasında CGI-HŞ puan ortalaması açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-1,752$   $p=0,080$ ).

Madde kullanımı olan hastaların CGI-YŞ puan ortalaması  $1,53 \pm 0,51$ 'ydi. Madde kullanımı olmayan hastaların CGI-YŞ puan ortalaması  $1,87 \pm 0,80$ 'di. Gruplar arasında CGI-YŞ puan ortalaması açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-1,281$   $p=0,200$ ).

Madde kullanımı olan hastaların YMDÖ puan ortalaması  $13,69 \pm 11,79$ 'du. Madde kullanımı olmayan hastaların YMDÖ puan ortalaması  $6,85 \pm 8,52$ 'di. Gruplar arasında YMDÖ puan ortalaması açısından anlamlı fark mevcuttu ( $z=-2,282$   $p=0,022$ ).

Madde kullanımı olan hastaların HDDÖ puan ortalaması  $3,53 \pm 6,34$ 'tü. Madde kullanımı olmayan hastaların HDDÖ puan ortalaması  $3,12 \pm 5,28$ 'di. Gruplar arasında HDDÖ puan ortalaması açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,382$   $p=0,702$ ).

**Tablo 4.10.** BPB-I Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Klinik Ölçümlerin Karşılaştırılması

| <i>Değişken</i>               | <i>Sigara Kullanımı</i> |                 | <i>İstatistik</i>         | <i>Madde Kullanımı</i> |                 | <i>İstatistik</i>                           |
|-------------------------------|-------------------------|-----------------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------------------------------------------|
|                               | <i>Var</i>              | <i>Yok</i>      |                           | <i>Var</i>             | <i>Yok</i>      |                                             |
| <i>CGİ-HŞ; (puan; Ort±SS)</i> | $3,16 \pm 1,44$         | $2,52 \pm 1,63$ | $z=-1,651^a$<br>$p=0,099$ | $3,61 \pm 1,44$        | $2,77 \pm 1,51$ | $z=-1,752^a$<br>$p=0,080$                   |
| <i>CGİ-YŞ; (puan; Ort±SS)</i> | $1,75 \pm 0,69$         | $1,90 \pm 0,88$ | $z=-0,490^a$<br>$p=0,624$ | $1,53 \pm 0,51$        | $1,87 \pm 0,80$ | $z=-1,281^a$<br>$p=0,200$                   |
| <i>YMDÖ; (puan; Ort±SS)</i>   | $9,63 \pm 9,85$         | $5,66 \pm 8,75$ | $z=-1,634^a$<br>$p=0,102$ | $13,69 \pm 11,79$      | $6,85 \pm 8,52$ | $z=-2,282^a$<br><b><math>p=0,022</math></b> |
| <i>HDDÖ; (puan; Ort±SS)</i>   | $3,53 \pm 5,98$         | $2,57 \pm 4,35$ | $z=-0,040^a$<br>$p=0,968$ | $3,53 \pm 6,34$        | $3,12 \pm 5,28$ | $z=-0,382^a$<br>$p=0,702$                   |

<sup>a</sup>: Mann-Whitney-U Test, Ort.±SS: Ortalama±standart sapma.

#### **4.4. BPB- II GRUBUNDA SİĞARA VE MADDE KULLANIMI İLE SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI**

##### **4.4.1. BPB- II Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Sosyodemografik Özellikler ve Aile Öyküsünün Karşılaştırılması**

Sigara kullanımı olan hastalarının %40,7'si (n=11) kadın, %59,3'ü (n=16) erkekti. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %60'ı (n=15) kadın, %40'ı (n=10) erkekti. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=1,926$  p=0,165).

Sigara kullanımı olan hastalarının %48,1'i (n=13) evli, %51,9'u (n=14) bekar/ayrılmış/duldu. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %64'ü (n=16) evli, %36'sı (n=9) bekar/ayrılmış/duldu. Gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=1,322$  p=0,261).

Sigara kullanımı olan hastalarının %40,7'si (n=11) çalışıyor, %59,3'ü (n=16) çalışmıyordu. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %68'i (n=17) çalışıyor, %32'si (n=8) çalışmıyordu. Gruplar arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,428$  p=0,513).

Sigara kullanımı olan hastalarının %66,7'sinin (n=18) ekonomik durumu iyi, %33,3'ünün (n=9) ekonomik durumu kötüydü. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %68'inin (n=17) ekonomik durumu iyi, %32'sinin (n=8) ekonomik durumu kötüydü. Gruplar arasında ekonomik durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,010$  p=0,918).

Sigara kullanımı olan hastalarının %40,7'sinde (n=11) intihar girişimi öyküsü vardı, %59,3'ünde (n=16) intihar girişimi öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %20'sinde (n=5) intihar girişimi öyküsü vardı, %80'inde (n=20) intihar girişimi öyküsü yoktu. Gruplar arasında intihar girişimi öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=2,621$  p=0,105).

Sigara kullanımı olan hastalarının %25,9'unda (n=7) self mutilasyon öyküsü vardı, %74,1'inde (n=20) self mutilasyon öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %52'sinde (n=16) self mutilasyon öyküsü vardı, %48'inde (n=12) self

mutilasyon öyküsü yoktu. Gruplar arasında self mutilasyon öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,767$  p=0,503).

Sigara kullanımı olan hastalarının %63'ünde (n=17) ek psikiyatrik tanı vardı, %37'sinde (n=10) ek psikiyatrik tanı yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %44'ünde (n=11) ek psikiyatrik tanı vardı, %56'sında (n=14) ek psikiyatrik tanı yoktu. Gruplar arasında ek psikiyatrik tanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,639$  p=0,424).

Sigara kullanımı olan hastalarının %37'sinde (n=10) ek tıbbi tanı vardı, %63'ünde (n=17) ek tıbbi tanı yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %44'ünde (n=11) ek tıbbi tanı vardı, %56'sında (n=14) ek tıbbi tanı yoktu. Gruplar arasında ek tıbbi tanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,261$  p=0,609).

Sigara kullanımı olan hastalarının %55,6'sında (n=15) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardı, %44,4'ünde (n=12) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %56'sında (n=14) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardı, %44'ünde (n=11) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu. Gruplar arasında ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,001$  p=0,974).

Sigara kullanımı olan hastalarının %18,5'inde (n=5) ailede bipolar bozukluk öyküsü vardı, %81,5'inde (n=22) ailede bipolar bozukluk öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastalarının %24'ünde (n=6) ailede bipolar bozukluk öyküsü vardı, %19'unda (n=19) ailede bipolar bozukluk öyküsü yoktu. Gruplar arasında ailede bipolar bozukluk öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,234$  p=0,740).

Sigara kullanımı olan hastalarının %3,7'sinde (n=1) madde kullanım öyküsü vardı, %96,3'ünde (n=26) madde kullanım öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastalarının, %4'ünde (n=1) madde kullanım öyküsü vardı, %96'sında (n=24) madde kullanım öyküsü yoktu. Gruplar arasında madde kullanım öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. ( $\chi^2=0,234$  p=1,000).

Madde kullanımı olan hastalarının %50'si (n=1) kadın, %50'si (n=1) erkekti. Madde kullanımı olmayan hastalarının %50'i (n=25) kadın, %50 (n=25) erkekti.

Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,000$   $p=1,00$ ).

Madde kullanımı olan hastalarının %50'si (n=1) evli, %50'si (n=1) bekar/ayrılmış/duldu. Madde kullanımı olmayan hastalarının %56'sı (n=28) evli, %44'ü (n=22) bekar/ayrılmış/duldu. Gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,028$   $p=1,000$ ).

Madde kullanımı olan hastalarının %50'si (n=1) çalışıyor, %50'si (n=1) çalışmıyordu. Madde kullanımı olmayan hastalarının %36'sı (n=18) çalışıyor, %64'ü (n=32) çalışmıyordu. Gruplar arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,163$   $p=1,000$ ).

Madde kullanımı olan hastalarının %50'sinin (n=1) ekonomik durumu iyi, %50'sinin (n=1) ekonomik durumu kötüydü. Madde kullanımı olmayan hastalarının %68'inin (n=34) ekonomik durumu iyi, %32'sinin (n=16) ekonomik durumu kötüydü. Gruplar arasında ekonomik durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,283$   $p=1,000$ ).

Madde kullanımı olan hastalarının %50'sinin (n=1) intihar girişimi öyküsü vardı, %50'sinin (n=1) intihar girişimi öyküsü yoktu. Madde kullanımı olmayan hastalarının %30'unun (n=15) intihar girişimi öyküsü vardı, %70'inin (n=35) intihar girişimi öyküsü yoktu. Gruplar arasında intihar girişimi öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,361$   $p=0,525$ ).

Madde kullanımı olan hastalarının %100'ünün (n=2) self mutilasyon öyküsü yoktu. Madde kullanımı olmayan hastalarının %22'sinin (n=11) self mutilasyon öyküsü vardı, %78'inin (n=39) self mutilasyon öyküsü yoktu. Gruplar arasında self mutilasyon öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,558$   $p=1,000$ ).

Madde kullanımı olan hastalarının %100'ünde (n=2) ek psikiyatrik tanı vardı. Madde kullanımı olmayan hastalarının %47,6'sında (n=28) ek psikiyatrik tanı vardı, %52,4'ünde (n=22) ek psikiyatrik tanı yoktu. Gruplar arasında ek psikiyatrik tanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=1,525$   $p=0,502$ ).

Madde kullanımı olan hastalarının %100'ünde (n=2) ek tıbbi tanı yoktu. Madde kullanımı olmayan hastalarının %42'sinde (n=21) ek tıbbi tanı vardı, %58'inde (n=29) ek tıbbi tanı yoktu. Gruplar arasında ek tıbbi tanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=1,650$  p=0,497).

Madde kullanımı olan hastalarının %100'ünde (n=2) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Madde kullanımı olmayan hastalarının %54'ünde (n=27) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardı, %46'sında (n=23) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu. Gruplar arasında ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=1,650$  p=0,497).

Madde kullanımı olan hastalarının %100'ünde (n=2) ailede bipolar bozukluk öyküsü vardı. Madde kullanımı olmayan hastalarının %18'inde (n=9) ailede bipolar bozukluk öyküsü vardı, %82'sinde (n=41) ailede bipolar bozukluk öyküsü yoktu. Gruplar arasında ailede bipolar bozukluk öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ( $\chi^2=7,753$  p=0,041).

Madde kullanımı olan hastalarının %50'sinde (n=1) sigara kullanım öyküsü vardı, %50'sinde (n=1) sigara kullanım öyküsü yoktu. Madde kullanımı olmayan hastalarının, %47,6'sında (n=26) sigara kullanım öyküsü vardı, %52,4'ünde (n=24) sigara kullanım öyküsü yoktu. Gruplar arasında sigara kullanım öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,003$  p=1,000).

**Tablo 4.11.** BPB-II Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Sosyodemografik Özellikler ve Aile Öyküsünün Karşılaştırılması

| <i>Değişken</i>              | <i>Sigara Kullanımı</i> |            | <i>İstatistik</i>           | <i>Madde Kullanımı</i> |            | <i>İstatistik</i>                        |
|------------------------------|-------------------------|------------|-----------------------------|------------------------|------------|------------------------------------------|
|                              | <i>Var</i>              | <i>Yok</i> |                             | <i>Var</i>             | <i>Yok</i> |                                          |
| <i>Cinsiyet; n (%)</i>       |                         |            |                             |                        |            |                                          |
| <i>Kadın</i>                 | 11 (40,7)               | 15 (60,0)  | $\chi^2=1,926^a$<br>p=0,165 | 1 (50,0)               | 25 (50,0)  | $\chi^2=0,000^b$<br>p=1,000              |
| <i>Erkek</i>                 | 16 (59,3)               | 10 (40)    |                             | 1 (50,0)               | 25 (50,0)  |                                          |
| <i>Medeni Durum; n (%)</i>   |                         |            |                             |                        |            |                                          |
| <i>Bekar/Ayrılmış/Dul</i>    | 14 (51,9)               | 9 (36,0)   | $\chi^2=1,322^a$<br>p=0,261 | 1 (50,0)               | 22 (44,0)  | $\chi^2=0,028^b$<br>p=1,000 <sup>a</sup> |
| <i>Evli/İlişkisi var</i>     | 13 (48,1)               | 16 (64,0)  |                             | 1 (50,0)               | 28 (56,0)  |                                          |
| <i>Çalışma Durumu; n (%)</i> |                         |            |                             |                        |            |                                          |
| <i>Çalışmıyor</i>            | 16 (59,3)               | 8 (32,0)   | $\chi^2=0,428^a$<br>p=0,513 | 1 (50,0)               | 32 (64,0)  | $\chi^2=0,163^b$<br>p=1,000              |
| <i>Çalışıyor</i>             | 11 (40,7)               | 17 (68,0)  |                             | 1 (50,0)               | 18 (36,0)  |                                          |
| <i>Ekonomik Durum; n (%)</i> |                         |            |                             |                        |            |                                          |
| <i>İyi</i>                   | 18 (66,7)               | 17 (68,0)  | $\chi^2=0,010^a$<br>p=0,918 | 1 (50,0)               | 34 (68,0)  | $\chi^2=0,283^b$<br>p=1,000              |
| <i>Kötü</i>                  | 9 (33,3)                | 8 (32,0)   |                             | 1 (50,0)               | 16 (32,0)  |                                          |

**Tablo 4.11. (Devamı) BPB-II Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Sosyodemografik Özellikler ve Aile Öyküsünün Karşılaştırılması**

| <i>Değişken</i>                           | <i>Sigara Kullanımı</i> |            | <i>İstatistik</i> | <i>Madde Kullanımı</i> |            | <i>İstatistik</i> |
|-------------------------------------------|-------------------------|------------|-------------------|------------------------|------------|-------------------|
|                                           | <i>Var</i>              | <i>Yok</i> |                   | <i>Var</i>             | <i>Yok</i> |                   |
| <i>İntihar Girişimi; n (%)</i>            |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                | 11 (40,7)               | 5 (20,0)   | $\chi^2=2,621^b$  | 1 (50,0)               | 15 (30,0)  | $\chi^2=0,361^b$  |
| <i>Yok</i>                                | 16 (59,3)               | 20 (80,0)  | $p=0,105$         | 1 (50,0)               | 35 (70,0)  | $p=0,525$         |
| <i>Self Mutilasyon; n (%)</i>             |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                | 7 (25,9)                | 4 (16,0)   | $\chi^2=0,767^b$  | 0 (0,0)                | 11 (22,0)  | $\chi^2=0,558^b$  |
| <i>Yok</i>                                | 20 (74,1)               | 21 (84,0)  | $p=0,503$         | 2 (100,0)              | 39 (78,0)  | $p=1,000$         |
| <i>Ek Psikiyatrik Tanı; n (%)</i>         |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                | 17 (63,0)               | 13 (52,0)  | $\chi^2=0,639^a$  | 2 (100,0)              | 28 (47,6)  | $\chi^2=1,525^b$  |
| <i>Yok</i>                                | 10 (37,0)               | 12 (48,0)  | $p=0,424$         | 0 (0,0)                | 22 (52,4)  | $p=0,502$         |
| <i>Ek Tıbbi Tanı; n (%)</i>               |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                | 10 (37,0)               | 11 (44,0)  | $\chi^2=0,261^a$  | 0 (0,0)                | 21 (42,0)  | $\chi^2=1,409^b$  |
| <i>Yok</i>                                | 17 (63,0)               | 14 (56,0)  | $p=0,609$         | 2 (100,0)              | 29 (58,0)  | $p=0,509^a$       |
| <i>Ailede Psikiyatrik Hastalık; n (%)</i> |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                | 15 (55,6)               | 14 (56,0)  | $\chi^2=0,001^a$  | 2 (100,0)              | 27 (54,0)  | $\chi^2=1,650^b$  |
| <i>Yok</i>                                | 12 (44,4)               | 11 (44,0)  | $p=0,974$         | 0 (0,0)                | 23 (46,0)  | $p=0,497$         |
| <i>Ailede Bipolar Bozukluk; n (%)</i>     |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                | 5 (18,5)                | 6 (24,0)   | $\chi^2=0,234^b$  | 2 (100,0)              | 9 (18,0)   | $\chi^2=7,753^b$  |
| <i>Yok</i>                                | 22 (81,5)               | 19 (76,0)  | $p=0,740$         | 0 (0,0)                | 41 (82,0)  | $p=0,041$         |
| <i>Madde Kullanımı; n (%)</i>             |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                | 1 (3,7)                 | 1 (4,0)    | $\chi^2=0,003^b$  | -                      |            |                   |
| <i>Yok</i>                                | 26 (96,3)               | 24 (96,0)  | $p=1,000$         |                        |            |                   |
| <i>Sigara Kullanımı; n (%)</i>            |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                |                         |            |                   | 1 (50,0)               |            |                   |
| <i>Yok</i>                                |                         |            |                   | 1 (50,0)               | 26 (47,6)  | $\chi^2=0,003^b$  |
|                                           |                         | -          |                   |                        | 24 (52,4)  | $p=1,000$         |

<sup>a</sup>: Pearson Ki-kare test, <sup>b</sup>: Fisher's Exact Test, n (%): frekans (yüzde).

#### 4.4.2. BPB-II Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

Sigara kullanımı olan hastaların ilk atak yaş ortalaması 30,33±11,47'ydı. Sigara kullanımı olmayan hastaların ilk atak yaş ortalaması 27,32±9,74'tü. Gruplar arasında ilk atak yaşı açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,899$   $p=0,369$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların tedavisiz geçen süre ortalaması 30,70±60,72 aydı. Sigara kullanımı olmayan hastaların tedavisiz geçen süre ortalaması 49,28±84,99

aydı. Gruplar arasında tedavisiz geçen süre açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,066$   $p=0,947$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların hipomanik atak sayıları  $2,88\pm2,53$ 'tü. Sigara kullanımı olmayan hastaların hipomanik atak sayıları  $2,52\pm2,29$ 'du. Gruplar arasında hipomanik atak sayıları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,524$   $p=0,600$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların depresif atak sayıları  $4,25\pm3,75$ 'ti. Sigara kullanımı olmayan hastaların depresif atak sayıları  $5,76\pm4,91$ 'di. Gruplar arasında depresif atak sayıları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-1,339$   $p=0,181$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların hastane yatış sayıları  $2,0\pm1,76$ 'ydı. Sigara kullanımı olmayan hastaların hastane yatış sayıları  $1,12\pm1,15$ 'di. Gruplar arasında hastane yatış sayıları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-1,832$   $p=0,067$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların %11,1'inde ( $n=3$ ) karma özellikli atak öyküsü vardı, %88,9'unda ( $n=24$ ) karma özellikli atak öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastaların %8'inde ( $n=2$ ) karma özellikli atak öyküsü vardı, %92'inde ( $n=23$ ) karma özellikli atak öyküsü yoktu. Gruplar arasında karma özellikli atak öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,027$   $p=1,000$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların %22,2'sinde ( $n=6$ ) psikotik özellikli atak öyküsü vardı, %77,8'inde ( $n=21$ ) psikotik özellikli atak öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastaların %8'inde ( $n=2$ ) psikotik özellikli atak öyküsü vardı, %92,'sinde ( $n=23$ ) psikotik özellikli atak öyküsü yoktu. Gruplar arasında psikotik özellikli atak öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı. ( $\chi^2=2,017$   $p=0,252$ ).

Madde kullanımı olan hastaların ilk atak yaş ortalaması  $32,0\pm4,24$ 'tü. Madde kullanımı olmayan hastaların ilk atak yaş ortalaması  $28,76\pm10,86$ 'ydı. Gruplar arasında ilk atak yaşı açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,882$   $p=0,378$ ).

Madde kullanımı olan hastaların tedavisiz geçen süre ortalaması  $30,0\pm25,45$  aydı. Madde kullanımı olmayan hastaların tedavisiz geçen süre ortalaması  $43,80\pm74,23$  aydı. Gruplar arasında tedavisiz geçen süre açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,616$   $p=0,538$ ).

Madde kullanımı olan hastaların hipomanik atak sayıları  $3,0 \pm 2,82$ 'ydi. Madde kullanımı olmayan hastaların hipomanik atak sayıları  $2,70 \pm 2,41$ 'di. Gruplar arasında hipomanik atak sayıları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,198$   $p=0,843$ ).

Madde kullanımı olan hastaların depresif atak sayıları  $5,0 \pm 0,0$ 'dı. Madde kullanımı olmayan hastaların depresif atak sayıları  $4,98 \pm 4,46$ 'ydi. Gruplar arasında depresif atak sayıları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,966$   $p=0,334$ ).

Madde kullanımı olan hastaların hastane yatış sayıları  $3,50 \pm 2,12$ 'ydi. Madde kullanımı olmayan hastaların hastane yatış sayıları  $1,52 \pm 1,51$ 'di. Gruplar arasında hastane yatış sayıları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-1,619$   $p=0,105$ ).

Madde kullanımı olan hastaların %100'ünde ( $n=2$ ) karma özellikli atak öyküsü yoktu. Madde kullanımı olmayan hastaların %10'unda ( $n=5$ ) karma özellikli atak öyküsü vardı, %90'ında ( $n=45$ ) karma özellikli atak öyküsü yoktu. Gruplar arasında karma özellikli atak öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,638$   $p=1,000$ ).

Madde kullanımı olan hastaların %100'ünde ( $n=2$ ) psikotik özellikli atak öyküsü yoktu. Madde kullanımı olmayan hastaların %16'sında ( $n=8$ ) psikotik özellikli atak öyküsü vardı, %84'ünde ( $n=42$ ) psikotik özellikli atak öyküsü yoktu. Gruplar arasında psikotik özellikli atak öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,539$   $p=1,000$ ).

**Tablo 4.12.** BPB-II Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

| <i>Değişken</i>                               | <i>Sigara Kullanımı</i> |             | <i>İstatistik</i>         | <i>Madde Kullanımı</i> |             | <i>İstatistik</i>         |
|-----------------------------------------------|-------------------------|-------------|---------------------------|------------------------|-------------|---------------------------|
|                                               | <i>Var</i>              | <i>Yok</i>  |                           | <i>Var</i>             | <i>Yok</i>  |                           |
| <i>İlk Atak Yaşı; (yıl; Ort.±SS)</i>          | 30,33±11,47             | 27,32±9,74  | $z=-0,899^a$<br>$p=0,369$ | 32,0±4,24              | 28,76±10,86 | $z=-0,882^a$<br>$p=0,378$ |
| <i>Tedavisiz Geçen Süre; (ay; Ort.±SS)</i>    | 37,70±60,72             | 49,28±84,99 | $z=-0,066^a$<br>$p=0,947$ | 30,0±25,45             | 43,80±74,23 | $z=-0,616^a$<br>$p=0,538$ |
| <i>Hipomanik Atak Sayısı; (sayı; Ort.±SS)</i> | 2,88±2,53               | 2,52±2,29   | $z=-0,524^a$<br>$p=0,600$ | 3,0±2,82               | 2,70±2,41   | $z=-0,198^a$<br>$p=0,843$ |
| <i>Depresif Atak Sayısı; (sayı; Ort.±SS)</i>  | 4,25±3,75               | 5,76±4,91   | $z=-1,339^a$<br>$p=0,181$ | 5,0±0,0                | 4,98±4,46   | $z=-0,966^a$<br>$p=0,334$ |
| <i>Hastane Yatış Sayısı; (sayı; Ort.±SS)</i>  | 2,03±1,76               | 1,12±1,15   | $z=-1,832^a$<br>$p=0,067$ | 3,50±2,12              | 1,52±1,51   | $z=-1,619^a$<br>$p=0,105$ |

**Tablo 4.12. (Devamı) BPB-II Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması**

| <i>Değişken</i>                              | <i>Sigara Kullanımı</i> |            | <i>İstatistik</i> | <i>Madde Kullanımı</i> |            | <i>İstatistik</i> |
|----------------------------------------------|-------------------------|------------|-------------------|------------------------|------------|-------------------|
|                                              | <i>Var</i>              | <i>Yok</i> |                   | <i>Var</i>             | <i>Yok</i> |                   |
| <b><i>Karma Özellikli Atak; n (%)</i></b>    |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <b><i>Var</i></b>                            | 3 (11,1)                | 2 (8,0)    | $\chi^2=0,027^b$  | 0 (0,0)                | 5 (10,0)   | $\chi^2=0,638^b$  |
| <b><i>Yok</i></b>                            | 24 (88,9)               | 23 (92,0)  | $p=1,000$         | 2 (100,0)              | 45 (90,0)  | $p=1,000$         |
| <b><i>Psikotik Özellikli Atak; n (%)</i></b> |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <b><i>Var</i></b>                            | 6 (22,2)                | 2 (8,0)    | $\chi^2=2,017^b$  | 0 (0,0)                | 8 (16,0)   | $\chi^2=0,539^b$  |
| <b><i>Yok</i></b>                            | 21 (77,8)               | 23 (92,0)  | $p=0,252$         | 2 (100,0)              | 42 (84,0)  | $p=1,000$         |

<sup>a</sup>: Mann-Whitney-U Test, <sup>b</sup>: Fisher's Exact Test, n (%): frekans (yüzde), Ort.±SS: Ortalama±standart sapma.

#### **4.4.3. BPB-II Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Tedavi Özelliklerinin Karşılaştırılması**

Sigara kullanımı olan hastaların %25,9'unda (n=7) EKT öyküsü vardı, %74,1'inde (n=20) EKT öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastaların %8'inde (n=2) EKT öyküsü vardı, %92'sinde (n=23) EKT öyküsü yoktu. Gruplar arasında EKT öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=2,914$   $p=0,143$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların %88,9'unda (n=24) tedavide antipsikotik öyküsü vardı, %11,1'inde (n=3) tedavide antipsikotik öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastaların %80'inde (n=20) tedavide antipsikotik öyküsü vardı, %20'sinde (n=5) tedavide antipsikotik öyküsü yoktu. Gruplar arasında tedavide antipsikotik öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,788$   $p=0,458$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların %92,6'sında (n=25) tedavide duygudurum düzenleyici öyküsü vardı %7,4'ünde (n=2) tedavide duygudurum düzenleyici öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olmayan hastaların %92'sinde (n=23) tedavide duygudurum düzenleyici öyküsü vardı, %8'inde (n=2) tedavide duygudurum düzenleyici yoktu. Gruplar arasında tedavide duygudurum düzenleyici öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,006$   $p=1,000$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların %74,1'inde (n=20) tedavide antidepresan öyküsü vardı, %25,9'unda (n=7) tedavide antidepresan öyküsü yoktu. Sigara kullanımı

olmayan hastaların %88'inde (n=22) tedavide antidepresan öyküsü vardı, %12'sinde (n=3) tedavide antidepresan yoktu. Gruplar arasında tedavide antidepresan öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=1,621$  p=0,296).

Madde kullanımı olan hastaların %50'sinde (n=1) EKT öyküsü vardı, %50'sinde (n=1) EKT öyküsü yoktu. Madde kullanımı olmayan hastaların %16'sında (n=8) EKT öyküsü vardı, %84'ünde (n=42) EKT öyküsü yoktu. Gruplar arasında EKT öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=1,553$  p=0,319).

Madde kullanımı olan hastaların %100'ünde (n=2) tedavide antipsikotik öyküsü vardı. Madde kullanımı olmayan hastaların %84'ünde (n=42) tedavide antipsikotik öyküsü vardı, %16'sinde (n=8) tedavide antipsikotik yoktu. Gruplar arasında tedavide antipsikotik öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,378$  p=1,000).

Madde kullanımı olan hastaların %100'ünde (n=2) tedavide duygudurum düzenleyici öyküsü vardı. Madde kullanımı olmayan hastaların %92'sinde (n=46) tedavide duygudurum düzenleyici öyküsü vardı, %8'inde (n=4) tedavide duygudurum düzenleyici yoktu. Gruplar arasında tedavide duygudurum düzenleyici öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,173$  p=1,000).

Madde kullanımı olan hastaların %100'ünde (n=2) tedavide antidepresan öyküsü vardı. Madde kullanımı olmayan hastaların %80'inde (n=40) tedavide antidepresan öyküsü vardı, %10'unda (n=10) tedavide antidepresan yoktu. Gruplar arasında tedavide antidepresan öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=0,495$  p=1,000).

**Tablo 4.13.** BPB-II Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı İle Tedavi Özelliklerinin Karşılaştırılması

| <i>Değişken</i>                               | <i>Sigara Kullanımı</i> |            | <i>İstatistik</i> | <i>Madde Kullanımı</i> |            | <i>İstatistik</i> |
|-----------------------------------------------|-------------------------|------------|-------------------|------------------------|------------|-------------------|
|                                               | <i>Var</i>              | <i>Yok</i> |                   | <i>Var</i>             | <i>Yok</i> |                   |
| <i>EKT Öyküsü; n (%)</i>                      |                         |            | $\chi^2=2,914^a$  |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                    | 7 (25,9)                | 2 (8,0)    | $p=0,143$         | 1 (50,0)               | 8 (16,0)   | $\chi^2=1,553^a$  |
| <i>Yok</i>                                    | 20 (74,1)               | 23 (92,0)  |                   | 1 (50,0)               | 42 (84,0)  | $p=0,319$         |
| <i>Tedavide Antipsikotik; n (%)</i>           |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                    | 24 (88,9)               | 20 (80,0)  | $\chi^2=0,788^a$  | 2 (100,0)              | 42 (84,0)  | $\chi^2=0,378^a$  |
| <i>Yok</i>                                    | 3 (11,1)                | 5 (20,0)   | $p=0,458$         | 0 (0,0)                | 8 (16,0)   | $p=1,000$         |
| <i>Tedavide Duygudurum Düzenleyici; n (%)</i> |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                    | 25 (92,6)               | 23 (92,0)  | $\chi^2=0,006^a$  | 2 (100,0)              | 46 (92,0)  | $\chi^2=0,173^a$  |
| <i>Yok</i>                                    | 2 (7,4)                 | 2 (8,0)    | $p=1,000$         | 0 (0,0)                | 4 (8,0)    | $p=1,000$         |
| <i>Tedavide Antidepresan; n (%)</i>           |                         |            |                   |                        |            |                   |
| <i>Var</i>                                    | 20 (74,1)               | 22 (88,0)  | $\chi^2=1,621^a$  | 2 (100,0)              | 40 (80,0)  | $\chi^2=0,495^a$  |
| <i>Yok</i>                                    | 7 (25,9)                | 3 (12,0)   | $p=0,296$         | 0 (0,0)                | 10 (20,0)  | $p=1,000$         |

<sup>a</sup>: Fisher's Exact Test, n (%): frekans (yüzde).

#### 4.4.4. BPB-II Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Klinik Ölçümlerin Karşılaştırılması

Sigara kullanımı olan hastaların CGI-HŞ puan ortalaması  $2,70 \pm 1,43$ 'tü. Sigara kullanımı olmayan hastaların CGI-HŞ puan ortalaması  $2,20 \pm 1,25$ 'ti. Gruplar arasında CGI-HŞ puan ortalaması açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-1,294$   $p=0,196$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların CGI-YŞ puan ortalaması  $1,70 \pm 0,82$ 'ydi. Sigara kullanımı olmayan hastaların CGI-YŞ puan ortalaması  $1,24 \pm 0,52$ 'ydi. Gruplar arasında CGI-YŞ puan ortalaması açısından anlamlı fark mevcuttu ( $z=-2,388$   $p=0,017$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların YMDÖ puan ortalaması  $0,74 \pm 2,15$ 'du. Sigara kullanımı olmayan hastaların YMDÖ puan ortalaması  $0,52 \pm 1,93$ 'di. Gruplar arasında YMDÖ puan ortalaması açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,907$   $p=0,364$ ).

Sigara kullanımı olan hastaların HDDÖ puan ortalaması  $8,25 \pm 10,25$ 'di. Sigara kullanımı olmayan hastaların HDDÖ puan ortalaması  $4,72 \pm 8,15$ 'di. Gruplar arasında HDDÖ puan ortalaması açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,726$   $p=0,468$ ).

Madde kullanımı olan hastaların CGI-HŞ puan ortalaması  $2,0\pm0,0$ 'dı. Madde kullanımı olmayan hastaların CGI-HŞ puan ortalaması  $2,48\pm1,38$ 'di. Gruplar arasında CGI-HŞ puan ortalaması açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,153$   $p=0,879$ ).

Madde kullanımı olan hastaların CGI-YŞ puan ortalaması  $1,50\pm0,70$ 'ti. Madde kullanımı olmayan hastaların CGI-YŞ puan ortalaması  $1,48\pm0,73$ 'tü. Gruplar arasında CGI-YŞ puan ortalaması açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,252$   $p=0,801$ ).

Madde kullanımı olan hastaların YMDÖ puan ortalaması  $0,0\pm0,0$ 'dı. Madde kullanımı olmayan hastaların YMDÖ puan ortalaması  $0,66\pm2,07$ 'di. Gruplar arasında YMDÖ puan ortalaması açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,515$   $p=0,607$ ).

Madde kullanımı olan hastaların HDDÖ puan ortalaması  $1,50\pm2,12$ 'ydi. Madde kullanımı olmayan hastaların HDDÖ puan ortalaması  $6,76\pm9,51$ 'di. Gruplar arasında HDDÖ puan ortalaması açısından anlamlı fark bulunmadı ( $z=-0,426$   $p=0,670$ ).

**Tablo 4.14.** BPB-II Grubunda Sigara ve Madde Kullanımı ile Klinik Ölçümlerin Karşılaştırılması

| <i>Değişken</i>               | <i>Sigara Kullanımı</i> |            | <i>İstatistik</i>         | <i>Madde Kullanımı</i> |            | <i>İstatistik</i>         |
|-------------------------------|-------------------------|------------|---------------------------|------------------------|------------|---------------------------|
|                               | <i>Var</i>              | <i>Yok</i> |                           | <i>Var</i>             | <i>Yok</i> |                           |
| <i>CGİ-HŞ; (puan; Ort±SS)</i> | 2,70±1,43               | 2,20±1,25  | $z=-1,294^a$<br>$p=0,196$ | 2,0±0,0                | 2,48±1,38  | $z=-0,153^a$<br>$p=0,879$ |
| <i>CGİ-YŞ; (puan; Ort±SS)</i> | 1,70±0,82               | 1,24±0,52  | $z=-2,388^a$<br>$p=0,017$ | 1,50±0,70              | 1,48±0,73  | $z=-0,252^a$<br>$p=0,801$ |
| <i>YMDÖ; (puan; Ort±SS)</i>   | 0,74±2,15               | 0,52±1,93  | $z=-0,907^a$<br>$p=0,364$ | 0,0±0,0                | 0,66±2,07  | $z=-0,515^a$<br>$p=0,607$ |
| <i>HDDÖ; (puan; Ort±SS)</i>   | 8,25±10,25              | 4,72±8,15  | $z=-0,726^a$<br>$p=0,468$ | 1,50±2,12              | 6,76±9,51  | $z=-0,426^a$<br>$p=0,670$ |

<sup>a</sup>: Mann-Whitney-U Test, Ort.±SS: Ortalama±standart sapma.

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. SİĞARA VE MADDE KULLANIMI ORANLARI

BPB’de sigara kullanma oranı %43 ile %82 arasında değişmektedir (56). Psikiyatrik hastalığı bulunan 4411 hastanın dahil edildiği bir çalışmada BPB’si olan hastaların halihazırda ve yaşam boyu sigara içme oranları sırasıyla %60,6 ile %81,8 olarak bulunmuştur (2). Vanable ve arkadaşlarının yaptığı 2906 hastanın dahil edildiği çalışmada BPB’nin sigara kullanımını ön gördürdüğü bulunmuştur (81). Literatürle uyumlu şekilde çalışmamıza dahil edilen hastaların %59,6’sı (n=68) sigara kullanıyordu.

Cassidy ve arkadaşlarının yaptığı kohort çalışmasında BPB’de madde kullanım yaygınlığı %43,9 olarak bulunmuştur (64). Yaşam boyu madde kullanımının BPB-I’de BPB-II’ye göre %61’e %48 gibi bir oranla daha yüksek olduğu, BPB-I’de ise herhangi bir madde kullanım oranının %41 olduğu bildirilmiştir (82). Çalışmamıza dahil edilen hastaların %13,2’sinde (n=15) madde kullanım öyküsü mevcuttu. Literatüre göre daha düşük bir oran bulunmasının nedeni hastaların madde kullanım öykülerini gizlemeleri, geriye dönük hatırlamalarının zor olması damgalanmaktan korkmaları nedeniyle olabilir. BPB-I hastalarının %21’i (n=13) madde kullanmaktayken, BPB-II hastalarının %3,8’i (n=2) madde kullanıyordu. Literatürle uyumlu olarak BPB-I’de madde kullanımı BPB-II’ye göre daha yüksekti.

### 5.2. SİĞARA VE MADDE KULLANIMI İLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE AİLE ÖYKÜSÜNÜN İLİŞKİSİ

Literatüre bakıldığında erkeklerde sigara kullanımı kadınlara göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur (83,84). Çalışmamızda BPB-I ve BPB-II grubunda erkeklerde sigara kullanımı daha yüksek bulunmakla birlikte cinsiyet açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Günümüzde kadınların sosyal ve mesleki alanda daha çok bulunması, cinsiyet rolleri arasındaki sınırların daha az belirgin olması ile ilişkili olabilir.

Erkeklerde madde kullanım oranlarının kadınlara göre daha yüksek bildirilmiştir (64,85). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak BPB-I grubunda

erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bir oran bulunmuş olup BPB-II grubunda eşit oran bulunmuştur. Bu durum BPB-II grubundaki madde kullanımı olan hasta sayısının az olması ile açıklanabilir.

Doğası gereği erken başlayan, ataklarla seyreden ve ataklar arası kalıntı belirtilerin bulunabildiği, dürtüselliğin gözlenebildiği kronik bir hastalık olan BPB’de, hastaların topluma oranla daha yüksek boşanma ve daha düşük evlilik oranlarına sahip olduğu bilinmektedir. Sigara kullanımı olan BPB hastalarında bekar olma oranının yüksek olduğu (83), BPB-I ve BPB-II arasında medeni durum yönünden fark olmadığı bildirilmiştir (86). Çalışmamızda da literatüre benzer şekilde sigara kullanımı olan BPB-I ve BPB-II hastalarında sigara kullanmayanlara göre evli olma oranları daha düşüktü ancak aradaki fark anlamlı değildi.

Literatürde madde kullanımı ve BPB’si olan hastaların daha fazla bekar olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (87). BPB-I grubunda madde kullanımı olanlardaki evlilik oranları madde kullanımı olmayanlara göre anlamlı derecede düşük bulundu. Bu durum madde kullanımı ile atakların tetiklenmesi, madde kullanımının tedavi uyumu bozması ve ataklar arasındaki işlevselliği düşürmesi ile açıklanabilir. Çalışmamızda BPB-II grubunda medeni durum ile madde kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmamasının nedeni, örneklemdeki madde kullanan hasta sayısının az olmasından kaynaklanıyor görünmektedir.

BPB’de çalışma oranlarının düşük olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Avustralya’da yapılan bir çalışmada, görüşme sırasında hastaların %67’sinin işsiz olduğu, %40,7’sinin ise son 12 ayda işsizlik yaşadığı bildirilmiştir (88). Çalışmamızda da sigara kullanımı olan BPB-I ve BPB-II hastalarının sigara kullanmayanlara göre çalışma oranlarının daha düşük olduğu, madde kullanımı olan BPB-I hastalarının madde kullanımı olmayanlara göre çalışma oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur ancak aradaki fark anlamlılığa ulaşmamıştır. Örneklemdeki madde kullanımı olan hasta sayısının az olması nedeniyle BPB-II grubunda anlamlı fark bulunmamıştır.

Literatüre bakıldığında sigara kullanımı ile intihar girişimi arasında ilişki olduğu (57), sigara kullanımının gelecekteki intihar girişimlerinin önemli tahmin

edicilerinden birisi olduğu bildirilmiştir (89). Benzer şekilde madde kullanım öyküsü olanların madde kullanımı olmayanlara göre intihar girişimlerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (90). Çalışmamızda da literatüre benzer şekilde sigara kullanımı olan BPB-I ve BPB-II hastalarının sigara kullanmayanlara göre; madde kullanımı olan BPB-I ve BPB-II hastalarının madde kullanımı olmayanlara göre intihar girişimi oranları daha yüksekti ancak gruplar arasındaki fark anlamlılığa ulaşmamıştı.

Literatürde self mutilatif eylem açısından BPB-I için %38, BPB-II için %27,2'lere varan oranlar bulunmaktadır (91). Çalışmamızda self mutilatif eylem oranları BPB-I grubunda sigara kullananlarda %31,7, madde kullananlarda ise %46,2 olarak bulunmuştur. BPB-II grubunda ise self mutilatif eylem oranları %25,9 olarak bulunmuş olup madde kullanımı olan hastaların hiçbirinde self mutilasyon öyküsü yoktu. Çalışmamızda BPB-I grubunda madde kullanımı olanların madde kullanımı olmayanlara göre self mutilatif eylem oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. BPB-II grubunda ise sigara kullanımı olmayanlarda sigara kullanımı olanlara göre self mutilatif eylem oranı daha yüksekti. BPB-2 grubundaki bu farklılık örneklem boyutunun küçük olmasıyla açıklanabilir.

BPB, diğer psikiyatrik ve tıbbi ek tanılarının da bulunabildiği bir hastalıktır. Kardiyovasküler hastalık, astım, hiperlipidemi, hipertansiyon gibi ek tıbbi hastalıkların bipolar bozuklukta topluma göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Stanley Vakfı tarafından yapılan bir çalışmada BPB'ye eşlik eden ek psikiyatrik tanı oranı %65 olarak bulunmuştur (41). Aynı çalışmada BPB-I ve BPB-II arasında psikiyatrik ek tanı için fark olmadığı bildirilmiştir. Ranga ve arkadaşları, BPB'de %50-70 dolaylarında psikiyatrik ek tanının eşlik ettiğini bildirmişler (42). BPB-I ve BPB-II grubunda literatürle uyumlu şekilde sigara kullanımı ve madde kullanımı olan hastalarda, sigara ve madde kullanımı olmayan hastalara göre ek psikiyatrik tanı oranı daha yüksekti ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Buna karşın BPB-I ve BPB-II grubunda sigara ve madde kullanmayanlarda, sigara ve madde kullananlara göre daha yüksek ek tıbbi tanı oranı mevcuttu ve BPB-1 de madde kullanmayanlarda bu fark anlamlıydı. Bu durum ek tıbbi tanı oranının yüksek olmasından ziyade hatırlama yanlılığı, tıbbi şikayetler için hastane başvurularının az olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

BPB’de ailesel geçiş oldukça fazladır. alışmalar BPB’si olan hastaların birinci derece akrabalarında hastalığın yaygınlık riskinin normal topluma göre 10 kat daha yüksek olduğunu bildirmektedir (92). Gültekin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastaların birinci derece akrabalarında BPB görülme oranının %24,3 olduğu, kardeşlerde görülme oranının anne-babada görülme oranına göre daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (93). Çalışmamızda literatüre benzer şekilde BPB-I grubunda sigara ve madde kullanımı olanların sigara ve madde kullanmayanlara göre daha yüksek aile öyküsü bulunmaktadır. BPB-2 grubunda madde kullanımı olanların tamamında ailede bipolar bozukluk öyküsü mevcuttu ve aralarında fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Bu durum BPB’nin sadece genetik geçiş göstermediği, çevresel etmenlerin genetik yatkınlığı olan bireylerde hastalığın başlamasına neden olabileceği görüşü ile örtüşmektedir.

### **5.3. SİĞARA VE MADDE KULLANIMI İLE KLİNİK ÖZELLİKLERİN İLİşKİSİ**

Çalışmalarda madde kullanımı olan hastaların ilk atak başlangıç yaşlarının daha genç olduğu bildirilmiştir (12,94,95). Literatüre bakıldığında sigara kullanan hastaların ilk atak yaşları ( $17,9\pm7,7$ ) sigara içmeyenlere göre ( $22,4\pm12,3$ ) anlamlı olarak daha düşük olduğu (60), ilk manik ve depresif atakları daha erken yaşta deneyimledikleri bildirilmiştir (96). Çalışmamızda hastaların ilk atak yaş ortalamaları  $26,68\pm10,02$ ’ydi. Çalışmamızda literatürle uyumlu şekilde BPB-I grubunda sigara ve madde kullanımı olan hastaların, sigara ve madde kullanımı olmayan hastalara göre ilk atak başlangıç yaşları daha erkendi ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. BPB-II grubunda ise sigara ve madde kullanımı olan hastaların, sigara ve madde kullanımı olmayanlara göre ilk atak başlangıç yaşları daha geçti. Bu durum BPB-II’nin çoğunlukla depresif atakla başlaması, hastaların depresif şikayetlerine yönelik madde ve sigara kullanımını olması ve BPB-II grubundaki madde kullanımı olan örneklem sayısının az olması nedeniyle açıklanabilir.

BPB’de eşlik eden madde kullanımı ile tanı konulması ve tedavi düzenlenmesine kadar geçen zamanın uzadığı bildirilmiştir (97). Bazı çalışmalarda semptom başlangıcı ile tedaviye ulaşma arasındaki sürenin çok uzun olmadığı bildirilse de (97), semptom başlangıcından tedaviye ulaşma arasında 10 yıla yakın

zaman olduğu ve bu süreçte birçok yanlış tanının konulduğu bildirilmektedir (98). Ülkemizde yapılan çalışmalarda BPB hastalarında tanı alana dek geçen süre 2.2 ( $\pm 4.7$ ) ile 11.3 ( $\pm 2.5$ ) yıl arasında olduğu bildirilmiştir (93,99). Çalışmamızda BPB-I grubunda tedavisiz geçen süre  $35,8 \pm 72,33$  ay, BPB-II grubunda ise  $43,26 \pm 72,89$  ay olarak bulundu. Çalışmamızda BPB-I grubunda sigara ve madde kullanımı olan hastaların, sigara ve madde kullanımı olmayanlara göre tedavisiz geçen sürelerinin daha kısa olduğu ancak anlamlılığa ulaşmadığı görüldü. BPB-II grubunda ise sigara kullanımı olanlarda tedavisiz geçen sürenin sigara kullanımı olmayanlara göre daha kısa olduğu, madde kullanımı olanlarda ise olmayanlara göre daha uzun olduğu bulundu. Bu durum özellikle madde kullanımının atakları tetiklemesi, artan dürtüsellikle daha önce sigara ve madde kullanmayan hastaların sigara ve madde kullanımına başlaması veya kullananların miktarı arttırması ile özellikle hasta yakınlarının hastalık dönemini daha erken fark etmesi ile ilişkili olabilir.

Madde kullanımının BPB'nin seyri üzerine yapılan çalışmalarda, madde kullanımı olan hastalarda depresif atak sayısının arttığı (65), madde kullanımı olanların madde kullanımı olmayanlara göre daha fazla tedavi uyumsuzluğu yaşadığı ve manik atak sürelerinin daha uzun olduğu bildirilmiştir (100). Fossey ve arkadaşlarının STEP çalışması verilerini incelediği bir çalışmada, eşlik eden madde kullanımı olan hastaların daha fazla mani ve depresif atak yaşadıklarını bildirilmiş (101). Çalışmalar sigara kullanan BPB hastalarının daha şiddetli depresif dönemler geçirdiğini, hızlı döngülülüğün daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (96,102). Çalışmamızda sigara kullanımı olan BPB-I hastalarının, sigara kullanımı olmayanlara göre daha az manik ve depresif atak, daha fazla hipomanik atak geçirdikleri bulunmuştur. Benzer şekilde madde kullanımı olan BPB-I hastalarının madde kullanımı olmayanlara göre daha az depresif ve hipomanik atak geçirdikleri bulunmuştur. Çalışmamızda sigara kullanımı olan BPB-II hastalarının sigara kullanımı olmayanlara göre daha az hipomanik ve depresif atak geçirdiği, madde kullanımı olanların ise madde kullanmayanlara göre daha fazla depresif ve hipomanik atak geçirdikleri bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda sigara kullanımı olan BPB hastalarının sigara kullanımı olmayanlara göre hastane yatışlarında anlamlı yükseklik olduğu bildirilmiş (103,104). Benzer şekilde madde kullanımı olan hastaların daha fazla hastane yatışlarının olduğu

bildirilmiştir (103). Çalışmamızda BPB-I grubunda sigara ve madde kullanımı olan hastaların, sigara ve madde kullanımı olmayanlara göre hastane yatış sayıları daha azdı ve literatürle örtüşmemekteydi. Bu durum özellikle madde kullanımı olan hastaların düzenli kontrollere gelmemesiyle ilişkili olabilir. BPB-II grubunda ise literatürle uyumlu şekilde sigara ve madde kullanımı olan hastaların, sigara ve madde kullanımı olmayanlara göre hastane yatış sayıları daha fazlaydı.

Literatürde sigara kullanımı ile psikotik semptomlar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda çelişkili sonuçlar mevcuttur. Cassidy ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada BPB-I hastalarında sigara kullanımı ile psikotik semptom arasında anlamlı ilişki bulunmadığını bildirmişlerdir (104). Corvin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara kullanımı ile psikotik öykü arasında %67,8 (n=44) ile anlamlı derecede ilişki olduğu ve sigara kullanımının psikotik semptomların şiddetini ön gördürdüğü bildirilmiştir (105). Esrar kullanımı olan hastaların daha fazla psikotik semptom deneyimlediklerini belirten çalışmalar mevcuttur (12,103). Çalışmamızda literatürle uyumlu şekilde BPB-I grubundaki sigara ve madde kullanımı olan hastalarda, sigara ve madde kullanımı olmayanlara göre psikotik özellikli atak öyküsü anlamlı derecede daha yüksekti. Literatürle uyumlu şekilde BPB-II grubundaki sigara ve madde kullanımı olan hastalarda, sigara ve madde kullanımı olmayanlara göre psikotik özellikli atak öyküsü daha yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmadı. Madde kullanımı ile psikotik semptomların ilişkisi iki yönlü olabilir. Bir yandan madde kullanımı psikotik semptomlara neden olurken öte yandan özellikle mani dönemlerinde artan dürtüsellik nedeniyle veya depresif yakınmalarına yönelik olarak madde kullanıyor olabilirler.

Avustralya’da yapılan bir çalışmada, çalışmaya dahil edilen hastaların en az 4 hafta süreyle kullandıkları ilaçlar incelendiğinde, hastaların %67’si antipsikotik, %27,7’si antidepresan kullandığı bildirilmiş (88). Çalışmamızda BPB-I grubunda sigara ve madde kullanımı olan hastalarla sigara ve madde kullanımı olmayanlar arasında EKT öyküsü, tedavide antipsikotik, duygudurum düzenleyici ve antidepresan kullanımı açısından istatistiksel fark bulunmamakla birlikte, madde kullanımı olanların madde kullanımı olmayanlara göre tedavilerinde daha az antidepresan tedavi bulunmaktaydı. Bu durum hekimlerin madde kullanımı olan grupta özellikle manik atakların tetiklenmesinden kaçınmak maksadı ile tedavide daha az antidepresan

tercihlerinden kaynaklanıyor olabilir. BPB-II grubunda da sigara ve madde kullanımı olan hastalarla sigara ve madde kullanımı olmayanlar arasında EKT öyküsü, tedavide antipsikotik, duygudurum düzenleyici ve antidepresan kullanımı açısından istatistiksel fark bulunmamakla birlikte bu durum örneklem boyutunun küçük olması ile açıklanabilir.

Gutiérrez ve arkadaşlarının 108 bipolar bozukluk hastasını dahil ettiği çalışmada sigara kullanımı olan hastaların HDDÖ skorlarının daha yüksek olduğunu bildirmişler (106). Benzer şekilde Heffner ve arkadaşları da sigara kullanımının duygudurum semptomlarının daha şiddetli olması, daha yüksek hastalık şiddeti ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (8). Çalışmamızda, literatürle uyumlu şekilde sigara kullanımı olan BPB-I hastalarının sigara kullanımı olmayanlara göre CGI-HŞ, YMDÖ ve HDDÖ skorlarının daha yüksek olduğu ancak anlamlılığa ulaşmadığı bulunmuştur. Sigara kullanan BPB-I hastalarında CGI-YŞ skorları sigara kullanımı olmayanlar göre daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni sigaranın ilaç metabolizmasını hızlandırmasından kaynaklanıyor olabilir. BPB-II grubunda sigara kullanımı olan hastalarda, sigara kullanımı olmayanlara göre CGI-HŞ, YMDÖ ve HDDÖ skorlarının daha yüksek olduğu ancak anlamlılığa ulaşmadığı bulunmuştur. CGI-YŞ ise gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Madde kullanımı olan hastaların YMDÖ ve HDDÖ skorlarında gruplar arasında istatistiksel fark olmadığını belirten çalışmalar mevcuttur (107). Lagerberg ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada madde kullanımı olan ve olmayan hastaların YMDÖ skorlarında anlamlı farklılık bulunmadığını belirtmişlerdir (95). Çalışmamızda BPB-I grubunda madde kullanan hastaların madde kullanımı olmayanlara göre CGI-HŞ, HDDÖ skorları daha yüksekti ancak fark anlamlı değildi. BPB-I grubunda madde kullanan hastaların YMDÖ skorları anlamlı olarak daha yüksekti. Madde kullanımı olan hastaların daha şiddetli semptomlar deneyimlemeleri, depresif semptomlara yönelik madde kullanımlarının olması ile açıklanabilir. BPB-II grubunda ise madde kullanımı olan hastaların madde kullanımı olmayanlara göre benzer CGI-YŞ skorları, daha düşük CGI-HŞ, YMDÖ ve HDDÖ skorları olduğu bulunmuştur. Bu durum örneklem grubunun küçük olması ile açıklanabilir.

#### 5.4. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamızın sonuçları bazı kısıtlamalar dahilinde değerlendirilmelidir. Kesitsel bir tasarıma sahip olması ve bazı bilgilerin hastaların hatırlamasına bağlı olması nedeniyle verilerin bir kısımda hatalar bulunabilir. Hataların önüne geçilebilmesi için veriler hasta kayıtları ve hastaların bakım verenlerinden teyit edilmiş ve tecrübeli klinisyenlerin değerlendirmesiyle minimuma indirilmeye çalışılmıştır. İkinci bir kısıtlılık olarak, örneklem sayısının küçüklüğü düşünülebilir. Bu kısıtlılık istatistiksel anlamlı farklılıkları saptama yeteneğimizi kısıtlanmış olabilir.

Çalışmanın bir diğer önemli kısıtlılığı ise, örneklemin seçiminde; görüşmeye engel oluşturacak ve verilerin güvenilirliğini bozacak şiddette afektif ve psikotik semptom varlığının dışlama kriteri olmasına rağmen katılımcılarda tam remisyon kriteri aranmamış olmasıdır.

Bir diğer önemli kısıtlılık ise; sigara, alkol ve psikoaktif madde kullanımı gibi verilerinin değerlendirilmesi klinisyenlerin değerlendirilmesine göre yapılmıştır. Bunun yerine çeşitli ölçeklerin kullanılması ile değişkenlerin daha güvenilir dayanakları sağlanabilirdi.

Ayrıca hastaların önceki hastane yatış süreleri, atak dönemlerin süresi bazı değişkenlerin çalışmaya dahil edilmesi çalışmanın sonuçlarının güvenilirliğini artırabilirdi.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. SONUÇLAR

1. Katılımcıların %59,6'sı sigara kullanıyordu. Sigara kullanma oranı BPB-I için %66,1 iken BPB-II için %51,9'du. Bipolar alt tipleri (BPB-I ve BPB-II) arasında sigara kullanımı açısından anlamlı bir fark yoktu.
2. Katılımcıların %13,2'si madde kullanıyordu. Madde kullanım oranları BPB-I için %21 iken BPB-II için %3,8'di. BPB-I grubunda madde kullanımı anlamlı olarak daha fazlaydı.
3. BPB-I ve BPB-II'de sigara kullanımı erkek cinsiyette daha fazla olmasına rağmen aralarında anlamlı ilişki saptanmadı.
4. BPB-I ve BPB-II'de madde kullanımı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmadı.
5. BPB-I ve BPB-II'de sigara kullanımı olanlarda bekar/ayrılmış/dul olma oranı daha yüksek olsa da fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.
6. BPB-I grubunda madde kullanımı olanlar ve madde kullanımı olmayanlar karşılaştırıldığı madde kullanımı olanlarda bekar/ayrılmış/dul olma oranı anlamlı olarak daha fazlaydı.
7. BPB-I grubunda sigara kullanımı olanlarda sigara kullanımı olmayanlara göre ve madde kullanımı olanlarda olmayanlara göre self mutilasyon anlamlı olarak daha fazlaydı.
8. BPB-I grubunda sigara kullanımı ile madde kullanımı arasında anlamlı ilişki mevcutken, madde kullanımı olanların tamamı sigara kullanıyordu.
9. BPB-I grubunda madde kullanımı olanlar ve madde kullanımı olmayanlar arasında ek tıbbi tanı açısından anlamlı bir fark mevcuttu.
10. BPB-I de sigara kullanımı olanlarda olmayanlara göre ve madde kullanımı olanlarda olmayanlara göre psikotik özellikli atak varlığı anlamlı olarak daha fazlaydı.
11. BPB-I'de madde kullanımı olanlarda YMDÖ skorları anlamlı olarak daha yüksekti.

12. BPB-II grubunda madde kullanımı olanların tamamında ailede bipolar bozukluk öyküsü mevcuttu ve aralarında fark istatistiksel olarak anlamlıydı.
13. BPB-II grubunda sigara kullanımı olanlar ve olmayanlar arasında klinik özellikler, tedavi özellikleri ve klinik ölçümler açısından anlamlı bir fark saptanmadı.
14. BPB-II grubunda madde kullanımı olanlar ve olmayanlar arasında klinik özellikler, tedavi özellikleri ve klinik ölçümler açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

## **6.2. ÖNERİLER**

1. Sigara ve madde kullanımı olan hastaların daha şiddetli hastalık dönemleri yaşamaları, toplumsal uyumlarının bozulması, kendine ve çevreye zarar verici davranışlarının artması nedeniyle bunların önlenmesi hastalar ve toplum açısından önemlidir. Bu amaçla sigara ve madde kullanımının önlenmesine yönelik yeni stratejiler ve sağlık politikalarının oluşturulması fayda sağlayacaktır.
2. Bipolar bozukluk ile çalışan klinisyenlerin sigara ve madde kullanımının hastalığın seyri üzerine olumsuz etkilerini tanıması, sağaltım sürecine fayda sağlayacak ve sigara ve madde kullanımının bipolar bozukluğa sahip bireyler üzerindeki olumsuz etkisini minimize etmeye ve sosyal işlevselliklerini artırmaya yardımcı olacaktır.
3. Normal popülasyona göre ve çoğu psikiyatrik hastalığa göre bipolar bozukluğu olan bireylerde daha yüksek sigara ve madde komorbiditesinin gözlenmesi, özellikle bipolar bozukluk ile çalışan klinisyenlerin bu konuda daha dikkatli olması, takip ve tedavi süreci ile ilgili olumsuzluklar olmadan önce de sigara ve madde kullanımını göz önünde bulundurmaları açısından fayda sağlayabilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Diaz, F. J., James, D., Botts, S., Maw, L., Susce, M. T., & De Leon, J. (2009). Tobacco smoking behaviors in bipolar disorder: a comparison of the general population, schizophrenia, and major depression. *Bipolar disorders*, 11 (2), 154-165.
2. Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmlstein, D. U., McCormick, D., & Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Jama*, 284 (20), 2606-2610..
3. Tidey, J. W., Rohsenow, D. J., Kaplan, G. B., & Swift, R. M. (2005). Cigarette smoking topography in smokers with schizophrenia and matched non-psychiatric controls. *Drug and alcohol dependence*, 80 (2), 259-265.
4. Morris, C. D., Giese, A. A., Turnbull, J. J., Dickinson, M., & Johnson-Nagel, N. (2006). Predictors of tobacco use among persons with mental illnesses in a statewide population. *Psychiatric Services*, 57 (7), 1035-1038.
5. Colton, C. W., & Manderscheid, R. W. (2011). Congruencies in Increased Mortality Rates, Years of Potential Life Lost, and Causes of Death among Public Mental Health Clients in Eight States [accessed on January 20, 2009] Preventing Chronic Disease. 2006; 3 (2): 1–14.
6. Carney, C. P., & Jones, L. E. (2006). Medical comorbidity in women and men with bipolar disorders: a population-based controlled study. *Psychosomatic medicine*, 68 (5), 684-691.
7. Jain, S., Chawla, J. M., Theethira, T. G., Strassnig, M., & Chengappa, K. R. (2008). Changes in cigarette consumption in psychiatric patients: impact on side-effects or the efficacy of clozapine and olanzapine. *Acta Neuropsychiatrica*, 20 (6), 324-326..
8. Heffner, J. L., Strawn, J. R., DelBello, M. P., Strakowski, S. M., & Anthenelli, R. M. (2011). The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: phenomenology and treatment considerations. *Bipolar disorders*, 13 (5-6), 439-453.
9. Heffner, J. L., DelBello, M. P., Fleck, D. E., Anthenelli, R. M., & Strakowski, S. M. (2008). Cigarette smoking in the early course of bipolar disorder: association with ages-at-onset of alcohol and marijuana use. *Bipolar Disorders*, 10 (7), 838-845.
10. Jones, L., Metcalf, A., Gordon-Smith, K., Forty, L., Perry, A., Lloyd, J.,... & Rogers, R. D. (2015). Gambling problems in bipolar disorder in the UK: prevalence and distribution. *The British Journal of Psychiatry*, 207 (4), 328-333.
11. Brown, E. S., Suppes, T., Adinoff, B., & Thomas, N. R. (2001). Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis?. *Journal of affective disorders*, 65 (2), 105-115.

12. Pinto, J. V., Medeiros, L. S., da Rosa, G. S., de Oliveira, C. E. S., de Souza Crippa, J. A., Passos, I. C., & Kauer-Sant'Anna, M. (2019). The prevalence and clinical correlates of cannabis use and cannabis use disorder among patients with bipolar disorder: A systematic review with meta-analysis and meta-regression. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 101, 78-84.
13. Hunt, G. E., Malhi, G. S., Cleary, M., Lai, H. M. X., & Sitharthan, T. (2016). Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990–2015: systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 206, 331-349.
14. Clemente, A. S., Diniz, B. S., Nicolato, R., Kapczinski, F. P., Soares, J. C., Firmo, J. O., & Castro-Costa, É. (2015). Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 37, 155-161.
15. Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2016). Kaplan & Sadock, Davranış Bilimleri/ Klinik Psikiyatri. Bozkurt, A. (çeviri ed.), (s.347-380). Ankara: Güneş Kitapevi.
16. Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387 (10027), 1561-1572.
17. Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., Heeringa, S., Üstün, T. B.,... & Kessler, R. C. (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular psychiatry*, 16 (12), 1234-1246.
18. Vieta, E., Colom, F., Corbella, B., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Benabarre, A., & Gastó, C. (2001). Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disorders*, 3 (5), 253-258..
19. Blacker, D., & Tsuang, M. T. (1992). Contested boundaries of bipolar disorder and the limits of categorical diagnosis in psychiatry. *The American journal of psychiatry*, 149 (11), 1473-1483. 20. Bauer M, Pfennig A. Epidemiology of Bipolar Disorders. Vol. 46, Epilepsia. 2005.
21. Kawa, I., Carter, J. D., Joyce, P. R., Doughty, C. J., Frampton, C. M., Elisabeth Wells, J.,... & Olds, R. J. (2005). Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar disorders*, 7 (2), 119-125.
22. Tsuchiya, K. J., Byrne, M., & Mortensen, P. B. (2003). Risk factors in relation to an emergence of bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar disorders*, 5 (4), 231-242.
23. Viguera, A. C., Baldessarini, R. J., & Tondo, L. (2001). Response to lithium maintenance treatment in bipolar disorders: comparison of women and men. *Bipolar Disorders*, 3 (5), 245-252.
24. Robb, J. C., Young, L. T., Cooke, R. G., & Joffe, R. T. (1998). Gender differences in patients with bipolar disorder influence outcome in the medical outcomes survey (SF-20) subscale scores. *Journal of Affective Disorders*, 49 (3), 189-193.
25. Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 8 (9), 251-269..

26. Tsuchiya, K. J., Agerbo, E., Byrne, M., & Mortensen, P. B. (2004). Higher socio-economic status of parents may increase risk for bipolar disorder in the offspring. *Psychological Medicine*, 34 (5), 787-793.
27. Yazla, E., İnanç, L., & Bilici, M. (2012). Relationship of sociodemographic features, clinical symptoms and functioning level among bipolar patients with manic episode and difference between these variables according to gender. *Dusunen Adam*, 25 (3), 221.
28. Lieberman, D. Z., Massey, S. H., & Goodwin, F. K. (2010). The role of gender in single vs married individuals with bipolar disorder. *Comprehensive psychiatry*, 51 (4), 380-385.
29. Hunt, N., Bruce-Jones, W., & Silverstone, T. (1992). Life events and relapse in bipolar affective disorder. *Journal of affective disorders*, 25 (1), 13-20.
30. Ellicott, A., Hammen, C., Gitlin, M., Brown, G., & Jamison, K. (2019). Life events and the course of bipolar disorder. In *Bipolar Disorder* (pp. 78-82). Routledge.
31. Freund, N., & Juckel, G. (2019). Bipolar disorder: its etiology and how to model in rodents. *Psychiatric Disorders: Methods and Protocols*, 61-77.
32. Kieseppä, T., Partonen, T., Haukka, J., Kaprio, J., & Lönqvist, J. (2004). High concordance of bipolar I disorder in a nationwide sample of twins. *American Journal of Psychiatry*, 161 (10), 1814-1821.
33. Miklowitz, D. J., & Johnson, S. L. (2006). The psychopathology and treatment of bipolar disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2, 199-235.
34. Ludwig, B., & Dwivedi, Y. (2016). Dissecting bipolar disorder complexity through epigenomic approach. *Molecular psychiatry*, 21 (11), 1490-1498.
35. Craddock, N., & Sklar, P. (2009). Genetics of bipolar disorder: successful start to a long journey. *Trends in Genetics*, 25 (2), 99-105.
36. Meyer, J. H., Ginovart, N., Boovariwala, A., Sagrati, S., Hussey, D., Garcia, A.,... & Houle, S. (2006). Elevated monoamine oxidase a levels in the brain: an explanation for the monoamine imbalance of major depression. *Archives of general psychiatry*, 63 (11), 1209-1216.
37. Sanacora, G., Zarate, C. A., Krystal, J. H., & Manji, H. K. (2008). Targeting the glutamatergic system to develop novel, improved therapeutics for mood disorders. *Nature reviews Drug discovery*, 7 (5), 426-437.
38. Schürhoff, F., Bellivier, F., Jouvent, R., Mouren-Siméoni, M. C., Bouvard, M., Allilaire, J. F., & Leboyer, M. (2000). Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic-depressive illness?. *Journal of affective disorders*, 58 (3), 215-221.
39. Baldessarini, R. J., Tondo, L., & Visioli, C. (2014). First-episode types in bipolar disorder: Predictive associations with later illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129 (5), 383-392.

40. Forty, L., Jones, L., Jones, I., Smith, D. J., Caesar, S., Fraser, C.,... & Craddock, N. (2009). Polarity at illness onset in bipolar I disorder and clinical course of illness. *Bipolar Disorders*, 11 (1), 82-88.
41. McElroy, S. L., Altshuler, L. L., Suppes, T., Keck Jr, P. E., Frye, M. A., Denicoff, K. D.,... & Post, R. M. (2001). Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158 (3), 420-426.
42. Krishnan, K. R. R. (2005). Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosomatic medicine*, 67 (1), 1-8.
43. Fasmer, O. B. (2001). The prevalence of migraine in patients with bipolar and unipolar affective disorders. *Cephalalgia*, 21 (9), 894-899.
44. Chengappa, K. R., Levine, J., Gershon, S., & Kupfer, D. J. (2000). Lifetime prevalence of substance or alcohol abuse and dependence among subjects with bipolar I and II disorders in a voluntary registry. *Bipolar Disorders*, 2 (3), 191-195.
45. Arnold, L. M. (2003). Gender differences in bipolar disorder. *Psychiatric Clinics*, 26 (3), 595-620.
46. Fouad, H., Commar, A., Hamadeh, R., El-Awa, F., Shen, Z., & Fraser, C. (2021). Estimated and projected prevalence of tobacco smoking in males, Eastern Mediterranean Region, 2000-2025. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 27 (1), 76-82.
47. World Health Organization. (2019). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025*. World Health Organization.
48. Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 64 (5), 566-576.
49. Aldworth, J. (2009). *Results from the 2007 national survey on drug use and health: National findings*. DIANE Publishing.
50. Johnston, L. (2010). *Monitoring the future: National Survey Results on drug use, 1975-2008: volume II: college students and adults ages 19-50* (Vol. 2). DIANE Publishing.
51. Ögel, K. (2005). Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 1 (47), 61-4.
52. DOĞAN, Y. B. (2001). Madde kullanımı ve bağımlılığı. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 4 (4).
53. Turhan, E., Inandi, T., Cahit, Ö. Z. E. R., & Akoğlu, S. (2011). Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. *Turkish Journal of Public Health*, 9 (1), 33-44.

54. Erdem, G., Eke, C. Y., Ögel, K., & Taner, S. (2006). LİSE Ö RENCİLERİNDE ARKADAŞ ÖZELLİKLERİ VE MADDE KULLANIMI. *Journal of Dependence*, 7, 111-116.
55. McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., & Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical psychology review*, 66, 12-23.
56. Wilens, T. E., Biederman, J., Adamson, J. J., Henin, A., Sgambati, S., Gignac, M.,... & Monuteaux, M. C. (2008). Further evidence of an association between adolescent bipolar disorder with smoking and substance use disorders: a controlled study. *Drug and Alcohol Dependence*, 95 (3), 188-198.
57. Waxmonsky, J. A., Thomas, M. R., Miklowitz, D. J., Allen, M. H., Wisniewski, S. R., Zhang, H., Ostacher, M. J., & Fossey, M. D. (2005). Prevalence and correlates of tobacco use in bipolar disorder: data from the first 2000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program. *General hospital psychiatry*, 27 (5), 321–328.
58. Thomson, D., Berk, M., Dodd, S., Rapado-Castro, M., Quirk, S. E., Ellegaard, P. K.,... & Dean, O. M. (2015). Tobacco use in bipolar disorder. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 13 (1), 1.
59. Singh, J., Mattoo, S. K., Sharan, P., & Basu, D. (2005). Quality of life and its correlates in patients with dual diagnosis of bipolar affective disorder and substance dependence. *Bipolar Disorders*, 7 (2), 187-191.
60. Dodd, S., Brnabic, A. J., Berk, L., Fitzgerald, P. B., de Castella, A. R., Filia, S.,... & Berk, M. (2010). A prospective study of the impact of smoking on outcomes in bipolar and schizoaffective disorder. *Comprehensive psychiatry*, 51 (5), 504-509.
61. Gonzalez-Pinto, A., Gutierrez, M., Ezcurra, J., Aizpuru, F., Mosquera, F., Lopez, P., & De Leon, J. (1998). Tobacco smoking and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (5), 225-228.
62. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264 (19), 2511-2518.
63. Toftdahl, N. G., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2016). Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51, 129-140.
64. Cassidy, F., Ahearn, E. P., & Carroll, B. J. (2001). Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 3 (4), 181-188.
65. Tohen, M., Zarate Jr, C. A., Hennen, J., Khalsa, H. M. K., Strakowski, S. M., Gebre-Medhin, P.,... & Baldessarini, R. J. (2003). The McLean-Harvard first-episode mania study: prediction of recovery and first recurrence. *American Journal of Psychiatry*, 160 (12), 2099-2107.

66. Goldstein, B. I., Strober, M., Axelson, D., Goldstein, T. R., Gill, M. K., Hower, H.,... & Birmaher, B. (2013). Predictors of first-onset substance use disorders during the prospective course of bipolar spectrum disorders in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52 (10), 1026-1037.
67. Nesvåg, R., Knudsen, G. P., Bakken, I. J., Høye, A., Ystrom, E., Surén, P.,... & Reichborn-Kjennerud, T. (2015). Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: a registry-based study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50, 1267-1276.
68. Gao, K., Kemp, D. E., Conroy, C., Ganocy, S. J., Findling, R. L., & Calabrese, J. R. (2010). Comorbid anxiety and substance use disorders associated with a lower use of mood stabilisers in patients with rapid cycling bipolar disorder: a descriptive analysis of the cross-sectional data of 566 patients. *International journal of clinical practice*, 64 (3), 336-344.
69. Messer, T., Lammers, G., Müller-Siecheneder, F., Schmidt, R. F., & Latifi, S. (2017). Substance abuse in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 253, 338-350.
70. Weiss, R. D., Ostacher, M. J., Otto, M. W., Calabrese, J. R., Fossey, M., Wisniewski, S. R.,... & Sachs, G. S. (2005). Does recovery from substance use disorder matter in patients with bipolar disorder?. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (6), 730-735.
71. Sajatovic, M., Blow, F. C., & Ignacio, R. V. (2006). Psychiatric comorbidity in older adults with bipolar disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 21 (6), 582-587.
72. North, C. S., Thompson, S. J., Pollio, D. E., Ricci, D. A., & Smith, E. M. (1997). A diagnostic comparison of homeless and nonhomeless patients in an urban mental health clinic. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 32, 236-240.
73. Joslyn, C., Hawes, D. J., Hunt, C., & Mitchell, P. B. (2016). Is age of onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder? A meta-analytic review. *Bipolar disorders*, 18 (5), 389-403.
74. Holtzman, J. N., Miller, S., Hooshmand, F., Wang, P. W., Chang, K. D., Hill, S. J.,... & Ketter, T. A. (2015). Childhood-compared to adolescent-onset bipolar disorder has more statistically significant clinical correlates. *Journal of affective disorders*, 179, 114-120.
75. Gao, K., Chan, P. K., Verduin, M. L., Kemp, D. E., Tolliver, B. K., Ganocy, S. J.,... & Calabrese, J. R. (2010). Independent predictors for lifetime and recent substance use disorders in patients with rapid-cycling bipolar disorder: focus on anxiety disorders. *The American journal on addictions*, 19 (5), 440-449.
76. González-Pinto, A., Alberich, S., Barbeito, S., Alonso, M., Vieta, E., Martínez-Arán, A.,... & López, P. (2010). Different profile of substance abuse in relation to predominant polarity in

- bipolar disorder: The Vitoria long-term follow-up study. *Journal of affective disorders*, 124 (3), 250-255.
77. Strakowski, S. M., Keck, P. E., McElroy, S. L., West, S. A., Sax, K. W., Hawkins, J. M.,... & Bourne, M. L. (1998). Twelve-month outcome after a first hospitalization for affective psychosis. *Archives of general psychiatry*, 55 (1), 49-55.
78. Guy, W. (1976). *ECDEU assessment manual for psychopharmacology*. US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs.
79. Akdemir, A., ÖRSEL, D. S., DAĞ, İ., TÜRKÇAPAR, M. H., İŞCAN, N., & ÖZBAY, H. (1996). Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenirliliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4 (4), 251-259.
80. Karadağ, F., Oral, T., Yalcin, F. A., & Erten, E. (2002). Reliability and validity of Turkish translation of young mania rating scale. *Türk psikiyatri dergisi= Turkish journal of psychiatry*, 13 (2), 107-114.
81. Vanable, P. A., Carey, M. P., Carey, K. B., & Maisto, S. A. (2003). Smoking among psychiatric outpatients: relationship to substance use, diagnosis, and illness severity. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17 (4), 259.
82. Levin, F. R., & Hennessy, G. (2004). Bipolar disorder and substance abuse. *Biological psychiatry*, 56 (10), 738-748.
83. Nobile, B., Godin, O., Gard, S., Samalin, L., Brousse, G., Loftus, J.,... & Ickick, R. (2023). Physical and mental health status of former smokers and non-smokers patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 147 (4), 373-388.
84. Pillai, M., Munoli, R. N., Praharaj, S. K., & Bhat, S. M. (2021). Gender differences in clinical characteristics and comorbidities in bipolar disorder: a study from South India. *Psychiatric Quarterly*, 92, 693-702.
85. Suominen, K., Mantere, O., Valtonen, H., Arvilommi, P., Leppämäki, S., & Isometsä, E. (2009). Gender differences in bipolar disorder type I and II. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120 (6), 464-473.
86. Schoeyen, H. K., Birkenaes, A. B., Vaaler, A. E., Auestad, B. H., Malt, U. F., Andreassen, O. A., & Morken, G. (2011). Bipolar disorder patients have similar levels of education but lower socio-economic status than the general population. *Journal of affective disorders*, 129 (1-3), 68-74.
87. Aguglia, A., Natale, A., Fusar-Poli, L., Amerio, A., Bruno, E., Placenti, V.,... & Amore, M. (2022). Bipolar Disorder and Polysubstance Use Disorder: Sociodemographic and Clinical Correlates. *Frontiers in psychiatry*, 13, 913965.

88. Morgan, V. A., Mitchell, P. B., & Jablensky, A. V. (2005). The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar disorders*, 7 (4), 326-337.
89. Oquendo, M. A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Burke, A., & Mann, J. J. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161 (8), 1433-1441.
90. Leverich, G. S., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Suppes, T., Keck Jr, P. E., McElroy, S. L.,... & Post, R. M. (2003). Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (5), 506-515.
91. Joyce, P. R., Light, K. J., Rowe, S. L., Cloninger, C. R., & Kennedy, M. A. (2010). Self-mutilation and suicide attempts: relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44 (3), 250-257.
92. Özdemir, O., Coskun, S., Mutlu, E. A., Özdemir, P. G., Atli, A., Yilmaz, E., & Keskin, S. (2016). Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Aile Öyküsü/Family History in Patients with Bipolar Disorder. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 53 (3), 276.
93. Gültekin, B. K., Kesebir, S., & Tamam, L. (2014). Türkiye'de bipolar bozukluk. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, 6 (2), 199-209.
94. Lagerberg, T. V., Kvitland, L. R., Aminoff, S. R., Aas, M., Ringen, P. A., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2014). Indications of a dose–response relationship between cannabis use and age at onset in bipolar disorder. *Psychiatry research*, 215 (1), 101-104.
95. Lagerberg, T. V., Sundet, K., Aminoff, S. R., Berg, A. O., Ringen, P. A., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2011). Excessive cannabis use is associated with earlier age at onset in bipolar disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 261, 397-405.
96. Ostacher, M. J., Nierenberg, A. A., Perlis, R. H., Eidelman, P., Borrelli, D. J., Tran, T. B.,... & Sachs, G. S. (2006). The relationship between smoking and suicidal behavior, comorbidity, and course of illness in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (12), 1907-1911.
97. Patel, R., Shetty, H., Jackson, R., Broadbent, M., Stewart, R., Boydell, J.,... & Taylor, M. (2015). Delays before diagnosis and initiation of treatment in patients presenting to mental health services with bipolar disorder. *PloS one*, 10 (5), e0126530.
98. Suppes, T., Leverich, G. S., Keck Jr, P. E., Nolen, W. A., Denicoff, K. D., Altshuler, L. L.,... & Post, R. M. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network: II. demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of affective disorders*, 67 (1-3), 45-59.

99. Kesebir, S., Şayakçı, S., & Süner, Ö. (2012). Comparison of Bipolar Patients with and without Late Onset. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 25 (3).
100. Strakowski, S. M., DelBello, M. P., Fleck, D. E., & Arndt, S. (2000). The impact of substance abuse on the course of bipolar disorder. *Biological psychiatry*, 48 (6), 477-485.
101. Fossey, M. D., Otto, M. W., Yates, W. R., Wisniewski, S. R., Gyulai, L., Allen, M. H.,... & Step-BD Investigators. (2006). Validity of the distinction between primary and secondary substance use disorder in patients with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *American Journal on Addictions*, 15 (2), 138-143.
102. Goldstein, B. I., Birmaher, B., Axelson, D. A., Goldstein, T. R., Esposito-Smythers, C., Strober, M. A.,... & Keller, M. B. (2008). Significance of cigarette smoking among youths with bipolar disorder. *American journal on addictions*, 17 (5), 364-371.
103. Lagerberg, T. V., Ickick, R., Andreassen, O. A., Ringen, P. A., Etain, B., Aas, M.,... & Bellivier, F. (2016). Cannabis use disorder is associated with greater illness severity in tobacco smoking patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 190, 286-293.
104. Cassidy, F., McEvoy, J. P., Yang, Y. K., & Wilson, W. H. (2002). Smoking and psychosis in patients with bipolar I disorder. *Comprehensive psychiatry*, 43 (1), 63-64.
105. Corvin, A., O'Mahony, E., O'Regan, M., Comerford, C., O'Connell, R., Craddock, N., & Gill, M. (2001). Cigarette smoking and psychotic symptoms in bipolar affective disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 179 (1), 35-38.
106. Gutiérrez-Rojas, L., Jurado, D., & Gurpegui, M. (2011). Factors associated with work, social life and family life disability in bipolar disorder patients. *Psychiatry Research*, 186 (2-3), 254-260.
107. Mazza, M., Mandelli, L., Di Nicola, M., Harnic, D., Catalano, V., Tedeschi, D.,... & Janiri, L. (2009). Clinical features, response to treatment and functional outcome of bipolar disorder patients with and without co-occurring substance use disorder: 1-year follow-up. *Journal of affective disorders*, 115 (1-2), 27-35.

## 8. ÖZGEÇMİŞ

### I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Yusuf METİN

İletişim Adresi:

### II. Eğitim

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi (2013-2019)

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (2019-2023)

## 9. EKLER

### EK-1: ARAŞTIRMA ETİK KURUL BELGESİ



T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

14.03.2023

Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

#### ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 14.03.2023  
TOPLANTI SAATİ : 13:30 (toplanti online yapılmıştır.)  
TOPLANTI NO : 2023/03  
PROJE/ KARAR NO : 2023-73 (Değerlendirilme Tarihi: 14.03.2023)

Üniversitemiz Gülhane Tıp Fakültesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Özcan UZUN'un sorumlu araştırmacı, Arş. Gör. Dr. Yusuf METİN'in yardımcı araştırmacı olduğu, 2023/73 kayıt numaralı, "**Bipolar Bozukluk I ve II'de Sigara ve Madde Kullanımının Karşılaştırılması**" başlıklı uzmanlık tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

| Sıra No | Unvanı ve Adı/Soyadı                | Kuruldaki Görevi  | İmza |
|---------|-------------------------------------|-------------------|------|
| 1       | Prof. Dr. Ahmet COŞAR               | Başkan            |      |
| 2       | Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK           | Başkan Yardımcısı |      |
| 3       | Prof. Dr. Selahattin BEDİR          | Üye               |      |
| 4       | Prof. Dr. Levent KENAR              | Üye               |      |
| 5       | Prof. Dr. Yusuf İZCİ                | Üye               |      |
| 6       | Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN          | Üye               |      |
| 7       | Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI             | Üye               |      |
| 8       | Prof. Dr. Necmiye Ün YILDIRIM       | Üye               |      |
| 9       | Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU        | Üye               |      |
| 10      | Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI            | Sekreter          |      |
| 11      | Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ             | Üye               |      |
| 12      | Prof. Dr. Dilek YILDIZ              | Üye               |      |
| 13      | Prof. Dr. Türkan YILDIRIM           | Üye               |      |
| 14      | Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU           | Üye               |      |
| 15      | Prof. Dr. Mehmet Erhan YUMUŞAK      | Üye               |      |
| 16      | Doç. Dr. Umut BEYLİK                | Üye               |      |
| 17      | Doç. Dr. Serkan PEKÇETİN            | Üye               |      |
| 18      | Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY        | Üye               |      |
| 19      | Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL | Üye               |      |

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu  
Etik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

## EK-2: TUEK BELGESİ



T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI GÜLHANE EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ - GÜLHANE EAH TIP TA  
UZMANLIK EĞİTİM KURULU (TUEK)  
23/12/2022 15:12 - E-50687469 - 799 - 567  
00181473280



Sayı : E-50687469-799  
Konu : Araştırma İzni (Dr. Yusuf METİN)

Sayın: Dr. Yusuf METİN  
(Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği Birimi)

“Bipolar Bozukluk I ve II’de Sigara ve Madde Kullanımının Karşılaştırılması” başlıklı tez çalışmamızı hastanemizde uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu ve Eğitim Planlama Kurulunun 22.12.2022 tarih ve 24 no’lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmanın bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar sorumludur.

Gereğini rica ederim.

*e-imzalıdır.*  
Prof. Dr. Hanefi Cem GÜL  
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 180be33c-f310-42ce-9051-bbeca4s8026b Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

General Dr. Tevfik Sağlam Cd. Etlik/ANK

Bilgi için: Meral AYDIN

Telefon: Faks No:

Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

e-Posta: meral.aydin3@saglik.gov.tr İnternet Adresi: meral.aydin3@saglik.gov.tr

Telefon No: (0 312) 304 61 06



## EK-3: TEZ KONUSU ONAY BELGESİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 10.01.2023-203170



T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100--203170  
Konu : GTF Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik  
Kurulu Kararları

10.01.2023

### DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu 05.01.2023 tarihinde saat 14:00'da Gülhane Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı Doç.Dr.Özhan ÖZDEMİR başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online katılımı ile toplanmıştır. Toplantıda, Dekanlığımızla afluje olan SUAM'larda görevli 102 (yüz iki) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK  
Dekan

Ek:Karar

Dağıtım:  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığına  
Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığına  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığına  
Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığına  
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanlığına  
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanlığına  
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığına  
Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına  
Hava ve Uzay Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına  
Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığına  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına  
Nükleer Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına  
Anatomi Anabilim Dalı Başkanlığına  
Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama ve Araştırma  
Merkezi Müdürlüğüne  
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve  
Araştırma Merkezi Müdürlüğüne  
Ankara Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi  
Müdürlüğüne  
Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi  
Müdürlüğüne  
Ankara Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi  
Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : \*BSE5F825Y0\* Pin Kodu : 42042  
Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618  
Etilik/Keçiören/ANKARA  
Telefon: 0 312 304 61 73 Faks: 0 312 304 61 90  
Web: http://sbu.edu.tr  
Kep Adresi: sbu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Bilgi için: Levent YILDIRIM  
Unvanı: Uzman



|    |                              |                                   |        |                                                                                                                                                                                              |               |
|----|------------------------------|-----------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 50 | Dr. Esra GÖKTAŞ              | Ankara SUAM                       | Şehir  | Endometrial hiperplazilerde atipi varlığının delta nötrofil indeksi, nötrofil-lenfosit oranı ve plateletlenfosit oranı ile ilişkisi"                                                         | Kabul Edildi. |
| 51 | Dr. Cansu UĞURLU             | Ankara SUAM                       | Şehir  | Miyoma uteri ile delta nötrofil indeksi arasındaki ilişkinin araştırılması"                                                                                                                  | Kabul Edildi. |
| 52 | Dr. İrem ŞAHİN MERCİMEK      | Ankara SUAM                       | Sağlık | Yoğun Bakım hastalarında serum kalsiyum magnezyum ve klor düzeylerinin prognoz ve mortalite üzerine etkisi                                                                                   | Kabul Edildi. |
| 53 | Dr. Fatma CEYLAN ÇEÇE        | Ankara SUAM                       | Sağlık | Post-kardiyak arrest bakımında hedeflenmiş sıcaklık yönetiminin (HSY/TTM) Etkinliğinin araştırılması                                                                                         | Kabul Edildi. |
| 54 | Dr. Yusuf METİN              | GTF Ruh Sağ. ve Hst AD.Bşk.lığı   |        | Bipolar bozukluk I ve II de sigara ve madde kullanımının Karşılaştırılması                                                                                                                   | Kabul Edildi. |
| 55 | Dr. Esra BOĞA                | Ankara Suam                       | Sağlık | Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan Hepatit A seranogatif sağlık çalışanlarının Hepatit A aşılama konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyleri yeterlidir?                     | Kabul Edildi. |
| 56 | Dr. Gülay Ege YEŞİLBAG       | GTF Kadın Hst ve Doğ AD. Bşk.lığı |        | Polikistik over sendromunun serum Caveolin-1 düzeyi ile ilişkisi                                                                                                                             | Kabul Edildi. |
| 57 | Dr. Hazal ERYILMAZ           | Ankara SUAM                       | Sağlık | Gebelikte COVID geçirmiş anne bebeklerinin bir yaşa kadar ki gelişimlerinin değerlendirilmesi ve sağlıklı kontroller ile kıyaslanması                                                        | Kabul Edildi. |
| 58 | Dr. Merve Feyza DEMİR GÜRDAL | Ankara SUAM                       | Şehir  | Genel cerrahi hastalarında preoperatif dönemde laboratuvar bulgularının klinik sonlanıma etkisi                                                                                              | Kabul Edildi. |
| 59 | Dr. İdris GÜRPINAR           | Ankara SUAM                       | Şehir  | Serebral Anevrizma nedeniyle açık cerrahi geçirmiş hastalarda Rezidü Anevrizmatik dolum varlığında yapılan Endovasküler tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi                                | Kabul Edildi. |
| 60 | Dr. Ayşe YAĞMAHAN            | Ankara SUAM                       | Şehir  | Gebe ve Lohusaların Aile Planlaması Yöntemlerine Bakış Açılarının Değerlendirilmesi'                                                                                                         | Kabul Edildi. |
| 61 | Dr. Didem ELTEMUR            | Ankara SUAM                       | Şehir  | Doğal menopoz ile cerrahi menopoz hastaları arasındaki kardiyovasküler risklerin değerlendirilmesi                                                                                           | Kabul Edildi. |
| 62 | Dr. Yusuf AY                 | GTF Hek.AD.Bşk.lığı               | Aile   | Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda sosyodemografik özellikler, risk faktörleri ve metabolik sendrom kriterlerinin değerlendirilmesi                                                      | Kabul Edildi. |
| 63 | Dr. Cem AYDIN                | Ankara SUAM                       | Şehir  | Fetal ve İntrapartum Ölümünün Azaltılmasında Antenatal Yaklaşımların Etkisi'                                                                                                                 | Kabul Edildi. |
| 64 | Dr. Ayça AKBULUT             | GTF Hek.AD.Bşk.lığı               | Aile   | Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocukların Ebeveynlerinde Tanı Sürecinin Değerlendirilmesi                                                                                                   | Kabul Edildi. |
| 65 | Dr. Emre ALTIN               | Ankara SUAM                       | Şehir  | Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Alfa-1 Antitripsin eksikliğinin klinik ve radyolojik bulgular üzerine etkisi                                                                          | Kabul Edildi. |
| 66 | Dr. Emine Dilek PIRLAK       | GTF Hek.AD.Bşk.lığı               | Aile   | Birinci basamakta sağlık hizmeti alan ebeveynlerin otizm spektrum bozukluğu hakkındaki farkındalık düzeylerinin incelenmesi                                                                  | Kabul Edildi. |
| 67 | Dr. Gözdenur DEREL           | Ankara SUAM                       | Sağlık | Çocuk Acil servise ateş nedeniyle başvuran bir-üç arası akut odağı olmayan ateş tanılı olgularda ciddi bakteriyel enfeksiyon sıklığının ve tanı testlerinin faydalılığının değerlendirilmesi | Kabul Edildi. |
| 68 | Dr. Elif Mine HAVA           | Ankara SUAM                       | Şehir  | Tıp Fakültesi Mezuniyet Öncesi Dermatoloji Eğitiminin Cilt Kanseri Bilgi Düzeyi ve Güneşin Korunma Davranışı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi'                                            | Kabul Edildi. |
| 69 | Dr. Yasemin DADAŞ            | Ankara SUAM                       | Şehir  | İlk trimester gebelik taramasında fetal Beyin Açısı'nın intrauterin dönemde yapılan fetal ölçümler ile ilişkisinin değerlendirilmesi                                                         | Kabul Edildi. |
| 70 | Dr. Rıdvan DURGUT            | Ankara SUAM                       | Şehir  | Videolarinoskopi ile entübe edilen obez ve obez olmayan hastaların vidiac skorlarının değerlendirilmesi                                                                                      | Kabul Edildi. |
| 71 | Dr. Sevda TADİK              | Ankara SUAM                       | Sağlık | Tıp 1 DM tanılı hastalarda osmotik fragilitenin araştırılması                                                                                                                                | Kabul Edildi. |

#### EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Bu bilgilendirilmiş gönüllü olur formu sizin çalışmaya katılmaya karar verebilmeniz için hazırlanmıştır. Bu çalışmada Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda sigara ve madde kullanımının karşılaştırılması araştırılmaktadır. Doktorunuz sizinle görüşme yapacak ve size bazı sorular soracaktır.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar (Prof. Dr. Özcan UZUN, Arş. Gör. Dr. Yusuf METİN) tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

- **Araştırmanın bilimsel adı:** Bipolar Bozukluk I ve II’de Sigara ve Madde Kullanımının Karşılaştırılması
- **Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:** Bipolar Bozukluk’ta Sigara ve Madde Kullanımının Araştırılması
- **Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri:** Prof. Dr. Özcan UZUN, SBU Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
- **Araştırmanın amacı:** Bipolar Bozukluk I ve II Tanılı Hastalarda sigara ve madde kullanımı ilişkisini incelemek ve gruplar arasındaki farklılıkları karşılaştırmak
- **Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.):** Uzmanlık Tez Çalışması
- **Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:** Etik kurul onayı alındıktan sonra tahmini 6 ay içerisinde tamamlanacaktır.
- **Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı:** 104 gönüllü
- **Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni:** Bipolar bozuklukta sigara ve madde kullanım yaygınlığının fazla olması
- **Araştırmadan doğrudan gönüllü için beklenen yarar:** Bipolar Bozukluk I ve II’de sigara ve madde kullanımı ilişkisinin belirlenmesi, uygun farmakoterapi ve psikoterapi yaklaşımları planlanarak tedavi sürecinin hızlanması ve en kısa sürede iyilik halinin yakalanması, gerekiyorsa ileri müdahaleler açısından ek önerilerde bulunulması, diğer yandaş hastalıklardan korunulması çalışmanın yararlarıdır.
- **Gönüllünün sorumlulukları:** Çalışmaya dahil olmayı kabul etmesi durumunda muayene sırasında hastalığı ve sosyal hayatı ilgili sorular sorulacaktır.

- **Gönüllünün (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacaksa ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da) maruz kalabilecekleri riskler veya rahatsızlıklar:** Çalışmaya dahil olma durumunda gönüllüleri herhangi bir risk veya rahatsızlık beklememektedir.
- **Risklere karşı alınan önlemler:** Herhangi bir risk bulunmamaktadır.
- **Gönüllüye alternatif olarak uygulanabilecek olan diğer yöntemler ve bunların olası yarar ve zararları:** Uygulanabilecek herhangi bir alternatif yöntem bulunmamaktadır.
- **Araştırmaya bağlı olarak bir zarar oluştuğunda verilecek tazminat ve sağlanacak tedaviler:** Araştırma anket çalışması olup herhangi bir zarar beklenmemektedir. Olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır.
- **Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler:** Çalışmaya katılmakla gönüllüler parasal yük altına girmeyecek ve gönüllülere herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.
- **Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler:** Gönüllünün çalışmaya katılmaktan vazgeçmesi veya çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılamaması.
- **Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi?:** Araştırma sonuçları ile ilgili bilgi verilmeyecektir.
- **Gönüllülerin araştırma hakkında, kendileri hakkında ya da araştırmayla ilgili herhangi bir beklenmedik olay hakkında daha fazla bilgi edinebilmesi için temasa geçebileceği kişi ve kendisine günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası:** Arş. Gör. Dr. Yusuf METİN, 0312 304 4522
- **Gönüllülerden elde edilecek olan biyolojik materyallerin hangi amaçlarla kullanılacağı:** Biyolojik materyal kullanılmayacaktır. Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.

Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.

Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediyimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabileceğini biliyorum.

Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun gerekli gördüğünde, gizliliğimin korunması ilkesine uygun olarak, araştırma konusuyla ilişkili orijinal tıbbi kayıtlarıma doğrudan erişimde bulunabileceğini biliyorum

İlgili yasal düzenlemeler gereğince kimliğimi ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanmayacağı; araştırma sonuçlarının bilimsel toplantılarda sunulabileceği ya da yayınlanabileceği, ancak, bu tür durumlarda kimliğimin kesin olarak gizli tutulacağı bana açıklandı.

Araştırma konusuyla ilgili olarak, çalışmaya devam etme isteğimi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde bana ya da yasal temsilcime zamanında bilgilendirme yapılacağı bana açıklandı.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu adlı metni kendi anadilimde okudum.

Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım.

Yukarıda konusu belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nun tam imzalı bir kopyasını aldım.

- **Gönüllünün; (El yazısı ile)**

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

.....

Tarih:

- **Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için; (El yazısı ile)**

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

*Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):*

.....  
.....

*Tarih:*

- ***Açıklamaları yapan araştırmacının***

*Unvanı, Adı- Soyadı: (El yazısı ile)*

***Görev yaptığı bölüm:***

*İmzası:*

*Tarih:*



## EK-5: OLGU RAPOR FORMU

### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tarih:

Örneklem No:

Görüşmeci:

1. Hastanın adı soyadı.....:
2. Yaş.....:
3. Cinsiyet.....:
4. Medeni Durum.....:
5. Çalışma Durumu.....:
6. Ekonomik Durum.....:
7. İntihar girişimi.....:
8. Self-mutilatif eylem.....:
9. Yaşam boyu psikiyatrik tanısı.....:
10. Genel tıbbi durumda hastalık öyküsü.....:
11. Sigara kullanımı.....:
12. Günlük Sigara adeti.....:
13. Sigara başlangıç yaşı.....:
14. Madde kullanımı.....:
15. Madde kullanımı başlangıç yaşı.....:
16. Çoklu madde kullanımı.....:

### SOYGEÇMİŞ

1. Ailede psikiyatrik hastalık .....
2. Ailede bipolar bozukluk .....

## DUYGUDURUM BOZUKLUĞU KLİNİK ÖZELLİKLERİ-İLK ATAK

1. İlk atak yaşı .....:
2. Tedavisiz geçen süre.....:

## DUYGUDURUM BOZUKLUĞU KLİNİK ÖZELLİKLERİ-GENEL

1. Geçmiş epizod sayısı:

Mani.....:

Depresyon.....:

Hipomani.....:

2. Hastanede yatış sayısı.....:

3. Psikotik özellik.....:

4. Karma özellikli epizod.....:

5. Daha önce EKT almış mı.....:

6. Mevcut tedavileri.....:

Antipsikotik.....:

Antidepresan.....:

Duuygudurum Düzenleyici.....:

## KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ

### HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. Normal, hasta değil    | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hastalık sınırında     | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hafif düzeyde hasta    | <input type="checkbox"/> |
| 4. Orta düzeyde hasta     | <input type="checkbox"/> |
| 5. Belirgin düzeyde hasta | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ağır hasta             | <input type="checkbox"/> |
| 7. Çok ağır hasta         | <input type="checkbox"/> |

### YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini göz önüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

- |                                                                       |                          |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Hiç yok                                                            | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor                | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor                  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Terapötik etkinin yararlarını göz ardı ettirecek düzeyde etkiliyor | <input type="checkbox"/> |

## **YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ**

### **1) Yükselmiş duygudurum**

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

### **2) Hareket ve enerji artışı**

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

### **3) Cinsel ilgi**

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

### **4) Uyku**

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

### **5) İrritabilite**

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

#### **6) Konuşma hızı ve miktarı**

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

#### **7) Düşünce yapı bozukluğu**

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

#### **8) Düşünce içeriği**

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

#### **9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış**

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

#### **10) Dış görünüm**

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

### 11) İğr

0. İğrs var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor

1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor

2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor

3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor

4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkr ediyor.



# HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

## +HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

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

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

**2) Suçluluk duyguları**

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

**3) İntihar**

- 0- Yok
- 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
- 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
- 3- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
- 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

**4) Uykuya dalamamak**

- 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
- 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
- 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözüne bile kırpmadığından şikayet ediyor.

**5) Gece yarısı uyanmak**

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

**6) Sabah erken uyanmak**

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

**7) Çalışma ve aktiviteler**

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

**8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)**

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

**9) Ajitasyon**

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

**10) Psikik anksiyete**

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Subjektif gerilim ve irritabilite.
- 2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
- 3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
- 4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

**11) Somatik anksiyete**

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

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

**12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal**

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

**13) Somatik semptomlar- Genel**

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

**14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)**

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Şiddetli

**15) Hipokondriaklık**

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

**16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)**

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

- 0- Kilo kaybı yok.
- 1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.

- 2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
- B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
  - 0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
  - 1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

**17) Durumu hakkında görüşü**

- 0- Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde.
- 1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virtüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

**Toplam HAM-D skoru:**