

**T. C.**  
**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı  
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**BİPOLAR BOZUKLUK TANISI OLAN HASTALARDA**  
**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE OLUMSUZ**  
**HASTALIK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİDE**  
**UMUTSUZLUĞUN ARACI ROLÜ**

Yüksek Lisans Tezi

**Berna AKTAŞ**

Danışman  
Doç. Dr. Aışan Burak YAŞAR

**İstanbul – 2024**



## TEZ TANITIM FORMU

**Yazar Adı Soyadı** : Berna AKTAŞ

**Tezin Dili** : Türkçe

**Tezin Adı** : Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları ile Olumsuz Hastalık Algısı Arasındaki İlişkide Umutsuzluğun Aracı Rolü

**Enstitü** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

**Anabilim Dalı** : Psikoloji

**Tezin Türü** : Yüksek Lisans

**Tezin Tarihi** : 11.06.2024

**Sayfa Sayısı** : 133

**Tez Danışmanları** : Doç. Dr. Alişan Burak YAŞAR

**Dizin Terimleri** : Çocukluk Çağı Travmaları, Olumsuz Hastalık Algısı, Umutsuzluk, Bipolar Bozukluk

**Türkçe Özet** : Araştırmanın amacı bipolar bozukluk tanısı olan hasta örnekleminde çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkide umutsuzluğun aracı rolünün incelenmesidir.

**Dağıtım Listesi** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne  
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

*İmzası*

*Berna AKTAŞ*

**T. C.**  
**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı  
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**BİPOLAR BOZUKLUK TANISI OLAN HASTALARDA**  
**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE OLUMSUZ**  
**HASTALIK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİDE**  
**UMUTSUZLUĞUN ARACI ROLÜ**

Yüksek Lisans Tezi

**Berna AKTAŞ**

Danışman  
Doç. Dr. Alişan Burak YAŞAR

**İstanbul – 2024**

## BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Berna AKTAŞ

.../.../2024



**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Berna Aktaş'ın “**Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları ile Olumsuz Hastalık Algısı Arasındaki İlişkide Umutsuzluğun Aracı Rolü**” adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

*İmza*

Başkan

*Prof. Dr. Nurhan FİSTİKÇİ*

*İmza*

Üye

*Doç. Dr. Alişan Burak YAŞAR*

(Danışman)

*İmza*

Üye

*Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL*

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 2024

*İmzası*

*Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ*

Enstitü Müdürü

## ÖZET

Bu çalışmanın amacı bipolar bozukluk tanısı olan hasta örnekleminde çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkide umutsuzluğun aracı rolünün incelenmesidir. Ek olarak; çocukluk çağı travması, umutsuzluk ve olumsuz hastalık algısı değişkenleri arasındaki ilişkilerin ve bu değişkenlerin katılımcılara ait çeşitli sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi de amaçlanmaktadır. Araştırma ilişkisel tarama modeli çerçevesinde planlanmıştır ve kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini bipolar bozukluk tanısı almış ve remisyonda olan, 18- 65 yaş aralığındaki 121 (65 kadın, 56 erkek) katılımcı oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama araçları olarak Demografik Bilgi Formu (DBF), Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (ÇÇÖYÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) kullanılmıştır.

Gerçekleştirilen analizler sonucunda çocukluk çağı travmaları ile umutsuzluk ( $p<0,01$ ), çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı ( $p<0,01$ ) ve umutsuzluk ile olumsuz hastalık algısı ( $p<0,01$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Aracılık modelinin analiz sonuçlarına göre, çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasında umutsuzluğun kısmi aracılık etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular ilgili literatür çerçevesinde tartışılmıştır ve gelecek araştırmalar için önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Çocukluk çağı travmaları, olumsuz hastalık algısı, umutsuzluk, bipolar bozukluk

## SUMMARY

The aim of this study is to examine the mediating role of hopelessness in the relationship between childhood traumas and negative illness perception in a sample of patients diagnosed with bipolar disorder. In addition; It is also aimed to examine the relationships between the variables of childhood trauma, hopelessness and negative illness perception and whether these variables differ according to various sociodemographic characteristics of the participants. The research was planned within the framework of the relational survey model and is a cross-sectional study. The sample of the study consists of 121 participants (65 women, 56 men) between the ages of 18 and 65, who have been diagnosed with bipolar disorder and are in remission. The Demographic Information Form, Adverse Childhood Experiences (ACEs) Scale, Beck Hopelessness Scale (BHS) and Brief Illness Perception Scale (KHAS) were used as data collection tools in the study.

As a result of the analyses, positive significant relationships was found between childhood traumas and hopelessness ( $p < 0.01$ ), childhood traumas and negative illness perception ( $p < 0.01$ ) and also hopelessness and negative illness perception ( $p < 0.01$ ). According to the analysis results of the mediation model, it was concluded that hopelessness plays a partial mediating effect between childhood traumas and negative illness perception. The findings obtained from the research were discussed within the framework of the relevant literature and suggestions were made for future research.

**Keywords:** Childhood traumas, negative illness perception, hopelessness, bipolar disorder

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY .....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
KISALTMALAR .....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
EKLER.....	x
ÖNSÖZ.....	xi
GİRİŞ .....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### ARAŞTIRMANIN GENEL ESASLARI

1.1. Araştırmanın Problemi.....	4
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri .....	4
1.4. Araştırmanın Önemi .....	5
1.5. Araştırmanın Varsayımları .....	6
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	7
1.7. Tanımlar.....	7

### İKİNCİ BÖLÜM

#### KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Bipolar Bozukluk.....	9
2.1.1. Tarihçesi .....	9
2.1.2. Tanımı.....	10
2.1.3. Epidemiyolojisi.....	10
2.1.4. Etiyolojisi .....	11
2.1.4.1. Genetik Etmenler.....	11
2.1.4.2. Biyokimyasal Etmenler .....	12
2.1.4.3. Psikososyal Etmenler.....	12
2.1.5. Klinik Özellikler ve Gidiş .....	13
2.1.6. Tedavi .....	14
2.2. Çocukluk Çağı Travmaları .....	15
2.2.1. Travma ve Çocukluk Çağı Travması.....	15
2.2.2. Çocukluk Çağında Deneyimlenen Travma Yaşantılarının Türleri.....	16
2.2.2.1. Fiziksel İstismar.....	16
2.2.2.2. Duygusal İstismar.....	16
2.2.2.3. Cinsel İstismar .....	17

2.2.2.4. Fiziksel İhmal .....	17
2.2.2.5. Duygusal İhmal .....	18
2.2.3. Çocukluk Çağı Travmasının Etkileri .....	18
2.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları ve Bipolar Bozukluk .....	20
2.3. Umutsuzluk .....	23
2.3.1. Umut ve Umutsuzluk Kavramları .....	23
2.3.2. Umutsuzluğun Belirtileri ve Nedenleri .....	24
2.3.2.1. Umutsuzluğun Belirtileri .....	24
2.3.2.2. Umutsuzluğun Nedenleri .....	24
2.3.4. Beck'in Yaklaşımına Göre Umutsuzluk Kavramı .....	25
2.3.5. Umutsuzluk ve Bipolar Bozukluk .....	25
2.4. Olumsuz Hastalık Algısı .....	27
2.4.1. Hastalık Algısı .....	27
2.4.2. Hastalık Algısının Bileşenleri .....	28
2.4.2.1. Hastalık Kimliği .....	28
2.4.2.2. Nedensel İnanışlar .....	29
2.4.2.3. Zamansal İnanışlar .....	29
2.4.2.4. Kişisel Kontrol ve Tedavi Kontrolü .....	30
2.4.2.5. Sonuçlar .....	30
2.4.2.6. Duygusal Temsiller .....	31
2.4.2.7. Tutarlılık .....	31
2.4.3. Hastalık Algısını Ele Alan Yaklaşımlar .....	31
2.4.3.1. Sağ Duyu Modeli .....	31
2.4.3.2. Açıklayıcı Model .....	33
2.4.4. Olumsuz Hastalık Algısı ve Bipolar Bozukluk .....	34
2.5. Çocukluk Çağı Travmaları, Umutsuzluk ve Olumsuz Hastalık Algısı Arasındaki İlişki .....	37

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli .....	40
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi .....	40
3.2.1. Çalışmaya dahil olma kriterleri .....	41
3.2.2. Çalışmadan hariç tutulma kriterleri .....	41
3.3. Veri Toplama Araçları .....	41
3.3.1. Demografik bilgi formu (DBF) .....	42
3.3.2. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (ÇÇOYÖ) .....	42
3.3.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) .....	42
3.3.4. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) .....	43
3.4. Verilerin Toplanması .....	44
3.5. Verilerin Analizi .....	44

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM BULGULAR**

4.1. Betimleyici İstatistikler.....	46
4.2. Sosyodemografik Değişkenlere Göre Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	49
4.3. Korelasyon Bulguları.....	68
4.4. Aracı Rol Analizine İlişkin Bulgular.....	70

## **BEŞİNCİ BÖLÜM TARTIŞMA**

5.1. Çocukluk Çağı Travmaları Değişkeninin Sosyodemografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların İncelenmesi.....	73
5.2. Umutsuzluk Değişkeninin Sosyodemografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların İncelenmesi.....	79
5.3. Olumsuz Hastalık Algısı Değişkeninin Sosyodemografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların İncelenmesi.....	85
5.4. Çocukluk Çağı Travmaları, Umutsuzluk ve Olumsuz Hastalık Algısı Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Dair Bulguların İncelenmesi.....	90
5.5. Aracı Rol Analizine Yönelik Bulguların İncelenmesi.....	92
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>95</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>99</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>125</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>133</b>

## KISALTMALAR

<b>Akt.</b>	:	Aktaran
<b>APA</b>	:	Amerikan Psikoloji Birliği
<b>BPB</b>	:	Bipolar Bozukluk
<b>BUÖ</b>	:	Beck Umutsuzluk Ölçeği
<b>ÇÇOYÖ</b>	:	Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği
<b>DBF</b>	:	Demografik Bilgi Formu
<b>DSM</b>	:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
<b>KHAÖ</b>	:	Kısa Hastalık Algısı Ölçeği
<b>ÖDM</b>	:	Öz-Düzenleme Modeli
<b>SPSS</b>	:	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
<b>TRSM</b>	:	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
<b>WHO</b>	:	Dünya Sağlık Örgütü
<b>YÖK</b>	:	Yükseköğretim Kurulu

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 4.1.</b> Sosyodemografik değişkenlerin betimleyici istatistikleri .....	46
<b>Tablo 4.2.</b> Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve bipolar bozukluk tanısına ilişkin değişkenlerin ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık değerlerinin betimleyici istatistikleri .....	48
<b>Tablo 4.3.</b> Cinsiyet değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları. . . . .	49
<b>Tablo 4.4.</b> Eğitim düzeyi değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin tek yönlü ANOVA bulguları.....	51
<b>Tablo 4.5.</b> Medeni durum değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları.....	53
<b>Tablo 4.6.</b> Çalışma durumu değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları.....	54
<b>Tablo 4.7.</b> Gelir düzeyi değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin tek yönlü ANOVA bulguları.....	55
<b>Tablo 4.8.</b> Ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları .....	57
<b>Tablo 4.9.</b> Kronik rahatsızlık öyküsü değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları.....	58
<b>Tablo 4.10.</b> Ailede kronik rahatsızlık öyküsü değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları.....	59
<b>Tablo 4.11.</b> Sigara kullanma alışkanlığı değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları. . . . .	61
<b>Tablo 4.12.</b> Hastaneye yatış öyküsü değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları.....	62
<b>Tablo 4.13.</b> İntihar girişimi öyküsü değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları.....	64

- Tablo 4.14.** Ailede intihar girişimi öyküsü değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları.....65
- Tablo 4.15.** Geçmişte psikotik semptom değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları.....67
- Tablo 4.16.** Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyonu bulguları .....69



## ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 4.1. Aracı rol analizi modeli.....70
- Şekil 4.2. Çocukluk çağı travmatik yaşantıların olumsuz hastalık algısı ile ilişkisinde umutsuzluğun aracı rolüne ilişkin oluşturulan model.....72



## **EKLER**

**EK - A:** BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

**EK - B:** DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

**EK - C:** ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ

**EK - D:** BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

**EK - E:** KISA HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

**EK - F:** ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ

**EK - G:** İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİNİ ÖRNEĞİ



## ÖNSÖZ

Değerli katkılarıyla tez sürecimin titizlikle yürütülmesini sağlayan danışman hocam Sayın Doç. Dr. Alışan Burak YAŞAR başta olmak üzere, Klinik Psikoloji bölümündeki tüm hocalarıma çok teşekkür ederim.

Araştırmamın veri toplama aşamasında gönüllülükleriyle çalışmama katkı sağlayan değerli TRSM danışanlarına ve bu süreçteki desteklerinden dolayı değerli TRSM ekiplerine çok teşekkür ederim.

Destekleri ve anlayışlarıyla her zaman olduğu gibi tez sürecimde de varlıklarını minnetle hissettiğim tüm canım arkadaşlarıma, en başından sonuna dek bu sürece yakından tanıklık eden, sevgisi ve desteğini hiç esirgemeyen sevgili Gökhan'a ve son olarak hayatımın her evresinde, attığım her adımda içtenlikle yanımda olan, "umut" etmekte en zorlandığım anlarda bile verdikleri destekle bunu mümkün kılan canım annem Huriye AKTAŞ ve canım babam Hakkı AKTAŞ'a tüm çabaları, sevgileri ve eşlikleri için çok teşekkür ederim.

Berna AKTAŞ

## GİRİŞ

Bipolar bozukluk, mani, hipomani ve birbirini izleyen veya iç içe geçen (karma) depresyon dönemleri ve bu dönemler arasında remisyon denilen tam iyilik halinin olduğu periyotlar ile karakterize bir kronik ruhsal hastalıktır (Grande ve ark., 2016; Uğur ve ark., 2019). Bipolar bozukluğun yaşam boyu görülme sıklığı %5 oranına ulaşmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Kronik ruhsal hastalıkların, bireylerin sosyal çevresini, yaşamın pek çok alanını ve bütüncül olarak yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir (WHO, 2005).

Bipolar bozuklukta hastalığın ortaya çıkışı ve klinik gidişiyile yakından ilişkili olduğu bilinen kavramlardan biri çocukluk çağı travmalarıdır. Çocukluk çağı travmaları, kişinin 18 yaş öncesinde maruz kaldığı duygusal, fiziksel ve cinsel istismar; duygusal ve fiziksel ihmalin yanı sıra anne-babanın ölümü veya onlardan ayrılma, şiddet, göç, savaş, boşanma, doğal afet olayları ve kazalardır (Herman, 2016). Bu yaşantılar yetişkinlikteki risk etmenleri ve olumsuz sonuçlarla ilişkili bulunmaktadır (Gündüz ve ark., 2018). Erken dönem travma yaşantıları, ilerleyen dönemlerde duygudurum bozukluğuna yakalanma olasılığını artırabilmektedir (Watson ve ark., 2014). Öyle ki, bipolar bozukluk hastalarında çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı %45 ile %68 oranları arasında değişim göstermektedir (Etain ve ark., 2013; Erten ve ark., 2014; Garno ve ark., 2005; Leverich ve ark., 2002; Neria ve ark., 2002). Çocukluk çağı travmalarının bipolar bozukluğun ortaya çıkma olasılığını artırdığı gibi; yaşam boyu alkol-madde kötüye kullanımı, TSSB veya başka bir psikiyatrik eş tanı alma riski, daha fazla hızlı döngülülük, daha erken hastalık başlangıcı, daha şiddetli manik belirtiler, daha fazla depresif atak, daha uzun hastane yatışları ve yaşam boyu intihar girişimleri gibi daha olumsuz bir klinik gidişle ilişkili olduğu da bilinmektedir (Aas ve ark., 2016; Brown ve ark., 2005; Erten ve ark., 2014; Fisher ve Hosang, 2010; Garcia-Amador ve ark. 2009; Garno ve ark., 2005; Gonzales-Pinto ve ark. 2011; Leboyer ve ark., 2007; Maniglio, 2013). Bu nedenle çocukluk çağı travmalarının, hastalık gidişini olumsuz yönde etkilemesiyle hastalar için daha zorlayıcı bir tablo yaratarak kişilerin bu hastalığa dair daha olumsuz temsillere sahip olmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla, bipolar bozukluğu olan bireylerin hastalığa ilişkin algılarını açıklamaya yönelik çalışmalarda çocukluk çağı travmalarına yer vermenin önemli olduğu düşünülebilir.

Literatürde de, çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Fiddler ve ark., 2004; Traino ve ark., 2023).

Çocukluk çağı travmalarının ayrıca, bilişsel risk faktörleri ile ilişki olduğu ve bu yaşantılara maruz kalan kişilerin algılarını çarpıtması yönüyle hem şimdiki hem de gelecekteki yaşamlarını etkilediği bilinmektedir (Herman, 2016; Taylor ve ark., 2021; Yargıç ve ark., 2012). Bireyin bilişsel yapısı ve bilgi işleme biçimleriyle ilişkili bir kavram olan umutsuzluk, kişinin gelecek ile ilgili olumsuz beklentilere sahip olmasına, gelecekte hiçbir şeyin iyiye gitmeyeceğine veya kötü olayların yaşanacağına inanmasına ve bu kötü olaylar ile başa çıkmayacağını düşünmesine neden olan patolojik bir yapı olarak tanımlanmaktadır (Corey, 2008; Dinçer ve Derelioğlu, 2005; Gambaro ve ark., 2020; Marchetti, 2019). Buna göre çocukluk çağında olumsuz yaşantılara maruz kalmak umutsuzluğa dair bir yatkınlığa neden olabilir.

Çocukluk çağı travmalarının umutsuzluğa karşı yarattığı yatkınlığın yanı sıra bipolar bozukluğu olan hastalar, özellikle hastalığın atak dönemlerinde iş hayatları, sosyal yaşamları, aile yaşamları ve genel işlevselliklerinin olumsuz etkilenmesi gibi nedenlerle de umutsuzluk yaşayabilmektedir. Dolayısıyla yaşadıkları umutsuzluk, hastalık ile ilgili olumsuz duygu, beklenti ve inanışları beraberinde getirebilmektedir. Literatürde, olumsuz hastalık algısı ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar daha çok fiziksel hastalığı olan bireyler ile gerçekleştirilmiştir (Cengiz ve Sarıtaş, 2019; Demir ve Demir, 2022; Gökler-Danışman ve ark., 2017; Igrutinović ve ark., 2022; Kayış, 2009; Mollaoğlu ve ark., 2016; Nehir ve ark., 2019; Oktay, 2011). Berk ve arkadaşları (2013) ise bu ilişkiyi bipolar I ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalardan oluşan bir örnekleme incelemiş ve bu çalışmada da literatür ile paralel olarak umutsuzluk ile olumsuz hastalık bilişleri arasında pozitif bir ilişki saptamışlardır. Bu bilgiler ışığında, çocukluk çağı travmalarının sonucu olarak gelişebilen ve kişinin yaşama ilişkin beklentileri üzerinde negatif etkisi olan umutsuzluk kavramının hastalık algısını açıklamada önemli bir faktör olduğu düşünülebilir.

Hastalık algısı kavramı, kişinin tanısını almış olduğu hastalığa yönelik geliştirdiği bilişsel ve duygusal temsiller olmakla birlikte, bu temsiller hastalığın nasıl anlamlandırıldığı, ne kadar süreceği, hastalığın ortaya çıkış sebepleri, kişinin yaşamını

ne ölçüde etkileyeceği ve hastalığın kontrol edilebilirliği ile ilgili faktörleri kapsamaktadır (Bassi ve ark., 2021; Leventhal ve ark., 1998). Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda olumsuz hastalık algısı, daha fazla semptom şiddeti, daha düşük tedavi uyumu, daha düşük iyileşme düzeyi, daha kötü genel işlevsellik ve daha yüksek relaps riski gibi hastalığın olumsuz seyrine işaret eden özellikler ile ilişkilidir (Averous ve ark., 2018; Berk ve ark., 2013; Dodd ve ark., 2017; Lin ve ark., 2020; Lobban ve ark., 2013). Buna göre bipolar bozukluğu olan hastaların hastalığa ilişkin negatif algılarının iyileştirilmesinin, hastaların tedaviye katılımları, hastalık gidişinin iyileşmesi ve yaşam kalitesinin artışı gibi olumlu çıktılara katkı sağlayacağı düşünülebilir. Bu nedenle bipolar bozukluğu olan hastalarda, bu kişilerin hastalığa dair algılarını negatif yönde etkileyen faktörleri aydınlatabilmek, psikoterapi ve psikoeğitimlerde uygulamacıların odak noktalarını oluşturmalarında yardımcı olup, doğru ve etkili uygulamaların gerçekleştirilebilmesine katkı sağlayacak olması yönüyle önemlidir.

Tüm bu bilgiler ışığında bipolar bozuklukta, çocukluk çağı travmalarının bu kişilerin bilişsel yapılarını ve hastalık seyrini olumsuz yönde etkileyerek umutsuzluğa yönelik bir eğilim yaratacağı; hastaların içinde buldukları bu durumla ilgili umutsuzluklarının ise hastalığı algılayış biçimlerini etkileyerek daha olumsuz bir hastalık algısı geliştirmelerine zemin hazırlayacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda mevcut çalışmada, bipolar bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkide umutsuzluğun aracı rolü incelenecektir.

# BİRİNCİ BÖLÜM

## ARAŞTIRMANIN GENEL ESASLARI

### 1.1. Araştırmanın Problemi

Araştırmanın temel problem cümlesi “Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda umutsuzluk çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkiye aracılık etmekte midir?” şeklindedir. Araştırma kapsamında belirlenen alt problemlere aşağıda yer verilmiştir.

1) Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasında ilişki var mıdır?

2) Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda çocukluk çağı travmaları ile umutsuzluk arasında ilişki var mıdır?

3) Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda umutsuzluk ile olumsuz hastalık algısı arasında ilişki var mıdır?

4) Araştırma değişkenleri (çocukluk çağı travmaları, umutsuzluk, olumsuz hastalık algısı), katılımcıların sosyodemografik özelliklerine (cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, ailede psikiyatrik hastalık, kronik hastalık, ailede kronik hastalık, sigara kullanma alışkanlığı, hastane yatışı, intihar girişimi öyküsü ve ailede intihar girişimi öyküsü) göre farklılaşmakta mıdır?

### 1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı, bipolar bozukluk tanısı olan hasta örnekleminde çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkide umutsuzluğun potansiyel bir aracı olduğu hipotezinin test edilmesidir. Buna ek olarak bu çalışmada; çocukluk çağı travması, umutsuzluk ve olumsuz hastalık algısı değişkenleri arasındaki ilişkilerin ve bu değişkenlerin katılımcılara ait çeşitli sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi de amaçlanmaktadır.

### 1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın ana hipotezi aşağıda sunulmuştur.

**H1.** Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda umutsuzluk çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir.

Araştırmanın alt hipotezleri aşağıda sunulmuştur.

**H2.** Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

**H3.** Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda çocukluk çağı travmaları ile umutsuzluk arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

**H4.** Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda umutsuzluk ile olumsuz hastalık algısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

**H5.** Araştırma değişkenlerinin (çocukluk çağı travmaları, umutsuzluk, olumsuz hastalık algısı), katılımcıların sosyodemografik özelliklerine (cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, ailede psikiyatrik hastalık, kronik hastalık, ailede kronik hastalık, sigara kullanma alışkanlığı, hastane yatışı, intihar girişimi öyküsü ve ailede intihar girişimi öyküsü) göre anlamlı olarak farklılaşması beklenmektedir.

#### **1.4. Araştırmanın Önemi**

Kronik ruhsal hastalıklar arasında yer alan bipolar bozukluk, bireylerin iş, sosyal yaşam, aile yaşamı ve genel işlevsellikleri üzerinde etki sahibidir (Apaydın ve Atagün, 2018; Crump ve ark., 2013; Gutiérrez-Rojas ve ark., 2011). Literatürde bipolar bozukluğu olan hastalarda semptom şiddeti, daha düşük tedavi uyumu, daha düşük iyileşme düzeyi, daha kötü genel işlevsellik ve daha yüksek relaps riski gibi hastalığın olumsuz seyri ile ilişkili bulunan dolayısıyla da hastaların işlevsellikleri ve yaşam kalitelerini de etkileyen kavramlardan biri “olumsuz hastalık algısıdır” (Averous ve ark., 2018; Berk ve ark., 2013; Dodd ve ark., 2017; Lin ve ark., 2020; Lobban ve ark., 2013). Bu nedenle bipolar bozukluğu olan katılımcılar ile gerçekleştirilecek çalışmalarda bu kavramın ele alınması önem taşımaktadır. Bununla birlikte literatürde, özellikle ülkemizde yapılan çalışmalarda olumsuz hastalık algısının daha çok fiziksel hastalıklar bağlamında incelendiği; psikiyatrik hastalıklarda bilhassa da bipolar bozuklukta olumsuz hastalık algısı ile ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmaların epeyce kısıtlı sayıda olduğu görülmektedir. Çalışmamız, bipolar bozukluğu olan bireylerin hastalık algısını incelemek üzere kültürümüzde yapılmış az sayıda çalışmadan biri olacak olması yönüyle önemlidir. Ayrıca bu çalışma aracılık modeli çerçevesinde gerçekleştirilecek olup, çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık

algısı arasındaki ilişkide umutsuzluğun potansiyel aracılık etkisi incelenecektir. Çalışmamız söz konusu değişkenlerin aracılık modeli çerçevesinde birlikte ele alındığı literatürdeki ilk çalışma olacaktır. Çalışmadan elde edilecek sonuçlar bipolar bozukluğu olan hastaların hastalığa ilişkin temsillerinde umutsuzluğun ne yönde bir etkiye sahip olduğuna ışık tutacak olması yönüyle önemlidir. Çalışmalarda umut kavramının fiziksel ve psikiyatrik hastalıklarda önemli bir etkisinin olduğunu bildirilmiş olmakla birlikte, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerle gerçekleştirilen çalışmalarda umutsuzluğun en yaygın semptomlardan biri olduğu görülmektedir (Öz, 2010; White ve ark., 2007). Psikiyatrik hastalığı olan kişilerde umut, kişilerin hastalıkları ile baş etme becerilerini artırmakta, hastalıklar karşısında depresyon ve anksiyeteyi azaltarak iyilik halini artırmakta ve tedavi sürecini olumlu yönde etkilemektedir (Corrigan ve ark., 2001; Noh ve ark., 2008; Schrank ve ark., 2008). Umutsuzluğun ise tam tersi bir şekilde, iyileşme sürecini olumsuz etkilediği bilinmektedir (Öz, 2010). Literatürde olumsuz hastalık algısı ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda (Berk ve ark., 2013; Cengiz ve Sarıtaş, 2019; Demir ve Demir, 2022; Gökler-Danışman ve ark., 2017; Igrutinović ve ark., 2022; Kayış, 2009; Mollaoğlu ve ark., 2016; Nehir ve ark., 2019; Oktay, 2011), bipolar bozukluğu olan kişilerin olumsuz hastalık algılarının iyileştirilmesinde umutsuzluk faktörünün etkisinin aydınlatılması önemli olacaktır. Bu yönden çalışmamız bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin genel işlevsellikleri ile yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve tedaviye katılımlarının artırılmasını sağlamak üzere olumsuz hastalık algılarının sağaltımına yönelik sunulacak etkili müdahalelerin gerçekleştirilebilmesi için de bilgi sağlayacak olması bakımından önemlidir.

### **1.5. Araştırmanın Varsayımları**

Araştırmanın varsayımlarına aşağıda yer verilmiştir.

1) Bipolar bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travmaları, umutsuzluk ve olumsuz hastalık algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu varsayılmaktadır.

2) Bipolar bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkide umutsuzluğun aracı rol oynadığı varsayılmaktadır.

3) Araştırmanın yapıldığı örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

4) Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının araştırmanın amacına uygun bir ölçüm sağladığı varsayılmaktadır.

5) Katılımcıların ölçeklere içten ve objektif cevaplar verdikleri varsayılmaktadır.

## 1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıklarına aşağıda yer verilmiştir.

1) Araştırmanın örneklemi, araştırma izninin alınmış olduğu iki farklı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi aracılığıyla ulaşılan ve bu merkezlerden hizmet almakta olan 121 kişi ile sınırlıdır.

2) Katılımcıların kişisel bilgileri, araştırmacı tarafından hazırlanmış olan Demografik Bilgi Formunda yer alan sorular ile sınırlıdır.

3) Araştırmada, olumsuz hastalık algısına ilişkin bilgiler Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinin; çocukluk çağı travmalarına ilişkin bilgiler Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeğinin ve umutsuzluğa ilişkin bilgiler ise Beck Umutsuzluk Ölçeğinin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.

4) Araştırma örneklemi 18-65 yaş aralığında bulunan, remisyon döneminde olan, en az 1 yıldır bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen, bipolar bozukluk haricinde ek bir psikiyatrik hastalığı veya nörodejeneratif bozukluğu bulunmayan, aktif alkol ve madde kötüye kullanımı olmayan ve okuma yazma bilen kişiler ile sınırlıdır.

## 1.7. Tanımlar

**Çocukluk Çağı Travması:** 18 yaş öncesinde maruz kalınan cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ile fiziksel ve duygusal ihmal gibi bireyin ruhsal ve bedensel varlığını çeşitli şekillerde sarsan, inciten veya yaralayan potansiyel olarak zararlı ve olumsuz deneyimleri ifade eder (Herman 2016; Kokurcan ve Hüseyin, 2012; Morgan ve Fisher, 2007).

**Umutsuzluk:** Kişinin gelecek ile ilgili olumsuz beklentilere sahip olmasına, gelecekte hiçbir şeyin iyiye gitmeyeceğine veya kötü olayların yaşanacağına inanmasına ve bu kötü olaylar ile başa çıkmayacağını düşünmesine neden olan patolojik bir yapıdır (Gambaro ve ark., 2020; Marchetti, 2019).

**Olumsuz Hastalık Algısı:** Hastalık algısı kavramı, hastalığın nasıl anlamlandırıldığı, ne kadar süreceğı, hastalığın ortaya çıkış sebepleri, kişinin yaşamını

ne ölçüde etkileyeceği ve hastalığın kontrol edilebilirliği ile ilgili faktörleri kapsamaktadır (Bassi ve ark., 2021). Olumsuz hastalık algısı ile ifade edilen ise, bu faktörlere ilişkin kişinin olumsuz temsil ve inanışlara sahip olmasıdır.



## İKİNCİ BÖLÜM

### KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

#### 2.1. Bipolar Bozukluk

##### 2.1.1. Tarihçesi

Bipolar bozukluğun (BPB) temel özellikleri olan mani ve depresyon çok eski dönemlerden bu yana biliniyor olmakla birlikte eski din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında da ağır çökkünlük ve mani dönemleri geçiren kişilerden bahsedilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Antik dönemde yaşamış başka bir Yunan hekimi olan Arataeus M.S. 2. Yüzyılda mood spektrumu kavramını öne sürmüştür ve melankoli ile maninin beyindeki bir sorun ile ilgili olduğunu öne sürmüştür (Angst ve Sellaro, 2000).

Melankoli deyimini ilk kez M.Ö. 5. Yüzyılda, bugünkü deyimiyile “ağır çökkünlüğü” tarif etmek üzere Hipokrat tarafından kullanılmıştır. Ruhsal çökkünlük kavramı, Orta Çağ’da İbni Sina’nın katkılarıyla daha iyi tanımlanmıştır (Köknel, 2000). 19. Yüzyılda Fransız ve Alman ruh hekimlerinin mani ve melankoli ile ilgili daha ayrıntılı tanımlamalar yapmış olsalar da; Kraepelin (1896), hastalık belirtilerini, hastalığın gidiş ve sonlanışını tanımlayıp, mani ve melankoliyi alt türleri ile birlikte “manik-depresif hastalık” adı altında toplamıştır (Işık, 2003; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Bleuler 1930’lu yıllarda manik ve depresif sendromları “affektif bozukluklar” olarak adlandırmıştır (Fairburn ve ark., 2003). Sonrasında, Leonard tarafından manik ve depresif ataklarla seyreden klinik tabloyu “bipolar bozukluk”, sadece depresif ya da sadece manik ataklarla seyreden klinik tabloyu “monopolar bozukluk” olarak sınıflandırmıştır (Işık, 2003).

Bipolar bozukluk ilk kez 1952 yılında DSM-I’de “manik depresif reaksiyon” adıyla yer almış, ve ardından DSM-II’de “manik-depresif hastalık” olarak adlandırılmıştır (Goldney, 2012). 1980 yılında DSM-III’te “affektif bozukluklar”ın yer almasıyla birlikte, bipolar bozukluk ve unipolar bozukluk ayrılmıştır. Ardından DSM III-R’de, affektif bozukluklar terimi daha bütünleyici bir şekilde duygudurum bozuklukları olarak tekrar adlandırılmıştır. DSM-IV ve DSM-IV-R’te bipolar bozukluk duygudurum bozuklukları içinde bir kategori olarak ele alınırken; DSM-5’te ise bipolar bozukluk ve ilişkili bozukluklar ayrı bir kategori olarak düzenlenmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

### 2.1.2. Tanımı

Bipolar bozukluk (BPB), mani, hipomani ve birbirini izleyen veya iç içe geçen (karma) depresyon dönemleriyle karakterize edilen kronik bir duygudurum bozukluğudur. Bu dönemler arasında ise tam iyilik halinin olduğu periyotlar bulunur. Bipolar bozuklukta atak dönemleri sıklıkla mevsimsel özellikler gösterir (Grande ve ark., 2016; Uğur ve ark., 2019).

Bipolar bozukluğun alt tipleri şu şekilde sıralanabilir:

*Bipolar bozukluk tip 1:* Bu tipte, mani ve majör depresif ataklar belirgindir. Manik ataklar, artan aşırı enerji, hiperaktivite ve özgüven artışı gibi belirtilerle karakterizedir.

*Bipolar bozukluk tip 2:* Majör depresif ataklar ve hipomani atakları görülür. Hipomani, maniyeye göre daha hafif seyreden belirtiler ile karakterizedir ve daha kısa sürelidir.

*Siklotimik bozukluk:* Çoklu hipomani atakları görülür ancak belirgin bir majör depresif atak bulunmaz. Siklotimik bozukluk, kronik, hafif düzeyde depresif duygudurumunu içerir.

*Madde/ilaç ile tetiklenen bipolar ve ilişkili bozukluklar:* Madde/ilaç kullanımının bipolar bozukluğun başlangıcını veya kötüleşmesini tetiklemesi ile ortaya çıkar.

*Başka bir sağlık durumuna bağlı bipolar ve ilişkili bozukluklar:* Başka bir tıbbi durumun (örneğin, tiroid bozukluğu) neden olduğu bipolar bozukluğa özgü belirtileri içerir.

*Tanımlanmış diğer bipolar ve ilişkili bozukluklar:* Tanımlanmış alt tiplere veya örüntülere sahip belirti kümelerini içerir.

*Tanımlanamayan bipolar ve ilişkili bozukluklar:* Belirlenen alt tiplere veya örüntülere uymayan belirti kümelerini içerir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

### 2.1.3. Epidemiyolojisi

Yakın zamana dek bipolar bozukluk tip-I'in yetişkin popülasyonda yaşam boyu yaygınlığı %1 olarak kabul edilmekteydi. Değişen tanı sistemi ile bipolar bozukluk tip-II ve siklotimik bozukluk gibi bipolar spektrumunda yer alan diğer bozukluklar

da dahil edildiğinde, bipolar bozukluğun yaşam boyu görülme sıklığı %5 oranına ulaşmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

BPB'un kadın ve erkeklerdeki görülme sıklığı eşit olmakla birlikte BPB tip-II, depresif ve karma ataklar, antidepresan tedavi ile kayma, komorbidite ve hızlı döngülülük kadınlarda daha yaygın olarak görülür (Bauer ve Pfennig, 2005; Nivoli ve ark., 2011).

Belirtileri özellikle ergenlik ve genç erişkinlik döneminde görülmeye başlanan bipolar bozukluk için bildirilen ortalama başlangıç yaşı 20'dir (Smith ve ark., 2012). Bu doğrultuda tanı ve tedavi süreci de genellikle genç erişkinlik döneminde başlamaktadır fakat bazı çalışmalar, belirtilerin ortaya çıkışından tanı konmasına dek geçen sürenin 5 yılı bulabildiğini göstermektedir (Dagani ve ark., 2017).

#### **2.1.4. Etiyolojisi**

##### *2.1.4.1. Genetik Etkenler*

Akraba, ikiz ve evlat edinme çalışmalarını içeren araştırma sonuçlarına göre, bir ebeveynin bipolar bozukluk tanısı olduğunda, çocuklarının herhangi bir duygudurum bozukluğu geliştirme olasılığı %25'tir. Ancak, her iki ebeveynin de bipolar bozukluk tanısı olduğu durumda, bu olasılık %50 ila %75 oranlarına yükselebilir (Tsuchiya ve ark., 2004). Bir başka meta-analiz çalışmasında ise, 40-45 yıl boyunca yapılan aile görüşmelerine dayalı olarak, bipolar bozukluğa sahip olan bireylerin ailelerinde bu hastalığın görülme riski %8,7 olarak bulunmuştur (Smoller ve Finn, 2003). Bu durum normal popülasyona kıyasla 8-10 kat kıyasla daha fazladır.

İkizler ile gerçekleştirilen çalışmalarda tek yumurta ikizlerindeki eş hastalanma oranı çift yumurta ikizlerine göre %80'e %25 daha yüksek bulunmuşken, tek yumurta ikizlerinde eş tanı oranının % 100 olmaması gen çevre etkileşiminin önemini vurgulamaktadır (Blackwood ve ark., 2001).

Son dönemde BPB etiyojisinde epigenetik faktörlerin rolü incelenmeye başlanmıştır (Machado-Vieira ve ark., 2011). Güncel çalışmalar göstermiştir ki; bipolar bozukluğun görülmesinde herhangi bir gen tek başına etkili olmamakta, çoklu gen etkileşimleri ya da karmaşık genetik mekanizmalar rol oynamaktadır (Blackwood ve ark., 2001; Craddock ve ark., 2013; Nurnberger ve ark., 2014).

#### 2.1.4.2. Biyokimyasal Etkenler

Son yıllarda bipolar bozukluğun etiolojisinde, beyindeki biyokimyasal veya yapısal anomalilerin rolü sıkça incelenmeye başlanmıştır. 2012 yılında Strakowski ve arkadaşlarının bipolar I bozukluğu ile yaptıkları bir çalışmada; insan beynindeki kilit duygusal kontrol ağlarının yapısı ve işlevindeki anormalliklerin hastalığın ortaya çıkışına neden olabileceği tespit edilmiş; sağlıklı ventral prefrontal-limbik modülasyonun oluşumundaki gelişimsel aksaklıkların, mani başlangıcına ve bu ağlar boyunca ilerleyen afektif ataklarda hastalığın ortaya çıkışına neden olduğu öne sürülmüştür.

Bipolar bozuklukta şimdiye kadar biyokimyasal nedenler incelenirken özellikle monoaminerjik sistem, bunların içinde de serotonin, noradrenalin ve daha az bir sıklıkla da dopamine vurgu yapılmıştır (Yeloğlu, 2017). Manik epizodda noradrenalin ve dopaminin etkinliğinde artış olduğu serotoninin etkinliğinde ise azalma olduğu gözlenmiştir. Depresif epizodda ise serotonin, noradrenalin ve dopaminin etkinliğinde azalma görülmüştür (Cousins ve ark., 2009).

#### 2.1.4.3. Psikososyal Etkenler

Duygudurum bozuklarının ortaya çıkışında ve hastalığın seyri ile ilgili özelliklerin belirlenmesinde ekonomik sorunlar, aile ile ilgili problemler, işsizlik, beden sağlığının kaybı gibi psikososyal stresörler etki sahibidir. Kindling (ateşleme) modeline göre, bir duygudurum bozukluğunun ilk atakları psikososyal stresörlerden etkilenir ve bunun sonucunda kişinin beyinde bazı biyokimyasal değişiklikler meydana gelir. Ortaya çıkan bu değişiklikler kişinin stres duyarlılığını artırarak, hastalığa yatkın hale getirir ve bunun sonucunda ileri ataklar herhangi bir dış stresör olmaksızın ortaya çıkmaya başlar ve hastalığın seyri boyunca ataklardaki sıklıklar artış gösterir (Post, 2007).

Allostatik hipotez modeline göre, “allostaz” değişim yoluyla istikrarı sağlama kapasitesidir. Allostatik (uyarlanabilir) sistemler, katı fizyolojik değişikliklerin haricindeki farklı durumlara adaptasyonumuzu sağlar. Buna göre, kronik seyirli ruhsal bozukluklarda, strese karşı duyarlılık, bilişsel bozukluklar ve artan eş tanı sıklığı gibi farklı boyutlara ait bulguları açıklamak için allostatik yük kavramın göz önünde bulundurmak gerekir (Kapczinski ve ark., 2008).

Son olarak, yapılan pek çok çalışmada psikolojik dayanıklılığın hastalığa ait özellikler ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Psikolojik dayanıklılık kavramı, kişilerin karşılaştıkları şartlara uyum gösterme becerilerini ifade etmektedir (Hunter, 2011). Konu ile ilgili gerçekleştirilen çalışmalarda; bipolar bozukluğu olan hastalarda artan düzeyde psikolojik dayanıklılığın daha az sayıda intihar girişimi, daha uzun remisyon dönemi, daha geç yaşta hastalık başlangıcı, daha az sayıda depresif epizod, daha düşük düzeyde dürtüsellik, agresyon ve umutsuzluk ve daha az sayıda manik epizod gibi özellikler ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Chan ve ark., 2023; Choi ve ark., 2015; Lee ve ark., 2017; Şenormancı ve ark., 2020; Uygun ve ark., 2018).

### 2.1.5. Klinik Özellikler ve Gidiş

DSM-V’te “Duygudurum Bozuklukları” kategorisinde yer alan bipolar bozukluğun mani döneminde, hasta canlı, aşırı hareketli ve aşırı özgüvenli bir durumdadır. Mani döneminde, hastanın konuşması yüksek sesli, hızlı ve artmıştır. Fikirler hızla birbirini izler, bu duruma “fikir uçuşması” denir. Düşüncelerindeki aşırı üretkenlikle birlikte konuşması akıcı bir şekilde ilerler ve konu değişiklikleri sıkça olur. Duygulanımda coşku, aşırı neşe ve sıklıkla öfke hakim olabilir. Duygudurumda oynamalar (labil affect) sıkça görülür, yani duygular hızlı bir şekilde değişebilir. Hasta bilinçli, yönelimleri doğrudur ve belleği sağlamdır. Başlangıçta dikkat, algı ve bellekte artış gözlenebilir, ancak zamanla dikkatini odaklaması zorlaşabilir. Psikotik mani durumunda, varsanılar (halüsinasyonlar) görülebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Depresyon dönemindeki bir hastada ise genellikle yüz çizgileri belirginleşir ve omuzlar çöker. Yüzünde üzüntülü bir ifade vardır. Konuşması alçak sesli ve yavaştır. Duygudurum genellikle umutsuzluk, çökkünlük ve çaresizlik olarak tarif edilir. Yönelim bozukluğu bulunmaz. Hastaların çoğu unutkanlık şikayetiyle gelir. Düşüncelerini yoğunlaştırmada ve karar vermede zorlanırlar. Psikomotor değişiklikler arasında yavaşlama veya ajitasyon görülebilir. Enerji düşüklüğü, yorgunluk ve bitkinlik sık görülür (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Hastaların yaklaşık %65’inde intihar düşünceleri vardır ve yaklaşık %15’i intihar girişiminde bulunur (Benazzi, 2007). Genellikle duygudurumla uyumlu sanrılar görülebilir.

Karma epizoddaki bir hastada ise mani ve depresyon belirtileri aynı anda görülür. Bu durumda sıkça ajitasyon, uykusuzluk, iştahsızlık, psikotik özellikler ve intihar düşünceleri gibi semptomlar mevcuttur (Dell’Osso ve ark., 1993).

Hastalar genellikle ilk duygudurum epizodu olarak depresyon yaşar ve dolayısıyla ilk başvuruları da depresif belirtiler nedeniyle olur (Manning, 2010). Bipolar bozuklukta hastalığın ilk başlangıç yaşı ile tedaviye erişim arasında yaklaşık 5-10 yıl gibi bir gecikme olduğu belirlenmiştir. Hastalar genellikle ortalama 29 yaşında tedaviye başlamaktadır (Bauer ve Pfenning, 2005).

Hastalığın seyri her hasta için değişken olmakla birlikte; çocukluk çağında başlangıç, tanının gecikmesi, tedavi eksikliği, psikotik belirtilerin varlığı, karma ataklar, erkek cinsiyet, hastalık öncesi sosyoekonomik durumun düşük olması, tıbbi veya psikiyatrik komorbidite, artan depresif gün sayısı, hızlı döngülülük, azalan ötimik gün sayısı ve uzun süreli hastane yatışları gibi nitelikler hastalığın şiddetinin önemli bir göstergesi olabilir (akt. Kara, 2023). Hayat boyu eşlik eden anksiyete bozukluğu tanısı, madde kullanım bozukluğu eş tanısı ve sosyal destekten yoksunluk da düşük yaşam kalitesi ve hastanın işlevselliğinde bozulmalar ile ilişkili bulunmuştur (akt. Ötgen, 2022).

Hastalarda atak sıklığı değişkenlik gösterir ve hastalığın ilerlemesiyle birlikte ataklar arasındaki süre genellikle azalır. Yeterli tedavi almadan, bazı hastalarda uzun süreli takipte birkaç atak gözlenebilirken, yaklaşık %10-15'lik bir kesimde 10'dan fazla sayıda atak gözlenmiştir. Özellikle rezidüel depresif semptomların varlığı, nükslerle anlamlı bir şekilde ilişkilendirilmiştir (Bauer ve Pfenning, 2005; Valenti ve ark., 2015).

### **2.1.6. Tedavi**

Bipolar bozuklukta tedavi, hastaların deneyimlediği atakların sıklığını azaltmak, hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan psikolojik ve sosyal yıkımı kontrol edebilmek ve yine hastalığa bağlı oluşan işlev kaybını önlemeyi sağlayabilmek adına oldukça önemlidir (Işık, 2003).

Bipolar bozukluk hem akut duygudurum ataklarının tedavisini hem de yinelemelere karşı önleyici tedaviyi gerektir. Bipolar bozuklukta hastalığın tedavisi bireye özgüdür. Klinik seyrin gidişatı tedavi planlamasında önemli olmakla birlikte, birçok yönden destek ve tedavi müdahalesi gereklidir. Akut dönemlerde özellikle riskli durumları ele almak, semptomları iyileştirmek ve hastayı stabil hale getirmek önem taşır. Sürdürüm tedavisinde hastaya ve ailesine psikoeğitim vermek, hastanın

işlevselliğini artırmaya yönelik müdahalelerde bulunmak, varsa rezidüel (kalıntı) semptomlarla mücadele etmek, ruhsal damgalanma ile başa çıkma konusuna odaklanmak ve yinelenmeyi önlemek ön planda tutulur. Bu süreçte, kişiye özgü bir planlama ile ilaçlar (duygudurum dengeleyiciler, tipik-atipik antipsikotikler vb.), psikososyal müdahaleler, psikoeğitim ve terapilerden (bilişsel davranışçı terapi, aile odaklı terapi, destekleyici terapi, kişilerarası ilişkiler ve sosyal ritim terapisi, grup terapisi vb.) faydalanılır (Yatham ve ark., 2018).

Farmakolojik tedavi bipolar bozukluğun tedavisinde ilk seçenektir. Farmakolojik tedaviye psikoterapinin eşlik etmesi durumunda hastaların %60-80'lik bir oranında yaşam kalitesinin arttığı bildirilmiştir. Tedavide tercih edilen ilaçların etkinliği tedavi uyumu ile yakından ilişkilidir (Sofuoğlu ve Turan, 2000). Tedaviye uyum, hekim tarafından reçete edilen tedaviyi kabul etmek, uygulamak, önerilen zamanlarda muayeneye gelmek, tedaviyi yarım bırakmamak, reçete edilen ilaçları önerilen miktarda ve sürede kullanmak, davranış değişiklikleri ve beslenme ile ilgili önerilere uymak gibi faktörleri içerir (WHO, 2003). Dolayısıyla, reçete edilen ilaçlar hekimin önerdiği biçimde alınmadığında olumlu klinik çıktılar ile sonuçlanamaz.

Bipolar bozuklukta tedaviye uyumsuzluk ilaç yan etkileri, yaş, cinsiyet, atak sayısı, eş tanılar, hastanın ve ailesinin hastalık hakkındaki bilgi eksikliği, hastalığa dair tutum ve inanışları, hastalık nedeniyle damgalanma korkusu ve çevrenin ilaçlara dair negatif tutumları gibi etmenler nedeniyle oluşabilmektedir ve bu sebeplere bağlı olarak tedaviye uyumsuzluk davranışı %10-60 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (Ateş ve Algül, 2006; Demirkol ve ark., 2015; Sajatovic ve ark., 2007).

## **2.2. Çocukluk Çağı Travmaları**

### **2.2.1. Travma ve Çocukluk Çağı Travması**

“Travma”, bireyin ruhsal ve bedensel varlığını çeşitli şekillerde sarsan, inciten veya yaralayan herhangi bir olayı tanımlamak için kullanılan bir terimdir (Kokurcan ve Hüseyin, 2012).

Çocukluk çağı travmaları ise, kişinin 18 yaş öncesinde maruz kaldığı duygusal, fiziksel ve cinsel istismar; duygusal ve fiziksel ihmalin yanı sıra anne-babanın ölümü veya onlardan ayrılma, şiddet, göç, savaş, boşanma, doğal afet olayları ve kazalardır (Herman, 2016).

## 2.2.2. Çocukluk Çağında Deneyimlenen Travma Yaşantılarının Türleri

Yetişkinlikteki risk etmenleri ve olumsuz sonuçlarla ilişkili olan çocukluk çağı olumsuz yaşantıları, kötüye kullanım, fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, şiddet ve ihmal gibi travmatik süreçleri içeren yaşantıları içerir (Gündüz ve ark., 2018). Çocukluk çağında kötüye kullanım ve ihmalin kaynağı genellikle aile üyeleri, çocuğun yakın çevresi veya yabancı kişiler olabilir (Güleç ve Köroğlu, 1998).

İstismar kavramı fiziksel, ekonomik, duygusal veya farklı durumlardan kaynaklı oluşan güç farkını ve bu gücün kötüye kullanımını belirtmektedir (Çiftçi, 2021). İhmal kavramı ise, çocuğun bakım verenlerinin çocuğun temel ihtiyaçlarını yeterince karşılamaması şeklinde ifade edilmektedir (Dubowitz ve ark., 1993).

### 2.2.2.1. Fiziksel İstismar

Çocuğa karşı isteyerek ve bilerek kullanılan fiziksel güç neticesinde çocuğun sağlığı, hayatı, onuru ve gelişiminin etkilenmesi veya etkilenme ihtimalinin olması durumu fiziksel istismar olarak değerlendirilmekte olup, en çok maruz kalınan istismar türüdür. Fiziksel istismar, çocuğa yönelik vurma, yaralama, tekmeleme, yakma, boğazını sıkma, sarsma, ısırma veya zehirlenme gibi davranışları içerir (WHO, 2006). Dolayısıyla, çocuğun kaza dışı sebepler nedeniyle yaralanması olarak ifade edilebilir (Kara ve ark., 2004).

Fiziksel ceza kapsamında yer alan vurma, sarsma, dövme, ısırma, tekmelemek, yakma gibi davranışlar da, Dünya Sağlık Örgütü'nün fiziksel istismar tanımında yer alan belirtilerle büyük oranda örtüşmektedir. Dolayısıyla bu tür davranışların da fiziksel istismar kapsamında değerlendirilebileceğine dair görüşler mevcuttur (Gershoff ve ark., 2018; Krug ve ark., 2002).

### 2.2.2.2. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocuğun gelişimi bakımından uygun ve destekleyici bir ortamın sağlanması konusundaki yetersizlik olarak ifade edilebilir. Bunlar; çocuğu suçlama, korkutma, dışlayarak sosyal ilişkiden mahrum bırakma, çocuk ile alay etme, lakap takma, aşağılayarak küçük düşürme, başarılarını azımsama, çocuğa küfür ve hakaret etme, fiziksel olmayan ceza ve tehdit edici davranışlar sergileme, çocuğun duygusal ihtiyaçlarını karşılamama, kardeş ayrımı yapma, çocuktan yaşının üzerinde sorumluluklar bekleme, çocuğu kendine bağımlı kılma veya reddetme ve çocuk

üzerinde aşırı baskı kurup davranışlarını kısıtlayarak kendi tercihlerini çocuğa empoze etmekte direktme gibi yaklaşımlar olabilmektedir (Dinleyici ve Dağlı, 2016; Güleç ve Köroğlu, 1998; Lynch ve ark., 2007; WHO, 2006).

Duygusal istismar pek çok fiziksel ve cinsel istismar türüne eşlik edebilmekle birlikte tek başında da görülebilmektedir (Dağlı ve İnancı, 2011).

#### *2.2.2.3. Cinsel İstismar*

Cinsel istismar çocuğun kavrayamadığı, onay gösteremeyeceği veya gelişim olarak hazır olmadığı bir cinsel etkinliğe rızası dışında dâhil edilmesidir. Bu tür istismar, toplumsal yasaları ve tabuları ihlal eden cinsel etkinlikleri içerir. İstismar davranışını sergileyen kişi, yaşça büyük ve yaşı gereği çocuğa karşı yetki, otorite veya sorumluluk taşıyan bir yetişkin olabilir (WHO, 2006). Cinsel istismar aile içerisinde yaşandığında bu duruma ensest denmektedir (Güleç ve Köroğlu, 1998). Ensest, bütün çocuk cinsel istismarlarının ortalama üçte birini oluşturmaktadır (WHO, 2003).

Çocuk cinsel istismarı yetişkinlere yönelik cinsel saldırılardan farklıdır, dolayısıyla değerlendirilmesi de farklılık gösterir. Çocuk cinsel istismarında nadiren fiziksel güç ve şiddet de kullanılır, istismar eden kişi bu durumu gizlemek ister. Çocuğa uygulanan cinsel istismar bazen haftalar bazense yıllar sonra olmak üzere uzun zaman sonrasında ortaya çıkabilmektedir (WHO, 2003).

#### *2.2.2.4. Fiziksel İhmal*

Fiziksel ihmal, çocuğun fiziksel bakımına yeterince önem gösterilmemesi, beslenme ihtiyacının yeterince karşılanmaması ve sağlıklı bir denetim ortamından mahrum bırakılması gibi faktörleri içermektedir. Bu durumda çocuğun temel fiziksel ihtiyaçlarının yeterince karşılanmamaktadır ve sağlıklı bir gelişim için gerekli olan bakım eksiktir (Brooker ve ark., 2001).

Çocuğun tehlikeli durumlara maruz kalması, yeterince korunmaması, tıbbi bakımının yetersiz tutulması ya da olanaklar olmasına rağmen çocuğun tıbbi destek almasının ihmal edilmesi de fiziksel ihmal kapsamında yer almaktadır (Polat, 2001).

İhmal, çocuk ve bakımvereni arasındaki ilişkiyle ilgili olmasının yanısıra bakımverenin bulunduğu toplumsal koşullar ile de ilgilidir. Bakımverenin çocuğun ihtiyaçlarını fark etmesi ve karşılaması hususunda engel yaratan ve ihmalin

oluşmasına zemin yaratan toplumsal faktörler de bulunmaktadır (Dubowitz ve ark., 1993). Fiziksel ihmal en fazla bildirilen çocuğun kötüye kullanım türlerinden biridir (Hildyard ve Wolfe, 2002).

#### 2.2.2.5. Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, çocukların duygusal ihtiyaçlarının yeterince karşılanmamasıdır. Çocuğun yeterli düzeyde duygusal tatmin yaşayamaması, gelişim ve sosyalleşme süreçlerinde gereken destekten yoksun kalması, çocuğa ihtiyaç duyduğu sevgi ve şefkatin verilmemesi, aile ortamında şiddete maruz kalması, olumsuz davranışlarının serbest bırakılması, davranışsal sorunların neden olduğu duygusal süreçleri ile başa çıkmada yalnız bırakılması gibi durumlar duygusal ihmalin örnekleridir (Aust ve ark., 2013; Yurdakök ve İnce, 2010).

Çocuğun duygusal ihmali, en sık görülen kötüye kullanım türü olmakla birlikte diğer kötüye kullanım türleri için de zemin hazırlamaktadır (Trickett ve ark., 2009). Fakat duygusal ihmalin yüksek yaygınlığına rağmen en fazla göz ardı edilen kötüye kullanım türü olduğundan da bahsedilmektedir (Stoltenborg ve ark., 2013).

Duygusal ihmalin saptanması, ebeveynlik yaklaşımlarındaki farklılıklar ve çocukta gözle görünen hasarlardan ziyade çoğunlukla gelişimsel gecikmelere sebebiyet vermesi gibi nedenlerle fiziksel ihmale kıyasla daha zordur (Bernstein ve ark., 1994; Hildyard ve Wolfe, 2002).

#### 2.2.3. Çocukluk Çağı Travmasının Etkileri

Çocukluk çağında maruz kalınan travmatik yaşantıların sosyal, psikolojik ve fizyolojik etkileri yaşam boyu devam edebilmekte ve travma mağduru kişinin yaşamını zorlaştırabilmektedir. Literatürde de çocukluk çağındaki travmatik deneyimlerin özellikle çoklu travma maruziyetinin, yetişkinlikte fiziksel ve psikolojik sağlık üzerindeki olumsuz etkisini destekleyen çok sayıda çalışma mevcuttur (Bellis ve ark., 2014; Felitti ve ark., 1998). Çoklu maruziyet, bir kişinin birden fazla travma yaşantısına sahip olması anlamına gelmektedir.

Çocukluk çağında maruz kalınan olumsuz yaşantılar, çaresizlik, umutsuzluk, dehşet, yoğun kaygı gibi duyguların yanı sıra çeşitli psikolojik hastalıkları da beraberinde getirebilir. Literatürde, çocukluk çağı travmalarının kişileri psikolojik hastalıklara sahip olmaya yatkınlaştırdığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur

(Caldwell ve ark., 2011; Karatekin, 2018; Örsel ve ark., 2011). Çocukluk çağı travmaları; depresyon (Felitti ve ark., 1998; van der Feltz-Cornelis ve ark., 2019), anksiyete bozuklukları (Karatekin, 2018; Schimmenti ve Bifulco, 2015), alkol-madde kötüye kullanımı (Dube ve ark., 2002; Knisely ve ark., 2000), insomnia (Bader ve ark., 2007) ve borderline, narsisistik, şizotipal ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi çeşitli kişilik bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur (Afifi ve ark., 2011; Nguyen ve Shaw, 2020; Thekkumthala ve ark., 2019).

Diğer yandan, Briere ve Elliot (2003), çocuklukta yaşanan travmaların, her bireyde aynı şekilde psikopatolojik zorluklara yol açmayabileceğinden; travmaya verilen yanıtın, birçok faktörün etkileşimiyle belirlendiği ve bu nedenle işlevselliğin ciddi şekilde bozulmayabileceğinden bahsetmiştir.

Çocukluk çağında maruz kalınan travmatik yaşantıların, kronik hastalıklara yakalanma riski ile de ilişkili olduğunu ortaya konulmuştur (Felitti ve ark., 1998). Çocukluk çağı travmasına maruziyet arttıkça, diyabet, obezite, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, solunum hastalıkları ve kanser gibi kronik hastalıklara yakalanma oranının arttığı saptanmıştır (Campbell ve ark., 2016; Monnat ve Chandler, 2015). Aynı zamanda artan sayıda çocukluk çağı travmasının, erken ölüm riski ile de ilişkili olduğu bulunmuştur (Brown ve ark., 2009).

Çocukluk çağında maruz kalınan travmatik yaşantıların kişiyi, daha düşük eğitim başarısına yatkın hale getirdiği bulunmuştur (Liming ve Grube, 2018). Farklı çalışmalarda ise, bu yaşantıların kişilerin bilişsel becerilerinde ve beyin bölgelerinin fonksiyonlarında bozulmalara neden olduğu saptanmıştır (Carrión ve ark., 2009; Herman ve ark., 2005; Mueller ve ark., 2010; Pagel, 2006). Dolayısıyla bu durumda, çocukluk çağı travmasına maruz kalan kişilerin zayıf temel becerilere sahip olma olasılığının artacağından bahsedilebilir.

Bilişsel işlevlerdeki aksaklıklar kişilerin muhakeme yeteğini olumsuz yönde etkileyerek, kişileri riskli davranışlarda bulunmaya yatkınlaştırabilir. Literatürde, maruz kalınan çocukluk çağı travmalarının sayısının artması; sigara içme, alkol ve madde kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalık riski, fiziksel inaktivite, sağlıksız beslenme, intihar riski, intihar girişimlerinin sayısının artması, erken gebelik, erken cinsel ilişki, suç mağduru veya suç işleyici olma gibi riskli sağlık davranışları ile ilişkilendirilmiştir (Bellis ve ark., 2014). Bu durumda, çocukluk çağı travması

maruziyeti olan kişilerin sağlığı tehdit eden durumlara karşı önlem alma veya hastalık ile başa çıkma noktasında zorlanmalar yaşayacağı düşünülebilir.

#### **2.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları ve Bipolar Bozukluk**

Çocukluk çağı travmaları; anksiyete bozukluğu, duygudurum bozuklukları, kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve alkol-madde kullanım bozuklukları gibi pek çok psikiyatrik hastalıkla ilişkilidir (Jangnam ve ark., 2015).

Bu ilişkiyi ele alırken, stres verici yaşam olayları tek başına hastalığı başlatan faktör olarak düşünülmemelidir. Literatürde, erken yaşta stres verici yaşam olaylarına maruz kalmanın kişilerin bazı beyin bölgelerinde morfolojik değişimlere neden olduğu ve böylece hastalığın ortaya çıkışı için yatkınlık yarattığı gösterilmiştir (Heim ve Nemeroff 2001). Dolayısıyla, çocukluk çağındaki travma yaşantılarının hastalığın ortaya çıkışını tetikleyebildiği ve hastalığın gidişini olumsuz yönde etkileyebildiğinden söz etmek mümkündür (Heim ve Nemeroff, 1999; Post ve Leverich 2006).

BPB’u olan hastalar ve sağlıklı kontrollerin çocukluk çağı travmalarının karşılaştırıldığı farklı çalışmalarda, BPB tanısı olan hastaların sağlıklı kontrol grubuna kıyasla daha fazla çocukluk çağı travmasının olduğu bulunmuştur (Etain ve ark., 2008; Maniglio, 2013). Bu bulgulara paralel olarak literatürde, kişinin erken dönem travma yaşantılarının, ilerleyen dönemlerde duygudurum bozukluğuna yakalanma olasılığını artırabildiğinden bahsedilmiştir (Watson ve ark., 2014). Etain ve arkadaşlarının (2008) çalışmalarından elde edilen, iki ya da daha fazla türde travmaya maruz kalmanın BPB’un ortaya çıkma riskini üç kat arttırdığına ilişkin bulgu da bu görüşü desteklemektedir.

BPB hastalarında çocukluk çağı travmalarının yaygınlığının incelendiği farklı çalışmalarda ulaşılan oranlar genel olarak %45 ile %68 arasında değişim göstermektedir (Erten ve ark., 2014; Etain ve ark., 2013; Garino ve ark., 2005; Leverich ve ark., 2002; Neria ve ark., 2002).

Garino ve arkadaşlarının (2005) BPB tanısı olan hastalarla yaptığı çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısının çocukluk çağı travmasının olduğu bulunmuştur. Maruz kalınan travma türleri incelendiğinde ise, katılımcıların %37’sinin duygusal istismar, %24’ünün fiziksel istismar, %21’inin cinsel istismar, %24’ünün duygusal

ihmal ve %12'sinin de fiziksel ihmal yaşantısının olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada ise; BPB tanısı olan hastaların çocukluk çağı travma yüzdesi %61.2 olarak bulunmuştur. Ayrıca, tüm hastaların %25.9'unun fiziksel istismar, %26.7'sinin duygusal istismar, %20.7'sinin cinsel istismar ve %39.7'sinin ise ihmal (fiziksel ve duygusal) yaşantısının olduğu saptanmıştır. Hyun ve arkadaşlarının 2000 yılında gerçekleştirdikleri çalışmalarında da, BPB tanısı olan hastaların %12'sinin cinsel istismar, %56'sının fiziksel istismar ve %10'unun ise hem fiziksel hem cinsel istismar yaşantısının olduğu tespit edilmiştir. Hyun ve arkadaşları, bu oranların genel toplumun travma yaşantıları ile uyumlu olduğunu ancak çocukluk çağında istismar yaşantısı olan BPB hastalarının hastanede yatış sürelerinin daha uzun ve geçirdikleri depresif atak sayısının ise daha fazla sayıda olduğunu ifade etmişlerdir (Watson ve ark., 2014).

Literatürde, BPB hastalarında çocukluk çağı travmaları ile ilişkili olduğu düşünülen pek çok değişken ile ilgili araştırmalar mevcuttur.

Örneğin, Leverich ve arkadaşlarının (2002) BPB tanısı olan hastalarla yaptığı çalışmada, çocukluk çağında cinsel veya fiziksel istismar öyküsü olan hastaların yaşam boyu alkol-madde kötüye kullanımı olması ve TSSB veya başka bir psikiyatrik eş tanı alma riski, herhangi bir istismar öyküsü bulunmayan hastalara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda bu çalışmada, çocukluğun çağında istismar öyküsü bulunan katılımcıların hastalığının daha fazla hızlı döngülülük gösterdiği bulunmuştur. Bu çalışmadan elde edilen bulguları destekleyen bir biçimde, BPB tanısı olan hastalar ile gerçekleştirilen farklı çalışmalarda da çocukluk çağı travmaları; alkol-madde kötüye kullanımı, psikiyatrik eş tanı ve hızlı döngülülük ile ilişkili bulunmuştur (Brown ve ark., 2005; Garcia-Amador ve ark. 2009; Garno ve ark., 2005; Gonzales-Pinto ve ark. 2011).

Çocukluk çağı travmaları, Garno ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında ayrıca daha erken hastalık başlangıcı, daha şiddetli manik belirtiler, daha fazla depresif atak, daha uzun hastane yatışları ve yaşam boyu intihar girişimleri ile de ilişkili bulunmuştur. BPB hastalarında çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi ile ilişkisi, farklı çalışmalardan elde edilen bulgular ile de desteklenmiştir (Aas ve ark., 2016; Erten ve ark., 2014; Fisher ve Hosang, 2010; Leboyer ve ark., 2007; Maniglio, 2013). Bu ilişki travma alt türlerine göre ayrıca ele alındığında ise, Leboyer ve arkadaşlarının

(2007) çalışmasında en fazla intihar girişimi duygusal istismar ile ilişkili bulunurken; Erten ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise duygusal, fiziksel ve cinsel istismar yaşantıları ön plana çıkmıştır. Bu çalışmalardan farklı olarak, cinsel istismar öyküsü olan hastalarda intihar girişimi oranının daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Garno ve ark., 2005; Leboyer ve ark., 2007; Romero ve ark., 2009).

Brown ve arkadaşları (2005) tarafından çoğunluğu erkek veya gazi olan BPB hastaları ile gerçekleştirilen bir çalışmada, çocukluk çağındaki istismar yaşantısının, TSSB, panik bozukluk ve alkol kullanım bozukluklarına yatkınlığı artırdığı saptanmıştır. Yine bu çalışmada; cinsel ve fiziksel istismar öyküsü olan hastaların daha fazla depresif atak deneyimlediği ve bunun sonucunda intihar risklerinin yükseldiği tespit edilmiştir.

Maguire ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise çocukluk çağı travması, kişilerarası ilişkileri sürdürmekte yaşanan güçlük ile ilişkili bulunmuştur. BPB ve şiddet davranışını inceleyen farklı çalışmalarda ise BPB hastalarında görülen şiddet davranışı, çocuklukta ihmal ve istismar yaşantısı ile ilişkili bulunmuştur (Arseneault, 2000; van Dorn, 2012).

Ülkemizde de, BPB hastalarında çocukluk çağı travmaları ile ilişkili faktörleri incelemek üzere yapılmış araştırmalar mevcuttur.

Örneğin, Tuman ve Hurşitoğlu'nun (2022) BPB'ü olan remisyon dönemindeki 60 hasta ile gerçekleştirdiği çalışmada, çocukluk çağı travması olan hastalarda, kendini suçlamanın belirgin olarak yüksek, duygusal odaklı başa çıkmanın ise belirgin olarak düşük olduğu saptanmıştır.

Bal ve arkadaşlarının (2023) remisyon dönemindeki 105 BPB'ü olan hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında ise, çocukluk çağı travması ile şiddet davranışı arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Daha fazla çocukluk çağı travma yaşantısı daha çok şiddet davranışı ile ilişkili bulunmuştur.

Farklı iki çalışmada ise BPB'ü olan hastalarda çocukluk çağı travması ve saldırganlık arasındaki ilişki incelenmiş; her iki çalışmanın sonucunda da çocukluk çağı travmasının varlığı daha yüksek saldırganlık düzeyi ve intihar girişimi öyküsü ile ilişkili bulunmuştur (Adıgüzel, 2018; Nehir ve ark., 2018).

Kurt (2019), BPB tanısı olan 100 hasta ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 100 sağlıklı kontrolden oluşan örneklem ile gerçekleştirdiği çalışmasında BPB’u olan hastalarda çocukluk çağı travması, disosiyasyon, bağlanma ve aleksitimi arasındaki ilişkileri incelemiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre; BPB’u olan hastaların sağlıklı kontrollere kıyasla daha fazla çocukluk çağı travmasına ve daha az güvenli bağlanma stiline sahip olduğu bulunmuştur. Yine bu çalışmada çocukluk çağı travmaları, daha fazla disosiyatif yaşantı, daha yüksek aleksitimi düzeyi ve kaçınan bağlanma stili ile ilişkili bulunmuştur.

Bir başka çalışmada ise, BPB tanısı olan ve manik dönem tanısıyla yatarak tedavi gören 50 hasta ve 38 sağlıklı kontrolden oluşan bir örneklemde çocukluk çağı travması geçmişi incelenmiştir. Yapılan karşılaştırmada hasta grubunun çocukluk çağı travması geçmişi, kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Uçar, 2016).

## **2.3. Umutsuzluk**

### **2.3.1. Umut ve Umutsuzluk Kavramları**

Umut, kişinin gelecek ile ilgili olumlu beklentilere sahip olmasıdır. Kişi henüz gerçekleşmemiş bu duruma ilişkin olumlu beklentilere sahiptir (Seber ve ark., 1993). Umut; bireylerin motivasyonlarını artırması ve negatif düşüncelerini azaltması gibi etkileriyle yaşadıkları stres verici yaşam olayları ile başa çıkmadaki güçlerini artırır (Adler, 2017; Cutcliffe ve Herth, 2002; Melges ve Bowlby, 1969). Dolayısıyla umut, stres ve hastalıklar ile başa çıkmada tedavi sürecine önemli ölçüde katkı sağlamaktadır (Olçun ve Altun, 2017).

Umutsuzluk ise, kişinin gelecek ile ilgili olumsuz beklentilere sahip olmasına, gelecekte hiçbir şeyin iyiye gitmeyeceğine veya kötü olayların yaşanacağına inanmasına ve bu kötü olaylar ile başa çıkmayacağını düşünmesine neden olan patolojik bir yapıdır (Gambaro ve ark., 2020; Marchetti, 2019). Umutsuzluğun psikiyatrik rahatsızlıklara sıklıkla eşlik ettiği pek çok çalışmada ortaya konulmuştur (Caretta ve ark., 2014; Carroll ve ark., 2004; Gray ve ark., 2003). Kişinin stres veren yaşam olaylarına dair algısında ve bu olaylar ile başa çıkmasında negatif bir etkiye neden olan umutsuzluk, bu yönüyle, hastalık durumunda da seyrin iyiye gidişini engelleyen bir etkiye sahiptir (Bilgin, 2022).

### **2.3.2. Umutsuzluğun Belirtileri ve Nedenleri**

### 2.3.2.1. Umutsuzluğun Belirtileri

Umutsuzluğun belirtileri, her bireyin kendi özgü yaşantıları doğrultusunda farklılıklar gösterebilir. Bununla birlikte Amerikan Psikoloji Birliği (APA) umutsuzluk düzeyi yüksek kişilerin sahip olduğu özellikleri genel itibariyle şu şekilde sıralamıştır (Yenibaş ve Şirin, 2007):

- Konuşma içeriğinde olumsuz ifadeler kullanma,
- Duygu ifadelerinde küntlük,
- Pasif davranma,
- Kendisiyle temas kurmak isteyen kişilere karşı ilgisizlik,
- Çevresel uyaranlara karşı tepkisizlik,
- Aldırmazlık,
- Sosyal ortamlarda bulunmaya dair isteksizlik,
- Uyku süresinde normale kıyasla artma veya azalma,
- İştahta azalma,
- Özbakımda olumsuz değişiklikler,
- Sorumluluk alma ve karar vermede yetersizlik.

Ayrıca farklı çalışmalarda umutsuzluğun suçlu hissetme, kederli olma, kendi kişiliğini yalnızca olumsuz yönleri ile tanımlama ve içine kapanıklık gibi belirtilerle ilişkili olduğu da bulunmuştur (Çokparlamış, 2018; Panzarella ve ark., 2006).

### 2.3.2.2. Umutsuzluğun Nedenleri

Umutsuzluk ile ilgili yapılan çalışmalar umutsuzluğun kişide doğuştan var olmadığını, ortaya çıkışında belirli nedenlerin etkili olduğunu ortaya koymuştur. Amerikan Psikoloji Birliği umutsuzluğun nedenlerini şu şekilde sıralamıştır (Yıldırım, 2007):

- Kişinin farklı gerekçeler nedeniyle kısıtlanmış hissetmesi ve bundan dolayı duyduğu yalnızlık,
- Kendini bırakmak,
- Fiziksel sağlığın kaybı nedeniyle yaşanan güçlükler,
- Uzun süreli strese maruz kalma,
- Manevi değerlerin yitirilmesi.

Bir başka açıklamaya göre de umutsuzluğun ortaya çıkış sürecinde iki neden etkili olmaktadır. Bu nedenlerden ilki kişinin yaşamı ile ilgili olumsuz değerlendirmelerde bulunması sonucu çevresiyle birlikte dünyayı olumsuz bir atıfla anlamlandırması; ikincisi ise kişinin geçmiş olumsuz yaşantıları doğrultusunda bu olumsuzluklarla tekrar karşılaşma olasılığına odaklanmasıyla yaşadığı stres ve geleceğe dair olumsuz algıdır (Magaletta ve Oliver, 1999; Snyder ve Forsyth, 1991).

### **2.3.3. Beck'in Yaklaşımına Göre Umutsuzluk Kavramı**

Beck ve arkadaşları 1974 yılında depresyonu açıklamak üzere bir umutsuzluk kuramı geliştirmişler ve umutsuzluk kavramını bu kuram içerisinde “olumsuz şemalar nedeniyle geleceğe dair negatif beklentilere sahip olmak” şeklinde tanımlamışlardır.

Umutsuzluğun kişinin kendisi, içinde bulunduğu çevre ve geleceği ile ilgili olumsuz düşünce ve beklentiler ile karakterize olan bilişsel bir durum olduğunu öne sürmüşlerdir (Beck ve Steer, 1984).

### **2.3.4. Umutsuzluk ve Bipolar Bozukluk**

Literatürde, BPB tanısı olan hastalarda umutsuzluğu ve umutsuzluk ile ilişkili faktörleri inceleyen çalışmalar mevcuttur. Bahsi geçen çalışmalara bu başlık altında değinilecektir.

Palagini ve arkadaşlarının (2021), BPB tanısı olan depresif epizoddaki 162 yetişkin katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında umutsuzluk; pasif ve aktif intihar düşüncesi, depresyon ve erken dönem travmaları ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Bu bulgulara göre daha yüksek umutsuzluk düzeyi; daha fazla aktif veya pasif intihar düşüncesi, daha yüksek bir depresyon düzeyi ve daha fazla erken dönem travması ile ilişkilidir.

Bu çalışmanın sonuçlarına paralel olarak Favale ve arkadaşlarının çalışmalarında da (2023), bipolar depresyon hastalarının umut düzeyi; psikolojik dayanıklılık ile pozitif ilişkili, psikopatoloji, depresif semptomlar ve intihar eğilimi ile ise negatif ilişkili bulunmuştur. Buna göre bipolar depresyon hastalarının umut düzeyleri arttıkça; daha fazla psikolojik dayanıklılığa, daha az psikopatolojiye, daha az depresif semptoma ve daha düşük düzeyde intihar eğilimine sahip oldukları görülmektedir.

Remisyon dönemindeki BPB tanısı olan hastaların umutsuzluk düzeylerini intihar riskleri bakımından karşılaştıran bir çalışmada ise katılımcılar, geçmişte intihar girişimi bulunan (n=37), intihar düşüncesi bulunan (n=30) ve intihar eğilimi olmayan (n=35) şeklinde üç grupta incelenmişlerdir. Bu grupların karşılaştırılması sonucunda, intihar eğilimi olmayan grubun umutsuzluk düzeyinin diğer gruplara kıyasla anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur (Acosta ve ark., 2012).

BPB tanısı olan bir örneklem ile gerçekleştirilen bir başka çalışmada da umutsuzluk; depresyon, anksiyete ve kişilik bozukluğu eş tanısı ile pozitif ilişkili, mani semptomları ile ise negatif ilişkili bulunmuştur. Buna göre; depresyon ve anksiyete skorları daha yüksek olan, kişilik bozukluğu eş tanısı olan ve daha az mani semptomu bildiren katılımcıların umutsuzluk düzeyleri daha yüksektir. Bu çalışmada ayrıca, umutsuzluk düzeyinin hastalığın farklı evreleri arasında belirgin bir biçimde değişkenlik gösterdiği de görülmüştür. Depresif ve karma dönemde daha yüksek düzeyde umutsuzluk bildirilirken; ötimik, manik ve hipomanik dönemlerde ise daha düşük düzeyde umutsuzluk bildirilmiştir (Valtonen ve ark., 2009).

Sunulan çalışmalara ek olarak BPB örnekleminde gerçekleştirilen farklı çalışmalarda ise umutsuzluk; artmış dürtüsellik (Swann ve ark., 2008), daha fazla insomnia belirtisi yaşama (Caruso ve ark., 2019), daha düşük yaşam işlevselliği ve daha düşük tedavi memnuniyeti (Morris ve ark., 2005) ile daha kötü sağlık durumu ve daha kötü sosyal işlevsellikle (Pompili ve ark., 2013) ilişkili bulunmuştur.

Ayrıca literatürde BPB tanısı olan hastaların umutsuzluk düzeylerinin farklı psikiyatrik tanıları olan hastalar ile karşılaştırıldığı çalışmalar da mevcuttur.

Örneğin, DSM-IV-TR'e göre eksen I tanısı olan 559 katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, bipolar tip II ve majör depresif bozukluk tanısı olan hastaların, eksen I'de yer alan diğer tanıları sahip hastalara kıyasla daha yüksek umutsuzluk düzeyi bildirdikleri saptanmıştır (Pompili ve ark., 2014).

Favale ve arkadaşlarının (2023), bipolar (n=38) ve unipolar depresyon (n=31) hastası 69 katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında da; bipolar depresyon hastalarının umut ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin unipolar depresyon hastalarına kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca bipolar depresyon hastası

olan katılımcılar daha fazla psikopatolojik sorun ve daha fazla depresif ve anksiyöz semptom bildirmişlerdir.

Serafini ve arkadaşları da (2020), unipolar ve bipolar duygudurum bozukluğu olan ötimik hastalarda umutsuzluk ve umutsuzluk ile ilişkili klinik sonuçları araştırmışlardır. Bu çalışmada ise Pompili ve arkadaşlarının çalışmalarından elde edilen bulgunun aksine, unipolar depresyon hastalarının umutsuzluk düzeyleri bipolar depresyon hastalarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada umutsuzluk; daha yüksek derecede depresyon, çocuklukta daha fazla fiziksel istismar, duygusal istismar ve fiziksel ihmal, duygularını tanımlama ve iletmede daha fazla zorlanma ile ilişkili bulunmuştur.

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde BPB tanısı olan hastalarda umutsuzluğun; daha fazla intihar eğilimi, semptom şiddeti, dürtüsellik, çocukluk çağı travması ve daha düşük yaşamsal ve sosyal işlevsellik ile tedavi memnuniyeti ve daha kötü sağlık durumu gibi hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve daha kötü bir hastalık gidişiyile alakalı kavramlar ile ilişkili olduğu görülmüştür.

## **2.4. Olumsuz Hastalık Algısı**

### **2.4.1. Hastalık Algısı**

Bir hastalık tanısı alan kişi, psikolojik veya fizyolojik kökenli oluşu fark etmeksizin bu hastalığı anlamak ve başa çıkmak için kendi tecrübeleri, değerleri, bilgileri ve ihtiyaçları doğrultusunda bir açıklama getirmeye çalışır. Mevcut durum ve olası sonuçları ile ilgili bilişsel temsil ve kişisel inanışlar geliştirir yani kendi hastalık temsillerini yaratır (Broadbent ve ark., 2015; Leventhal ve ark., 1998).

Bu temsil ve inanışları kişinin hastalık algısıdır. Hastalık algısı kavramı, hastalığın nasıl anlamlandırıldığı, ne kadar süreceği, hastalığın ortaya çıkış sebepleri, kişinin yaşamını ne ölçüde etkileyeceği ve hastalığın kontrol edilebilirliği ile ilgili faktörleri kapsamaktadır (Bassi ve ark., 2021).

Ayrıca çalışmalar, kişilerin sağlık durumlarına yönelik algılarının gerçek durumlarından farklı olabildiğini göstermektedir (Taylor ve ark., 2000). Hastalığın kontrol edilebilirliğine yönelik inançları, durumun akut veya kronik olması ile ilgili algıları ve sürece dair umutları farklılık gösterebilmektedir (Wallston, 2004).

Dolayısıyla kişilerin hastalığa dair algıları hem olumlu hem de olumsuz hastalık inançlarını içerebilir.

Kişinin hastalığa ilişkin temsil ve inanışları hastalığa vereceği tepkiyi belirlemekte dolayısıyla da kişinin sağlık davranışları ve tedavi yanıtını etkilemektedir. Hastalığa dair negatif inanışlar hastanın psikolojik ve hatta fiziksel sağlığını, öz bakımını, psikososyal zorlanmasını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Petrie ve ark., 2002; Williams ve Healy, 2001; Wu ve ark., 2014). Literatürde, kişinin düzenli ilaç kullanımı ve tedavi uyumu ile hastalık algısı arasında bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Armay ve ark; 2007; Karabulutlu ve Okanlı, 2011). Hastalığa dair pozitif inanışlar daha fazla tedavi uyumu ve düzenli ilaç kullanımı ile ilişkili bulunmuştur.

#### **2.4.2. Hastalık Algısının Bileşenleri**

##### *2.4.2.1. Hastalık Kimliği*

Kişiler, bir hastalık tanısı aldıklarında zaman içinde bu hastalığın semptomlarına dair inanışlar geliştirirler. Kimlik bileşeni, hastaların semptomlarını sahip oldukları hastalığa bağlamasına yani yaşadıkları belirtileri ne ölçüde hastalık ile bağlantılı algıladıklarına karşılık gelmektedir.

Kimlik bileşeni, kişinin hastalığa yönelik etiketlerini de kapsamaktadır. Bu inanışlar, tedavinin yan etkileri veya söz konusu hastalık ile bir ilgisi olmayan belirtiler hakkında yanlış yorumlamaları da içerebilir (Diefenbach ve Leventhal, 1996; Petrie ve Weinman,2006).

Hagger ve Orbell'in (2003) Öz-Düzenleme Modeline (ÖDM) dayanan 45 araştırmanın metaanalizini yaptıkları çalışmanın sonucuna göre, güçlü hastalık kimliği (belirtileri daha yoğun algılıyor olmak); daha düşük psikolojik iyi oluş, sosyal işlevsellik, rol işlevselliği ve yaşam enerjisi ile ilişkili bulunmuştur. Yine aynı çalışmada güçlü hastalık kimliği, baş etme stratejilerinden kaçınma ve duygu ifadesini daha fazla kullanma ile ilişkili bulunmuştur.

Hastalık algısının incelendiği farklı araştırmalarda da güçlü hastalık kimliği; daha düşük psikolojik iyilik, fiziksel ve duygusal işlevsellik ve daha kötü genel sağlık ile ilişkili bulunmuştur (Helder ve ark., 2002; Scharloo ve ark., 2005; Willemse ve ark., 2019).

#### 2.4.2.2. Nedensel inanışlar

Kişiler, bir hastalık tanısı aldıklarında bu hastalığın ortaya çıkış sebeplerine yönelik çeşitli inanışlara sahip olurlar. Bu inanışlar, kişinin hastalığın gelişimine dair algıladığı nedenleri ifade eder. Nedenler, tıbbi etkenler ve bireye özgü etkenleri içerir (Diefenbach ve Leventhal, 1996).

Algılanan bu nedenler; biyolojik, çevresel, duygusal ve psikolojik olarak sınıflandırılabilir (Hagger ve Orbell, 2003). Bir çalışmada ise kronik hastalığı olan bireylerin, hastalıklarına dair algıladıkları nedenleri daha çok; genetik, iş ortamı, beslenme alışkanlıkları, stres veya çevresel etkenler ile açıklama eğiliminde olduklarını göstermiştir (Vaughan ve ark., 2003).

Hastalığa atfedilen nedensel faktörler, hastaların tedavi davranışlarını etkileyebilmesi yönüyle önemlidir. Kişi, hastalığa sebep olduğuna inandığı etmene göre hastalığını kontrol etmeye çalışacak ve bu da hastanın benimsediği tedavi türünü etkileyecektir (Weinman ve ark., 2000).

Ayrıca, kişilerin hastalıklarından dolayı kendilerini suçladığı durumlarda (kanser, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, etiyolojisi bilinmeyen hastalıklar vb.), nedensel inanışlar kişilerin hastalık karşısında verdiği duygusal tepkileri de etkilemektedir (Petrie ve Weinman, 2006).

#### 2.4.2.3. Zamansal inanışlar

Süre bileşeni hastalığın, seyri, kısa süreli (akut) veya uzun süreli (kronik) oluşu, tekrarlayıcı bir örüntü gösterip göstermediği gibi nitelikleri hakkında sahip olunan inançları ifade etmektedir (Hale ve ark., 2007; Heijmans ve De Ridder, 1998).

Süre ile ilgili algı nesnel değerlendirmeler sonucu oluşabildiği gibi öznel değerlendirmeler sonucu da oluşabilmektedir (Leventhal ve ark., 2010). Süre algısı (hastalığı kronik algılama); diyabet hastaları ile gerçekleştirilen bir çalışmada kaygı ile ilişkili bulunmuştur (Paschalides ve ark., 2004). Diğer yandan süre algısı, ilaç alımı ile de ilişkili bulunmaktadır. Literatürde akut hastaların, kronik hastalara kıyasla ilaçlarını almayı ve tedaviyi daha erken bırakma eğiliminde olduklarından bahsedilmektedir (Petrie ve Weinman, 2006).

Helder ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise, hastalık süresi ile güçlü hastalık kimliği arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Bu bulguya göre kişiler, hastalığı daha kronik algıladıkça, hastalık ile ilgili daha fazla belirtiyeye sahip olduğunu algılama eğilimindedir.

#### *2.4.2.4. Kişisel Kontrol ve Tedavi Kontrolü*

Kontrol/Tedavi bileşeni, hastalığın tedavi ve kişisel çabalar ile kontrol edilebilirliği ve kişinin kendisinin bu kontrolü sağlamadaki potansiyel başarısına yönelik inançlarını ifade etmektedir (Hale ve ark., 2007). Yüksek kişisel kontrol ve tedavi kontrolü algısı, hastalığın kontrol edilebilir olduğuna yönelik inancın göstergesidir (Moss-Morris ve ark., 2002). Kişisel inanışların yanı sıra, uzmanların hastalık sonuçlarının kontrol edilebilirliğine yönelik inançları da bu bileşen kapsamındadır (Ogden, 2007).

Petrie ve Weinman'a (2006) göre; hastalığın kontrol ve tedavisi hakkındaki inanışlar, süre ve nedensel inanışlar ile ilişkilidir. Hastalığı akut algılama, yüksek düzeyde kontrol ile ilişkilidir.

Alanyazındaki farklı çalışmalarda, hastalığın kontrol ve tedavi edilebilir olduğuna yönelik inanç; daha yüksek psikolojik iyi oluş, daha fazla sosyal işlevsellik ve yaşam enerjisi, tedaviye daha fazla uyum ve daha düşük psikolojik stres ile ilişkili bulunmuştur (Hagger ve Orbell, 2003; Leventhal ve ark., 2016).

#### *2.4.2.5. Sonuçlar*

Sonuçlar bileşeni, hastalığın fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal yönlerden kişinin yaşamı üzerinde yaratacağı tüm etkiler ve bu etkilere yönelik kişinin beklenti ve inançlarını ifade etmektedir (Leventhal ve ark., 2005). Hastalığın sonuçlarına dair inançlar aynı zamanda, durumun hasta tarafından öznel olarak algılanan ciddiyetini de göstermektedir (Petrie ve Weinman, 2006).

Alanyazındaki çalışmalarda hastalığın sonuçlarının ciddi olacağına dair algı; psikolojik iyi oluş, fiziksel ve sosyal işlevsellik ve rol işlevselliği gibi sağlık sonuçlarıyla ilişkili bulunmuştur (Hagger ve Orbell, 2003).

#### *2.4.2.6. Duygusal Temsiller*

Duygusal temsiller, kişilerin hastalıklarına karşı verdikleri duygusal tepkileri algılayış biçimlerini ifade etmektedir (Moss-Morris ve ark., 2002).

Literatürde yer alan çalışmalarda hastalığa dair güçlü duygusal temsillerin, daha düşük yaşam kalitesi, daha yüksek şiddette depresyon, kaygı ve algılanan stres ve daha fazla uykusuzluk ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Evans ve Norman, 2009; Gray ve Rutter, 2007; Knibb ve Horton, 2008).

#### *2.4.2.6. Tutarlılık*

Tutarlılık bileşeni hastanın, hastalık ile ilgili süreci anlama ve anlamlandırma düzeyine dair algısını ifade etmektedir (Moss-Morris ve ark., 2002).

Tutarlılık bileşeni, hastalıkla ilgili öz düzenleme mekanizmasının içsel yönü ile hastanın, hastalığı kontrol etmek için gösterdiği davranışlar arasındaki tutarlılığa odaklanır. Dolayısıyla, hastanın benimsediği davranışın sürekliliğini sağlayan önemli bir öz düzenleme faktörüdür. Sistemde bir uyumsuzluk olduğunda hastanın eylem ve temsillerini değiştirmesini sağlar (Leventhal ve ark., 2005; Phillips ve ark., 2016).

Literatürde kronik hastalıklarda hastalık tutarlılığının düşük oluşu; daha düşük fiziksel ve psikolojik işlevsellik, daha güçlü hastalık kimliği, daha ciddi hastalık sonuçları, daha fazla kroniklik ve daha düşük uyum ile ilişkili bulunmuştur (Gould ve ark., 2010).

### **2.4.3. Hastalık Algısını Ele Alan Yaklaşımlar**

Bireyler bir hastalık durumunda yaşadıkları sorunları anlamlandırabilmek ve bu sorunlarla başa çıkabilmek için kendilerine ait hastalık temsili modellerini yaratırlar. Bu modeller, kişinin hastalık ve hastalığın sebep olduğu durumlardan korunmak için yaptığı davranışlarının nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklamaktadır. Hastalık algısını kavramsallaştıran iki farklı model vardır: sağduyu modeli ve açıklayıcı model. Bu iki model de öz-düzenleme teorisinin bir parçasıdır.

#### *2.4.3.1. Sağ Duyu Modeli*

Herhangi bir hastalık tanısı almış kişilerin hastalıkla başa çıkma davranışlarını ve hastalığın sonuçlarını etkilediği düşünülen bilişsel etkenleri en ayrıntılı şekilde açıklamaya çalışan kuramsal modellerden birdir (Leventhal ve ark., 2001).

Akılcı yargılarda bulunmayı ifade eden sağduyu kavramından hareketle geliştirilen modelin orta çıkışı, 1957 yılında Asya'da yaşanan grip salgınına dayanmaktadır. Araştırmacılar salgın sonrası Asya toplumundaki bireylerin davranışlarını incelemişlerdir. Katılımcılar arasında gribe yakalanma riskini yüksek olarak algılayan, gribin ciddi bir hastalık olduğunu düşünen ve doktoru aramak veya grip aşısı yaptırmak gibi eylemlere başvuruların bizzat belirti yaşayan veya bir yakınında gribe tanık olan kişiler olduğunu görmüşlerdir. Yani bireyler, hastalık ile ilgili deneyimlerine göre sağduyulu inançlar geliştirmiş ve bu inançlarıyla uyumlu olacak şekilde algı ve eylemlerinde değişiklikler yapmışlardır (akt. Leventhal ve ark., 2016).

Sağduyu modeli, hastalık ile ilgili bilişsel temsilleri derecelendirmek amacı ile kullanılan ölçme araçlarının geliştirilmesinde benimsenmiş ve bu bilişlerin, hastalıkla başa çıkma stratejilerini ve hastalığın sonuçlarını nasıl etkilediğini değerlendirmek amacı ile kullanılmıştır. Bu modele göre, hastalık ile ilgili bilişsel temsiller beş boyutta tanımlanmaktadır (Hagger ve Orbell, 2003). Bu boyutlar;

1. Kimlik,
2. Nedenler
3. Süre
4. Kontrol/ tedavi
5. Sonuçlardır.

Zaman içerisinde konu ile ilgili yapılan çalışmalarda ise, iki ek boyuttan daha söz edilmiştir (Moss-Morris ve ark., 2002). Bu boyutlar ise;

6. Duygusal temsiller ve
7. Tutarlılıktır.

Sağduyu modeli insanı, günlük yaşamındaki deneyimlerinden çıkarım yapan ve aklını kullanarak harekete geçen etkin bir varlık olarak kabul etmektedir (akt. Leventhal ve ark., 2016). Bu doğrultuda; hastalık tanısı almış bir kişinin hastalığını veya hastalığını anlamlandırma sürecine etki eden etkenleri, hastalığı ile ilgili sahip olduğu bilgilerin hastalığa dair bakış açısını oluşturmak üzere nasıl bütünleştirildiğini ve bu bakış açısının, başa çıkma davranışlarına ve hastalığın sonuçlarına ne şekilde yön verdiğini açıklamaktadır (Hagger ve Orbell, 2003).

Modele göre, kişi hastalığı ile ilgili tehdit edici olarak algıladığı etkenlere karşı üç şekilde yanıt verir;

1. Hastalık temsilleri
2. Başa çıkma
3. Ön görme

Birinci aşamada, içsel veya dışsal uyaranları değerlendiren birey, hastalığı bir tehdit imgesi olarak görür. Bilişsel etkenler ve hastalık ile ilgili uyaranlara verilen duygusal tepkiler, hastalık temsillerini oluşturur. Bu temsiller ikinci aşamaya geçişte yön göstericidirler.

İkinci aşama, problem ve duygularla başa çıkma stratejilerini içeren eylem planlarından oluşmaktadır. Başa çıkma, hastalığın yönetilmesi ve hastalıkla başa çıkmak amacıyla gerçeleştirilen eylem planlarının geliştirilmesini içerir.

Üçüncü aşamada ise birey, problemin nasıl tanımlanacağı veya sunulacağına dayanan başarılı başa çıkma yöntemleri ile ilgili spesifik ölçütleri; eyleme geçmek için sahip olduğu yetileri ve bu yetilerin istediği sonuçlar üzerindeki olası etkilerini öngörmeye çalışır.

#### *2.4.3.2. Açıklayıcı Model*

Açıklayıcı modeller Arthur Kleinman'ın gerçeleştirirdiği çalışmaları sonucunda, ruhsal bozukluklar ile ilişkilendirilmiştir.

Kleinman, hastalığın anlaşılmasında profesyonel olan ve olmayanların genellikle uyuşmadığını fark etmiştir. Kleinman klinisyenlerin, hastalarının açıklayıcı modellerini ortaya koyabildiklerinde; patofizyoloji, semptomların başlama şekli ve zamanı, hastalığın gidişi, hastalığın etiyolojisi ve tedavisi ile ilgili diğer yaklaşımlara yönelik daha geniş çerçevede bir iç görü kazanacaklarını belirtmiştir (Kleinman, 1988).

Hastalık algısı, bireylerin tedaviye uyum gibi hastalık ile ilgili davranışlarını ve hastalık ile baş edebilme yetilerini belirlemede önemli bir role sahiptir. Literatürde, hastalık algısının bireyin bakım ve tedavisi üzerinde etkili olduğundan bahsedilmektedir. Frostholm ve arkadaşları (2005) hastaların hastalık algısının, temel sağlık hizmetlerini kullanmaları üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmaları;

hastalıklarının nedenlerini stres, psikososyal ve yaşam şekli gibi faktörler ile ilişkilendirenlerin, daha fazla semptom yaşayanların ve hastalığının uzun sürede iyileşeceğine ve ciddi sonuçları olacağına yönelik inancı olanların; primer sağlık bakım merkezlerini daha fazla kullandıklarını belirtmişlerdir.

#### **2.4.4. Olumsuz Hastalık Algısı ve Bipolar Bozukluk**

Kişinin, hastalığı hakkındaki temsil ve inanışlarına karşılık gelen hastalık algısı kavramı bugüne dek farklı örneklemeleri kapsayan pek çok çalışmada ele alınmıştır. Bu çalışmalar arasında psikiyatrik hastalıklara sahip örneklemelerde yapılan araştırmalar da yer almaktadır. Bu başlık altında BPB ve diğer psikiyatrik hastalıklarda olumsuz hastalık algısını inceleyen çalışmalara değinilecektir.

Averous ve arkadaşları 2018 yılında BPB tanısı almış 38 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında hastalık algısı ve tedavi uyumu arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Bu araştırmanın verileri Şizofreni için Hastalık Algısı Ölçeği ile elde edilmiş, kimlik bileşeni analize dahil edilmemiştir. Çalışma sonucunda; BPB’u olan hastalarda olumsuz hastalık algısı daha düşük tedavi uyumu ile ilişkili bulunmuştur. Benzer başka bir çalışmada, BPB’u olan 35 hastadan oluşan bir örnekleme hastalık algısının ilaç tedavisine uyum üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bunun sonucunda, ilaç tedavisine uyumu olmayan grubun, hastalıklarını daha fazla kronik algıladığı ve hastalığın daha fazla olumsuz sonuca neden olduğuna inandığı bulunmuştur (Hou ve ark., 2010).

Lin ve arkadaşlarının, 2020 yılında BPB ‘u olan 134 hasta gerçekleştirdikleri çalışmalarında, hastalık algısı ve sosyal ritim stabilitesinin duygudurum semptomlarının şiddeti ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışma sonucunda, olumsuz hastalık algısı daha fazla duygudurum semptomu ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca hastalık üzerinde algılanan kişisel kontrolün, duygudurum semptomlarının şiddeti ile en fazla ilişkili bileşen olduğu saptanmıştır.

Dodd ve arkadaşlarının (2017), BPB tanısı olan 87 katılımcı ile gerçekleştirdikleri kesitsel çevrimiçi anket çalışmalarında olumsuz hastalık algısı; daha az iyileşme ve daha yüksek depresyon düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmadan elde edilen, BPB hastalarında olumsuz hastalık algısı ve daha yüksek depresyon düzeyinin ilişkili olduğu bulgusunu destekleyen farklı çalışmalar da vardır.

Bunlardan ilki, Lobban ve arkadaşları tarafından 2013 yılında, BPB’u olan 91 hastadan oluşan bir örnekleme yapılmış çalışmadır. Bu çalışmanın verileri elde edilirken, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği’nde “hastalık” kavramı “duygudurum değişimleri” kavramı ile değiştirilerek BPB’a göre uyarlanmıştır. Çalışma sonucunda; kimlik, sonuçlar ve endişe alanlarında olumsuz hastalık algısının relaps riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen başka bir bulguya göre de; hastalığın sonuçlarını daha olumsuz ve hastalık üzerindeki kişisel kontrolü daha düşük algılıyor olmak, daha yüksek depresyon düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur.

Diğer çalışma ise, Berk ve arkadaşlarının (2013), BPB’ta hastanın rolü, hastalık bilişleri ve sonuçlarını incelemek üzere BPB-I veya şizoaffektif bozukluk tanısı olan 89 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmalarıdır. Çalışmanın sonucuna göre hastalık ile ilgili olumsuz bilişler; daha şiddetli depresyon, genel sağlığın daha fazla kötüleşmesi, daha kötü işlevsellik düzeyi, daha düşük düzeyde umut, daha az sosyal destek ve daha düşük benlik saygısı ile ilişkili bulunmuştur.

Konu ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmalar da bulunmaktadır. Ünal ve arkadaşlarının (2022) BPB tanısı olan 157 katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmasında, hastalık algısının özyeterlilik ve stresle başa çıkma tarzları ile ilişkisi incelenmiş ve olumsuz hastalık algısının düşük özsaygı, daha fazla hastalık epizodu ve daha fazla manik ve depresif epizodla ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca olumsuz hastalık algısı daha yüksek olan kişilerin, stresle başa çıkma tarzlarından planlı problem çözme ile olumlu yeniden değerlendirmeyi daha az; kaçma-kaçınmayı ise daha fazla kullandığı bulunmuştur.

Oflaz ve arkadaşları (2015) ise, bipolar bozukluk tanısı olup tedaviyi bırakan hastalarda, hastalık algısı ile tedaviye devam etmeme arasındaki ilişkiyi incelemek üzere, 39 tedaviyi bırakan hasta ve 39 tedaviye devam eden hastadan oluşan iki grubun sonuçlarını karşılaştırmışlardır. Bu karşılaştırma sonucunda BPB hastaları arasında tedaviye devam edenlerle bırakanlar arasında hastalık sonuçları, tedavi kontrolü, kimlik ve duygusal temsil alanlarında hastalık algısının farklı olduğu bulunmuştur. Buna göre tedaviyi bırakan hastalar, hastalığın yaşamları üzerindeki etkisini ve hastalığa dair gösterdikleri belirtileri daha az, uygulanan tedavilerin hastalıkları üzerindeki kontrolünü ve hastalıklarının kendilerini duygusal olarak etkileme düzeyini ise daha düşük algılamaktadırlar.

Literatürde hastalık algısının farklı psikiyatrik bozukluklar ile olan ilişkisini inceleyen çalışmalar da mevcuttur. Örneğin Subramaniam ve arkadaşları 2018 yılında gerçekleştirdikleri çalışmalarında farklı etnik kültürlere ve farklı ruhsal hastalıklara sahip katılımcılardan oluşan bir örnekleme hastalık algısını incelemiştir. Bu çalışmada yaş, tüm ruhsal hastalık gruplarında olumlu hastalık algısı ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Yaşı daha büyük olan hastaların hastalık algıları daha olumlu olma eğilimindedir. Ayrıca; şizofreni ve diğer psikotik bozukluklara sahip katılımcılar arasından kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde olumlu hastalık algısına sahip oldukları, duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olan katılımcılar arasından daha düşük eğitim seviyesine sahip olanların hastalığı daha az anladıkları ve yine anksiyete bozukluğu olan katılımcılardan daha düşük eğitim seviyesine sahip olanlarının aynı zamanda tedavinin hastalığı kontrol edebilmedeki etkinliğini de daha düşük algıladıkları bulunmuştur.

Baines ve Wittkowski de 2012 yılında, Öz-Düzenleme Modeli'ni kullanarak ruhsal hastalıklarda hastalık algısını inceleyen bir sistematik inceleme çalışması yapmıştır. Bu çalışmada psikoz, bipolar bozukluk, yeme bozuklukları, depresyon ve duygudurum bozukluklarında hastalık algılarını incelemek üzere Hastalık Algısı Anketi ve bu anketin gözden geçirilmiş versiyonunun kullanıldığı 13 niceliksel çalışma incelenmiştir. Bu çalışmada Öz-Düzenleme Modeli'nin bileşenleri büyük ölçüde desteklenmiştir. İncelemenin sonuçlarına göre; ruhsal hastalıklar genellikle ciddi olumsuz sonuçları olan, döngüsel ve kronik özellikli olarak algılanmaktadır. Hastalığın kronikliği, kontrol edilebilirliği ve sonuçlarına yönelik inançlar başa çıkma ve yardım arama davranışları ile ilişkilendirilirken, hizmetlere katılım ve yardım arama davranışı ayrıca hastalığı kavrama düzeyi ile de ilişkili bulunmuştur. Tedavi kontrolüne yönelik inanç ise tedavi uyumu ile bağlantılıdır.

Ruhsal hastalıklarda hastalık algısını inceleyen bir başka sistematik inceleme çalışmasında da, psikoz ve bipolar bozukluk hastalarında hastalık algıları ile sonuçlar arasındaki ilişki ve bu ilişkilerin yönü incelenmiştir. Bunun için çalışmaya, söz konusu değişkenleri içeren 32 araştırma dahil edilmiştir. İncelemede ele alınan sonuçlar arasında psikolojik sıkıntı, iyi oluş, yaşam kalitesi, işlevsellik, pozitif psikoz belirtileri, katılım ve hastalık algılarında zaman içinde meydana gelen değişiklikler yer almaktadır. Araştırma sonucuna göre olumlu hastalık algısının; daha az psikolojik

sıkıntı, daha yüksek düzeyde iyi oluş, daha fazla yaşam kalitesi ve işlevsellik, daha az pozitif kümede yer alan semptom ve BDT veya psikoeğitim müdahalelerine daha fazla katılım ile ilişkili olduğu görülmüştür (Stock, 2020).

## **2.5. Çocukluk Çağı Travmaları, Umutsuzluk ve Olumsuz Hastalık Algısı Arasındaki İlişki**

Çocukluk çağı travmalarının bu yaşantılara maruz kalan kişiler üzerindeki etkileri birçok gelişim alanında yaşam boyu devam edebilmekte ve kişilerde umutsuzluk, çaresizlik, dehşet gibi duygulara neden olarak yaşamlarını zorlaştırabilmektedir. Çocukluk çağı travmalarının bilinen bir etkisi de, bu yaşantılara maruz kalan kişilerde bilişsel çarpıtmalara neden olmasıyla bu kişilerin hem şimdiki hem de gelecekteki yaşamlarındaki algılarını olumsuz yönde değiştirmesidir (Herman, 2016; Taylor ve ark., 2021; Yargıç ve ark., 2012). Bu nedenle çocukluk çağı travmalarının umutsuzluğa karşı bir yatkınlığa neden olduğundan söz edilebilir.

Literatürde çocukluk çağı travmaları ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi inceleyen, farklı örneklerde yapılmış birçok araştırma yer almaktadır. Bu çalışmalar genellikle, artan çocukluk çağı travmalarının daha fazla umutsuzluk ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir (Arslan, 2021; Courtney ve ark., 2008; Çakar ve ark., 2018; Domke ve ark., 2023; Gambaro ve ark., 2020; Gaskin-Wasson ve ark., 2016; Lamis ve ark., 2014; Meadows ve Kaslow, 2002; Özen ve ark., 2007; Palagini ve ark., 2021; Serafini ve ark., 2020; Türkgil, 2021).

Bipolar bozukluk veya depresyon tanısı olan hastalarda çocukluk çağı travmaları ile umutsuzluk arasındaki inceleyen çalışmalardan elde edilen sonuçlar da diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Örneğin, Palagini ve arkadaşlarının (2021) BPB tanısı olan hastalarda erken dönem travmaları, duygudurum, umutsuzluk ve intihar riski arasındaki ilişkiye insomnia belirtilerinin potansiyel katkısını inceledikleri çalışmalarında umutsuzluk, erken dönem travmaları ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Duygudurum bozukluğu olan hastalarda umutsuzluk ve umutsuzlukla ilişkili olabileceği düşünülen faktörleri araştıran bir başka çalışmada da, umutsuzluk ile çocuklukta fiziksel istismar, duygusal istismar ve fiziksel ihmal yaşantıları arasında pozitif ilişkili bulunmuş; katılımcıların bildirdiği travmatik deneyimler arttıkça umutsuzluk düzeyleri yükselmiştir (Serafini ve ark., 2020).

Majör depresyon tanısı alan hastalar ile gerçekleştirilen bir çalışmada umutsuzluk, duygusal ihmal ve duygusal istismar ile pozitif ilişkili bulunmuştur (Arslan, 2021). Bu çalışma ile benzer şekilde, Domke ve arkadaşlarının (2023) depresif dönemdeki psikiyatri hastalarıyla gerçekleştirdikleri çalışmada da çocukluk çağı duygusal istismarı ile umutsuzluk pozitif ilişkili bulunmuştur.

Çocukluk çağı travmalarının bir sonucu olabilen ve kronik psikiyatrik hastalıklarda yoğun görülen semptomlardan biri olan umutsuzluk, hastaların bu süreç ile ilgili baş etme becerilerini, iyilik hallerini, iyileşme süreçlerini ve tedavilerin etkinliğini negatif yönde etkilemektedir (Öz, 2010; Schrank ve ark., 2008). . Umudun varlığı ise tam tersi bir şekilde tedavi sürecine olumlu yönde katkıda bulunmaktadır (Fitzgerald, 1979). Hastaların umut düzeylerinin yüksek oluşunun, tedavi uyumlarının ve yaşam kalitelerinin artışı, hastalığa ilişkin semptomlarının azalması, hastalıklar karşısında depresyon ve anksiyete düzeylerinin azalması, iyileşme sürecinin hızlanması ve baş etme becerilerinin güçlenmesi gibi olumlu çıktılar ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Corrigan ve ark., 2001; Favale ve ark., 2023; Morris ve ark., 2005; Noh ve ark., 2008; Öz, 2010; Palagini ve ark., 2021; Schrank ve ark., 2008; Yılmaz ve ark., 2020). Dolayısıyla umut, sunulan ruh sağlığı hizmetlerinde kritik öneme sahip bir bileşendir. Atfedilen bu önemin gerekçelerinden ilki; umudun, ruhsal bozuklukların üstesinden gelmede merkezi bir rolünün olmasıdır. İkincisi; ruhsal hastalıkların tedavisinde iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyerek hızlandırmasıdır. Üçüncüsü ise; insan adaptasyonunun ve psikoterapötik değişimin merkezinde yer alan bir kavram olarak psikoterapide anahtar bir rol üstlenmesidir (Schrank ve ark., 2008).

Hem fiziksel hem de psikiyatrik kronik hastalıklarda umutsuzluk ile ilişkili olarak ele alınan kavramlardan birisi de “olumsuz hastalık algısıdır”. Hastalık algısı, bir hastalık tanısı almış kişilerin hastalığa yüklediği anlam, hastalığın ortaya çıkışına dair atfettikleri nedenler, hastalığı ne ölçüde kontrol edilebilir algıladıkları ve yaşamlarını ne kadar etkileyeceğini düşündükleri gibi nitelikleri ifade etmektedir (Leventhal ve ark., 1998). Dolayısıyla hastaların bu bileşenlere yönelik sahip olduğu negatif temsiller olumsuz hastalık algılarını oluşturmaktadır.

Hem ülkemizde hem de dünyada umutsuzluk ve hastalık algısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda araştırma bulunmakla birlikte bu çalışmaların, esasen hastalık algısı ile ilgili birçok çalışmada olduğu gibi, ağırlıklı olarak fiziksel hastalığı olan

kişilerle gerçekleştirildiği görülmektedir. Literatürde yer alan bahsi geçen bu çalışmalarda; umutsuzluk ve olumsuz hastalık algısının birbiriyle ilişkili olduğundan, kişilerin umutsuzluk düzeyleri arttıkça hastalığa ilişkin daha olumsuz bir algı bildirdiklerinden söz edilmektedir (Cengiz ve Sarıtaş, 2019; Demir ve Demir, 2022; Gökler-Danışman ve ark., 2017; Igrutinović ve ark., 2022; Kayış, 2009; Mollaoğlu ve ark., 2016; Nehir ve ark., 2019; Oktay, 2011). Berk ve arkadaşlarının (2013) bipolar I ve şizoaffektif bozukluk tanısı olan hastalardan oluşan bir örneklem ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında da umutsuzluk, olumsuz hastalık bilişleri ile ilişkili bulunmuştur. Katılımcıların umutsuzluk düzeyleri yükseldikçe hastalığa yönelik olumsuz bilişleri de artmıştır.

Bipolar bozukluğu olan hastalar, özellikle hastalığın atak dönemlerinde iş hayatları, sosyal yaşamları, aile yaşamları ve genel işlevselliklerinin olumsuz etkilenmesi gibi nedenlerle umutsuz hissedebilmektedir. Hissettikleri umutsuzluğun, hastalıkla pozitif baş etme becerilerini ve iyileşme süreçlerini negatif yönde etkileyebileceği ve bu nedene hastalığa ilişkin temsillerinin de olumsuz nitelikte olabileceği düşünülebilir. Bipolar bozukluğu olan hastalarda olumsuz hastalık algısının daha fazla semptom şiddeti, daha düşük tedavi uyumu, daha kötü genel işlevsellik ve daha yüksek relaps riski gibi sonuçlar ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Averous ve ark., 2018; Berk ve ark., 2013; Dodd ve ark., 2017; Lin ve ark., 2020; Lobban ve ark., 2013). Buna göre bipolar bozukluğu olan bireylerin, hastalığa ilişkin algıları olumsuzlaştıkça tedavilerinin etkinliğinin azaldığı ve yaşam kaliteleri ile işlevsellikleriyle ilgili ciddi kayıplar yaşadıkları düşünülebilir.

Araştırmamızın değişkenleri arasındaki ilişkiler bir bütün olarak değerlendirildiğinde, bu çalışmanın temel sorusu “Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda umutsuzluk çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkiye aracılık etmekte midir?” olarak belirlenmiştir. Bipolar bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travmalarının umutsuzluğa karşı bir yatkınlık yaratacağı, artan umutsuzluğun ise hastalık sürecini negatif etkilemesi ile birlikte hastalığa ilişkin daha olumsuz bir algının ortaya çıkmasına neden olacağı düşünülmektedir. Araştırma sorusu, bu çalışmada aracılık modeli ile ele alınacak olup, kişilerin özbildirimlerine dayanan veri toplama araçları ile elde edilecek verilerin analizi ile cevaplandırılacaktır. Çalışmamızın metodolojisine ilişkin bilgiler “Yöntem” bölümünde sunulmuştur.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışmada; değişkenler arası ilişkilerin varlığını ve ne yönde bir ilişkinin söz konusu olduğunu saptamayı amaçlayan bir tarama modeli olan “ilişkisel tarama modeli” kullanılmıştır. Nicel araştırma yöntemlerinden biri olan bu model, araştırmalarda iki ya da daha fazla değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kullanılır (Karasar, 2023).

Araştırmanın deseni ise “kesitsel desendir”. Kesitsel desende, araştırma evreninden eşzamanlı olarak bir veya daha fazla örneklem seçilir ve araştırma problemi bu örneklemelerde çalışılır. Kesitsel desen, evrenin özelliklerini veya iki ya da daha fazla evren arasındaki farkları betimlemeye imkan sağlar. Kesitsel desen ile elde edilen korelasyonel bulgular araştırmacının tahmin yapmasını mümkün kılar (Shaughnessy ve ark., 2018).

Aracılık ilişkileri ise; Preacher ve Hayes (2004)’in geliştirmiş olduğu PROCESS yaklaşımı kullanılarak incelenmiştir. Aracılık modeli, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin bir üçüncü değişken aracılığıyla açıklanması olarak tanımlanmaktadır (Field, 2018). Söz konusu modele göre; bağımsız değişken, bağımlı değişkeni direkt olarak etkilemekle birlikte aralarındaki bu ilişki de bir aracı tarafından etkilenmektedir (Hayes, 2017). Başka bir deyişle, PROCESS yaklaşımında temel amaç değişkenler arasında bulunan doğrudan ve dolaylı ilişkilerin incelenmesi ve kısmi ya da tam aracılık etkisinin varlığına bakılmasıdır. Bu çalışmada aracılık ilişkisi, model 4 kullanılarak analiz edilmiştir.

#### 3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni bipolar bozukluk tanısı olan remisyon dönemindeki hastalardır. Araştırma örnekleme, “kolaylıkla bulunabileni örnekleme (convenience sampling)” yöntemi ile belirlenmiştir. Kolaylıkla bulunabileni örnekleme yöntemi; yakın çevrede bulunan ve ulaşılması kolay, araştırmaya katılmak isteyen (gönüllü) bireyler üzerinde yapılan örneklemedir (Erkuş, 2013). Bu doğrultuda araştırma, aynı ilde bulunan iki farklı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)’ne kayıtlı BPB tanısı olan katılımcılar ile gerçekleştirilmiştir.

G-Power 3.1 kullanılarak %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile etki büyüklüğü 0.15 olmak koşuluyla yapılan F-tests (Linear Multiple Regression: Fixed Model, R2 increase) analizine göre araştırmaya dahil edilmesi gereken minimum katılımcı sayısı 107 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya toplamda 459 hasta arasından 230 kişi davet edilmiştir, BPB tanısı olan 124 hasta gönüllü olarak katılım göstermiş, çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılamayan (bipolar bozukluk tanısı almanın üzerinden geçen sürenin 1 yıldan az olması ve 65 yaşın üzerinde olmak) 3 kişi çalışma dışında tutulmuştur. Bu doğrultuda araştırmanın örneklemini BPB tanısı almış ve remisyonda olan, 18- 65 yaş aralığındaki 121 (65 kadın, 56 erkek) katılımcı oluşturmaktadır.

### **3.2.1. Çalışmaya dahil olma kriterleri**

- 18-65 yaş aralığında bulunmak,
- En az 1 yıldır bipolar bozukluk tanısı ile takip ediliyor olmak,
- En az 2 aydır remisyonda olmak,
- Bipolar bozukluk haricinde eşlik eden herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığın bulunmaması,
- Eşlik eden nörodejenaratif bozukluğun bulunmaması,
- Aktif alkol ve madde kötüye kullanımının bulunmaması ve
- Okur-yazar olmak.

### **3.2.2. Çalışmadan hariç tutulma kriterleri**

- 18 yaşından küçük veya 65 yaşından büyük olmak,
- Bipolar bozukluk tanısı almanın üzerinden geçen sürenin 1 yıldan az olması,
- Remisyon döneminde olmamak,
- Bipolar bozukluk haricinde eşlik eden bir psikiyatrik rahatsızlığın bulunması,
- Eşlik eden nörodejenaratif bozukluğun bulunması,
- Aktif alkol ve madde kötüye kullanımının bulunması ve
- Okuma- yazma bilmiyor olmak.

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada BPB tanısı olan hastalarda çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkide umutsuzluğun aracı rolünü incelemek amacıyla; Bilgilendirilmiş Onam Formu, Demografik Bilgi Formu (DBF), Çocukluk Çağı

Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (ÇÇOYÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) kullanılmıştır.

### **3.3.1. Demografik Bilgi Formu (DBF)**

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan form katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, herhangi bir işte çalışıp çalışmadığı, medeni durumu, sosyoekonomik düzeyi, alkol, madde, sigara kullanım öyküsünün olup olmadığı gibi sosyodemografik sorular ile; ek psikiyatrik ve fiziksel hastalıklarının varlığı, ilaç kullanımının durumu, ailesindeki psikiyatrik ve fiziksel hastalık öyküsünün varlığı, hastalığın (bipolar bozukluk) süresi, yatış öyküsü, intihar girişimi ve kendine zarar verici davranış öyküsü ve hastalığın (bipolar bozukluk) psikotik özellikler gösterip göstermediği gibi hastalığa ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Formun örneği, Ek-B’de sunulmuştur.

### **3.3.2. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (ÇÇOYÖ)**

Çocukluk çağında deneyimlenen olumsuz yaşantıları ölçmek amacıyla 1997 yılında Kaiser Permanente ve ABD Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi tarafından yapılan çalışmalar sonrasında geliştirilmiştir. Ulukal ve arkadaşları (2013) tarafından ise Türkçeye çevrilerek uyarlanmıştır (Gündüz ve ark., 2018).

Kişilerin 18 yaş öncesinde maruz kaldığı olumsuz yaşantıları sorgulamaya yönelik 10 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Sorular yalnızca “evet” seçeneğini içermekte, aksi halde boş bırakılmaktadır. Herhangi bir kesme puanı olmayan ölçeğin her bir maddesi 1 puan olup; ölçekten alınan toplam puanlar 0-10 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar çocukluk çağında maruz kalınan daha fazla olumsuz yaşantının varlığına işaret etmektedir.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gündüz ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmıştır. Yapılan bu geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0.74 olarak bulunmuştur. (Gündüz ve ark., 2018). Yapılan güvenilirlik analizine göre, ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach alfa kat sayısı ise 0.62 olarak hesaplanmıştır. Formun örneği, Ek-C’de sunulmuştur.

### **3.3.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)**

Kişilerin geleceğe dair olumsuz beklentilerini değerlendirmek amacıyla Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Türkçe çevirisi Seber (1991) tarafından yapılmıştır (Seber ve ark., 1993).

20 maddeden oluşan ölçeğin maddeleri “evet” ve “hayır” seçeneklerinden birinin seçilmesi ile cevaplanmaktadır. Ölçek; “gelecek ile ilgili duygular”, “gelecek ile ilgili beklentiler” ve “motivasyon kaybı” olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 20’dir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin umutsuzluk düzeyinin de arttığı kabul edilir.

Ölçeğin çeviri çalışmasında Türkçe formunun Cronbach alfa kat sayısı 0.86 olarak bulunmuştur (Seber ve ark., 1993). Yapılan güvenilirlik analizine göre, ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach alfa kat sayısı 0.91 olarak hesaplanmıştır. Alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa kat sayıları ise sırasıyla; “gelecek ile ilgili duygular” alt boyutu için 0.90, “gelecek ile ilgili beklentiler” alt boyutu için 0.72 ve “motivasyon kaybı” alt boyutu için 0.74 bulunmuştur. Formun örneği, Ek-D’de sunulmuştur.

#### **3.3.4. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ)**

Broadbent ve arkadaşları tarafından kişilerin hastalıkları hakkındaki algılarını ölçmek amacıyla 2006 yılında geliştirilmiştir (Karataş ve ark., 2017). Ölçeğin orijinali 9 maddeden oluşmaktadır. Türkçe uyarlaması ise Oflaz ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılmıştır (Oflaz ve ark., 2015).

Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanmış hali yedi madde ve nedensel faktörlerin sorgulandığı ilave bir maddeden oluşmaktadır. Hastalık sürecinin sorgulandığı madde Türkçe uyarlamasına dahil edilmemiştir. Hastalığın nedensel faktörlerinin sorgulandığı 8. Madde dışında kalan diğer 7 madde, 0-10 arasında likert tipi bir puanlama cetveline sahiptir. Ölçeği değerlendirirken tüm ölçek puanının hesaplanması, hastalığın ne kadar tehdit edici ya da kişinin rahat olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça, kişinin hastalığa yönelik tehdit algısı da artmaktadır. Ölçekten toplam puan alınabildiği gibi alt ölçeklerin ayrı ayrı değerlendirilmesi de yapılabilmektedir. Ölçek, bilişsel hastalık temsilleri ve duygusal hastalık temsilleri olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bilişsel hastalık temsillerini 2 (kişisel kontrol), 3 (tedavi kontrolü), ve 6 (hastalık anlaşılabilirliği) numaralı maddeler ölçmektedir. Duygusal hastalık temsillerini ise 1 (sonuçlar), 4 (hastalık kimliği), 5 (endişe), ve 7 (duygudurum) numaralı maddeler ölçmektedir. Bu maddelerin yanı sıra, hastalığa neden olduğu düşünülen en önemli üç nedenin açık uçlu olarak sorulduğu en son bölüm yer almaktadır. Ölçek skorunun hesaplanması için 2,3 ve 6. maddeler ters çevrilir ve 1,4,5,7’ ye eklenir. (Karataş ve ark., 2017).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Karataş, Özen ve Kutlutürkan tarafından kanser hastalarından oluşan bir örneklem ile yapılmıştır ve Cronbach alfa katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur (Karataş ve ark., 2017). Yapılan güvenilirlik analizine göre, ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach alfa kat sayısı ise 0.86 olarak hesaplanmıştır. Formun örneği, Ek-E’de sunulmuştur.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurulu ve ardından çalışmanın gerçekleştirildiği ilin İl Sağlık Müdürlüğü’nden alınan izin sonrasında toplanmaya başlanmıştır. Katılımcılara aynı ilde yer alan iki farklı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi aracılığıyla ulaşılmıştır. Verilen Bilgilendirilmiş Onam Formunun ardından gönüllü katılım sağlayan katılımcılar; Demografik Bilgi Formu (DBF), Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ), Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (ÇÇOYÖ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)’nde yer alan soruları cevaplamışlardır. Katılımcılara çalışmanın gönüllülük esasına dayandığı ve istedikleri zaman anketleri doldurmayı bırakabilecekleri bilgisi verilmiştir. Etik Kurul Onay yazısı EK-F’de; İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni ise EK-G’de yer almaktadır.

### **3.5. Verilerin Analizi**

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ve analizinde IBM SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 26.0 programı kullanılmıştır. Karşılaştırma testlerinin uygunluğu için normallik sınaması yapılmıştır. Normallik sınaması için ölçek puan ortalamalarının çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Araştırmada anlamlılık düzeyi 0.05 ve 0.001 düzeyinde alınmıştır. Sosyodemografik değişkenler bakımından bipolar bozukluk tanısı almış bireylerde umutsuzluk, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ve hastalık algısı puanlarının karşılaştırılması için, örneklem sayısı sebebiyle parametrik ve parametrik olmayan ölçümler tercih edilmiştir. İkili grupların karşılaştırılması için bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. İkidenden fazla grup içeren eğitim düzeyi değişkeniyle yapılan karşılaştırmalar için tek yönlü ANOVA uygulanmıştır. Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerde umutsuzluk, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ve hastalık algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi için Pearson korelasyonu uygulanmıştır. Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerde çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının hastalık algısıyla ilişkisinde umutsuzluğun aracı rolünün incelenmesi için PROCESS macro eklentisi kullanılarak

aracı rol analizi yapılmıştır. Tek aracı değişken modeli olarak dördüncü model seçilmiştir.



## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde bipolar bozukluk tanısı olan hastaların çocukluk çağı travma yaşantıları, umutsuzluk düzeyleri ve hastalık algısı düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgulara ve katılımcıların sosyodemografik bilgilerine yer verilmiştir.

#### 4.1. Betimleyici İstatistikler

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin betimleyici bulguları için frekans dağılımları Tablo 1'de verilmiştir. Ayrıca, ölçek puanlarının betimleyici istatistiklerinde puan ortalaması, standart sapma, çarpıklık ve basıklık değerleri verilmiştir.

**Tablo 4.1. Sosyodemografik değişkenlerin betimleyici istatistikleri**

<i>Sosyodemografik değişkenler</i>	<i>Gruplar</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Cinsiyet	Kadın	65	53.7
	Erkek	56	46.3
Eğitim düzeyi	İlkokul	21	17.4
	Ortaokul	36	29.8
	Lise	37	30.6
	Üniversite ve üstü	27	22.3
Medeni durum	Evli	51	42.8
	Bekar	70	57.2
Kiminle yaşıyor	Yalnız	16	13.2
	Ailesi ile	104	86.0
	Arkadaşları ile	1	.8
Çalışma durumu	Çalışıyor	37	30.6
	Çalışmıyor	84	69.4
Gelir düzeyi	0-8500	20	16.5
	8500-20000	77	63.6
	20000 ve üzeri	24	19.8

Ailede psikiyatrik hastalık	Var	69	57.0
	Yok	52	43.0
Kronik hastalık	Var	43	35.5
	Yok	78	64.5
Ailede kronik hastalık	Var	91	75.2
	Yok	30	24.8
Sigara kullanım öyküsü	Var	76	62.8
	Yok	45	37.2
Alkol kullanım öyküsü	Var	11	9.1
	Yok	110	90.9
Madde öyküsü	Var	2	1.7
	Yok	119	98.3
Hastane yatışı	Var	104	86.0
	Yok	17	14.0
İntihar girişimi öyküsü	Var	30	24.8
	Yok	91	75.2
Ailede intihar girişimi öyküsü	Var	19	15.7
	Yok	102	84.3
Kendine zarar verme davranışı	Var	8	6.6
	Yok	113	93.4
EKT öyküsü	Var	34	28.1
	Yok	87	71.9
Mevcut psikotik semptom	Var	2	1.7
	Yok	119	98.3
Geçmiş psikotik semptom	Var	55	45.5
	Yok	66	54.5
	<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.1’de sosyodemografik değişkenlerin frekans dağılımı incelendiğinde, 121 katılımcının %53.7’si kadın ve %46.3’ü erkektir. Eğitim düzeyine göre, ilkökul %17.4; ortaokul %29.8; lise %30.6 ve üniversite ve üstü %22.3 oranındadır. Evli katılımcılar %42.8 ve bekar katılımcılar %57.2 oranındadır. Yalnız yaşayanlar %13.2;

ailesiyle yaşayanlar %86.0 ve arkadaşlarıyla yaşayanlar %0.8 oranındadır. Çalışanlar %30.6 ve çalışmayanlar %69.4 oranındadır. Gelir düzeyine göre 8500 lira ve altı %16.5; 8500-20000 lira arası %63.6 ve 20000 lira üzeri %19.8 oranındadır. Ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü bulunan %57.0 oranında katılımcı bulunmaktadır. Kronik hastalık öyküsü bulunan %35.5 oranında katılımcı bulunmaktadır. Ailesinde kronik hastalık öyküsü bulunan %75.2 oranında katılımcı bulunmaktadır. Sigara kullandığını belirten katılımcıların oranı %62.8, alkol kullandığını belirten %9.1 ve madde kullandığını belirten %1.7 oranında katılımcı bulunmaktadır. Hastane yatışı olduğunu belirten katılımcıların oranı %86.0'dır. İntihar girişimi öyküsü olan %24.8 oranında katılımcı bulunmaktadır. Ailesinde intihar girişimi öyküsü bulunan %15.7 oranında katılımcı bulunmaktadır. Kendine zarar verme davranışı olduğunu belirten katılımcıların oranı %6.6'dır. EKT öyküsü bildiren katılımcıların oranı %28.1'dir. Şu an psikotik semptomu olduğunu belirten %1.7 oranında katılımcı bulunmaktadır. Geçmişte psikotik semptomu olduğunu belirten katılımcıların oranı %45.5 olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve bipolar bozukluk tanısına ilişkin değişkenlerin ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık değerlerinin betimleyici istatistikleri**

<i>Değişkenler</i>	$\bar{X}$	<i>N</i>	<i>Ss</i>	<i>Çarpıklık</i>	<i>Basıklık</i>
Yaş	41.25	121	10.566	.175	-.811
Hastalık süresi	14.85	121	9.429	.868	.346
Hastanede yatış sayısı	2.70	104	2.977	3.932	19.890
İntihar girişimi sayısı	1.80	30	1.827	3.516	14.340
EKT sayısı	1.54	33	.832	2.441	8.395
ÇÇOYÖ Toplam	2.21	121	1.924	.609	-.643
BUÖ Toplam	6.99	121	5.577	.867	-.574
BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	2.14	121	2.063	.596	-1.028
BUÖ Motivasyon Kaybı	1.98	121	1.725	1.387	.899
BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	3.18	121	1.678	.299	-1.092

KHAÖ Toplam	27.00	121	11.347	.293	-.753
KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	13.02	121	6.276	.392	-.766
KHAÖ Duygusal Hastalık Temsilleri	13.98	121	6.296	.379	-.631

*BUÖ=Beck Umutsuzluk Ölçeği, ÇÇOYÖ=Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, KHAÖ=Kısa Hastalık Algısı Ölçeği*

Tablo 4.2’de araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının ortalama değerlerine ilişkin betimleyici istatistikler verilmiştir. Normallik sınaması için, ortalama değerlerin çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Tabachnick ve Fidell (2017) tarafından önerilen  $\pm 1.5$  aralığında olduğu saptanan değerler doğrultusunda, bu çalışma için parametrik testlerin yapılması uygun bulunmuştur.

#### **4.2. Sosyodemografik Değişkenlere Göre Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Karşılaştırılması**

Sosyodemografik değişkenler bakımından bipolar bozukluk tanısı almış bireylerde Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden alınan puanların karşılaştırılması için, örneklem sayısı sebebiyle parametrik ve parametrik olmayan ölçümler tercih edilmiştir. İkili grupların karşılaştırılması için bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. İki den fazla grup içeren eğitim düzeyi değişkeniyle yapılan karşılaştırmalar için tek yönlü ANOVA uygulanmıştır.

**Tablo 4.3. Cinsiyet değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları**

Değişkenler	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	Ss	t	p
ÇÇOYÖ Toplam	Kadın	65	2.29	2.013	.475	.635
	Erkek	56	2.13	1.830		

BUÖ Toplam	Kadın	65	5.29	4.354	-3.809	.000**
	Erkek	56	8.96	6.200		
BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	Kadın	65	1.43	1.667	-4.375	.000**
	Erkek	56	2.96	2.182		
BUÖ Motivasyon Kaybı	Kadın	65	1.63	1.398	-2.414	.017*
	Erkek	56	2.38	1.978		
BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	Kadın	65	2.78	1.484	-2.889	.005*
	Erkek	56	3.64	1.783		
KHAÖ Toplam	Kadın	65	26.51	11.497	-.513	.609
	Erkek	56	27.57	11.246		
KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	Kadın	65	12.35	5.991	-1.270	.207
	Erkek	56	13.80	6.560		
KHAÖ Duygusal Hastalık Temsilleri	Kadın	65	14.15	6.810	.335	.738
	Erkek	56	13.77	5.695		

\*\* $p < 0.001$  \* $p < 0.05$ ; BUÖ=Beck Umutsuzluk Ölçeği, ÇÇOYÖ=Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, KHAÖ=Kısa Hastalık Algısı Ölçeği

Tablo 4.3'te cinsiyet değişkeni bakımından bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, BUÖ toplam puanı kadın ve erkek katılımcılarda anlamlı farklılık göstermektedir ( $t = -3.80$ ;  $p < 0.001$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış erkek katılımcıların umutsuzluk puanları kadın katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. BUÖ gelecekle ilgili duygular alt boyutunun cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $t = -4.37$ ;  $p < 0.001$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış erkek katılımcıların BUÖ gelecekle ilgili duygular alt boyut puanları kadın katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. BUÖ motivasyon kaybı alt boyutunun cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $t = -2.41$ ;  $p < 0.05$ ). Bulgulara göre,

bipolar bozukluk tanısı almış erkek katılımcıların BUÖ motivasyon kaybı alt boyut puanları kadın katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. BUÖ gelecekle ilgili beklentiler alt boyutunun cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $t=-2.88$ ;  $p<0.01$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış erkek katılımcıların BUÖ gelecekle ilgili beklentiler alt boyut puanları kadın katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. ÇÇÖYÖ ve KHAÖ puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur.

**Tablo 4.4. Eğitim düzeyi değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin tek yönlü ANOVA bulguları**

Ölçekler	Eğitim düzeyi	N	$\bar{X}$	Std. Sapma	F	sd	p	Post Hoc
ÇÇÖYÖ Toplam	İlkokul	21	2.24	1.947				
	Ortaokul	36	2.25	1.873	.974	3/117	.408	
	Lise	37	1.84	1.756				
	Üniversite ve üstü	27	2.67	2.184				
	Toplam	121	2.21	1.924				
BUÖ Toplam	İlkokul	21	6.57	4.895				
	Ortaokul	36	8.14	6.791	.762	3/117	.517	
	Lise	37	6.27	4.647				
	Üniversite ve üstü	27	6.78	5.515				
	Toplam	121	6.99	5.577				
BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	İlkokul	21	2.24	1.972				
	Ortaokul	36	2.33	2.426	.339	3/117	.797	
	Lise	37	1.86	1.735				
	Üniversite ve üstü	27	2.19	2.095				
	Toplam	121	2.14	2.063				
BUÖ Motivasyon Kaybı	İlkokul	21	1.57	1.469				
	Ortaokul	36	2.58	2.089	2.261	3/117	.085	
	Lise	37	1.76	1.383				
	Üniversite ve üstü	27	1.78	1.672				

	Toplam	121	1.98	1.725			
BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	İlkokul	21	3.05	1.532			
	Ortaokul	36	3.42	1.826	.334	3/117	.800
	Lise	37	3.08	1.656			
	Üniversite ve üstü	27	3.11	1.672			
	Toplam	121	3.18	1.678			
KHAÖ Toplam	İlkokul	21	22.81	10.680			
	Ortaokul	36	28.83	10.135	2.057	3/117	.110
	Lise	37	25.57	10.933			
	Üniversite ve üstü	27	29.78	13.151			
	Toplam	121	27.00	11.347			
KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	İlkokul	21	12.00	6.140			
	Ortaokul	36	14.42	5.448	.967	3/117	.411
	Lise	37	12.24	6.635			
	Üniversite ve üstü	27	13.04	6.892			
	Toplam	121	13.02	6.276			
KHAÖ Duygusal Hastalık Temsilleri	İlkokul	21	10.81	5.036			
	Ortaokul	36	14.42	5.266	3.972	3/117	.010* 4>1
	Lise	37	13.32	5.803			
	Üniversite ve üstü	27	16.74	7.911			
	Toplam	121	13.98	6.296			

*\*\*p<0.001 \*p<0.05; BUÖ=Beck Umutsuzluk Ölçeği, ÇÇOYÖ=Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, KHAÖ=Kısa Hastalık Algısı Ölçeği*

Tablo 4.4'te eğitim düzeyi değişkeni bakımından bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması için yapılan tek yönlü ANOVA bulgularına göre, KHAÖ duygusal hastalık temsilleri puanları eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir [ $F(3/117)=3.97$ ;  $p<0.05$ ]. Farkın kaynağını saptamak için yapılan Post hoc Scheffe Testi bulgularına göre, üniversite ve üzeri mezuniyeti olan bipolar bozukluk tanısı almış katılımcıların duygusal hastalık temsilleri puanları ilköğretim mezunlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. ÇÇOYÖ ve BUÖ'den alınan puanların eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.5. Medeni durum değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları**

Değişkenler	Medeni durum	N	$\bar{X}$	Std. Sapma	t	p																																																															
ÇÇOYÖ Toplam	Evli	51	2.14	1.800	-.377	.707																																																															
	Bekar	70	2.27	2.021			BUÖ Toplam	Evli	51	6.78	5.981	-.348	.729	Bekar	70	7.14	5.303	BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	Evli	51	1.96	2.218	-.817	.416	Bekar	70	2.27	1.948	BUÖ Motivasyon Kaybı	Evli	51	2.10	1.847	.667	.506	Bekar	70	1.89	1.638	BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	Evli	51	3.08	1.683	-.577	.565	Bekar	70	3.26	1.683	KHAÖ Toplam	Evli	51	25.53	10.889	-1.219	.225	Bekar	70	28.07	11.629	KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	Evli	51	12.22	6.100	-1.213	.228	Bekar
BUÖ Toplam	Evli	51	6.78	5.981	-.348	.729																																																															
	Bekar	70	7.14	5.303			BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	Evli	51	1.96	2.218	-.817	.416	Bekar	70	2.27	1.948	BUÖ Motivasyon Kaybı	Evli	51	2.10	1.847	.667	.506	Bekar	70	1.89	1.638	BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	Evli	51	3.08	1.683	-.577	.565	Bekar	70	3.26	1.683	KHAÖ Toplam	Evli	51	25.53	10.889	-1.219	.225	Bekar	70	28.07	11.629	KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	Evli	51	12.22	6.100	-1.213	.228	Bekar	70	13.61	6.380								
BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	Evli	51	1.96	2.218	-.817	.416																																																															
	Bekar	70	2.27	1.948			BUÖ Motivasyon Kaybı	Evli	51	2.10	1.847	.667	.506	Bekar	70	1.89	1.638	BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	Evli	51	3.08	1.683	-.577	.565	Bekar	70	3.26	1.683	KHAÖ Toplam	Evli	51	25.53	10.889	-1.219	.225	Bekar	70	28.07	11.629	KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	Evli	51	12.22	6.100	-1.213	.228	Bekar	70	13.61	6.380																			
BUÖ Motivasyon Kaybı	Evli	51	2.10	1.847	.667	.506																																																															
	Bekar	70	1.89	1.638			BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	Evli	51	3.08	1.683	-.577	.565	Bekar	70	3.26	1.683	KHAÖ Toplam	Evli	51	25.53	10.889	-1.219	.225	Bekar	70	28.07	11.629	KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	Evli	51	12.22	6.100	-1.213	.228	Bekar	70	13.61	6.380																														
BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	Evli	51	3.08	1.683	-.577	.565																																																															
	Bekar	70	3.26	1.683			KHAÖ Toplam	Evli	51	25.53	10.889	-1.219	.225	Bekar	70	28.07	11.629	KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	Evli	51	12.22	6.100	-1.213	.228	Bekar	70	13.61	6.380																																									
KHAÖ Toplam	Evli	51	25.53	10.889	-1.219	.225																																																															
	Bekar	70	28.07	11.629			KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	Evli	51	12.22	6.100	-1.213	.228	Bekar	70	13.61	6.380																																																				
KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	Evli	51	12.22	6.100	-1.213	.228																																																															
	Bekar	70	13.61	6.380																																																																	

KHAÖ Duygusal Hastalık Temsilleri	Evli	51	13.31	6.111	-0.986	.326
	Bekar	70	14.46	6.428		

**\*\* $p < 0.001$       \* $p < 0.05$ ; BUÖ=Beck Umutsuzluk Ölçeği, ÇÇOYÖ=Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, KHAÖ=Kısa Hastalık Algısı Ölçeği**

Tablo 4.5’te medeni durum değişkeni bakımından bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, bipolar bozukluk tanısı almış katılımcıların evli ya da bekar olma durumu bakımından ÇÇOYÖ, BUÖ ve KHAÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.6. Çalışma durumu değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları**

	Çalışma durumu	N	$\bar{X}$	Std. Sapma	t	p
ÇÇOYÖ Toplam	Çalışıyor	37	2.30	1.913	.311	.756
	Çalışmıyor	84	2.18	1.940		
BUÖ Toplam	Çalışıyor	37	8.38	6.220	1.833	.069
	Çalışmıyor	84	6.38	5.192		
BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	Çalışıyor	37	2.59	2.217	1.618	.108
	Çalışmıyor	84	1.94	1.972		
BUÖ Motivasyon Kaybı	Çalışıyor	37	2.24	1.949	1.136	.258
	Çalışmıyor	84	1.86	1.614		
BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	Çalışıyor	37	3.68	1.749	2.182	.031*
	Çalışmıyor	84	2.96	1.609		
KHAÖ Toplam	Çalışıyor	37	29.14	10.802	1.379	.171
	Çalışmıyor	84	26.06	11.516		

KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	Çalışıyor	37	13.97	6.238	1.104	.272
	Çalışmıyor	84	12.61	6.284		
KHAÖ Duygusal Hastalık Temsilleri	Çalışıyor	37	15.16	6.044	1.382	.170
	Çalışmıyor	84	13.45	6.369		

**\*\* $p < 0.001$       \* $p < 0.05$ ; BUÖ=Beck Umutsuzluk Ölçeği, ÇÇOYÖ=Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, KHAÖ=Kısa Hastalık Algısı Ölçeği**

Tablo 4.6’da çalışma durumu değişkeni bakımından bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, BUÖ gelecekle ilgili beklentiler alt boyutunun çalışma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $t=2.18$ ;  $p < 0.05$ ). Bipolar bozukluk tanısı olan ve çalışan katılımcıların BUÖ gelecekle ilgili beklentiler puanları çalışmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. ÇÇOYÖ ve KHAÖ puanlarının çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

**Tablo 4.7. Gelir düzeyi değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin tek yönlü ANOVA bulguları**

Değişkenler	Gelir düzeyi	N	$\bar{X}$	Std. Sapma	F	sd	p
ÇÇOYÖ Toplam	0-8500	20	2.55	1.959			
	8500-20000	77	2.10	1.889	.446	2/118	.641
	20000 ve üzeri	24	2.29	2.053			
	Toplam	121	2.21	1.924			
BUÖ Toplam	0-8500	20	7.90	5.524			
	8500-20000	77	6.56	5.642	.648	2/118	.525
	20000 ve üzeri	24	7.63	5.492			
	Toplam	121	6.99	5.577			

	0-8500	20	2.45	1.932			
BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	8500-20000	77	2.03	2.115	.374	2/118	.689
	20000 ve üzeri	24	2.25	2.048			
	Toplam	121	2.14	2.063			
	0-8500	20	2.30	1.895			
BUÖ Motivasyon Kaybı	8500-20000	77	1.87	1.750	.511	2/118	.601
	20000 ve üzeri	24	2.04	1.517			
	Toplam	121	1.98	1.725			
	0-8500	20	3.20	1.673			
BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	8500-20000	77	3.06	1.673	.736	2/118	.481
	20000 ve üzeri	24	3.54	1.719			
	Toplam	121	3.18	1.678			
	0-8500	20	27.70	9.809			
KHAÖ Toplam	8500-20000	77	25.96	11.202	1.067	2/118	.347
	20000 ve üzeri	24	29.75	12.871			
	Toplam	121	27.00	11.347			
	0-8500	20	14.15	5.594			
KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	8500-20000	77	12.52	6.078	.710	2/118	.494
	20000 ve üzeri	24	13.71	7.428			
	Toplam	121	13.02	6.276			
	0-8500	20	13.55	5.196			
KHAÖ Duygusal Hastalık Temsilleri	8500-20000	77	13.44	6.265	1.632	2/118	.200
	20000 ve üzeri	24	16.04	7.018			
	Toplam	121	13.98	6.296			

\*\* $p < 0.001$  \* $p < 0.05$ ; BUÖ=Beck Umutsuzluk Ölçeği, ÇÇOYÖ=Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, KHAÖ=Kısa Hastalık Algısı Ölçeği

Tablo 4.7’de gelir düzeyi değişkeni bakımından bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması için yapılan tek yönlü ANOVA bulgularına göre bipolar bozukluk tanısı almış katılımcıların gelir düzeyi bakımından ÇÇOYÖ, BUÖ ve KHAÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.8. Ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları**

Değişkenler	Ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü	N	$\bar{X}$	Std. Sapma	t	p
ÇÇOYÖ Toplam	Var	69	2.62	1.918	2.762	.007*
	Yok	52	1.67	1.812		
BUÖ Toplam	Var	69	7.93	5.894	2.158	.033*
	Yok	52	5.75	4.910		
BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	Var	69	2.49	2.153	2.198	.030*
	Yok	52	1.67	1.855		
BUÖ Motivasyon Kaybı	Var	69	2.14	1.849	1.250	.214
	Yok	52	1.75	1.532		
BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	Var	69	3.43	1.786	1.931	.056
	Yok	52	2.85	1.474		
KHAÖ Toplam	Var	69	27.67	11.821	.743	.459
	Yok	52	26.12	10.735		
KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	Var	69	13.16	6.194	.271	.787
	Yok	52	12.85	6.439		
KHAÖ Duygusal Hastalık Temsilleri	Var	69	14.51	6.872	1.071	.286
	Yok	52	13.27	5.424		

\*\* $p < 0.001$  \* $p < 0.05$ ; BUÖ=Beck Umutsuzluk Ölçeği, ÇÇOYÖ=Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, KHAÖ=Kısa Hastalık Algısı Ölçeği

Tablo 4.8’de ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü değişkeni bakımından bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların

karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, ÇÇOYÖ toplam puanı ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=2.76$ ;  $p<0.001$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış bireyler arasında ailelerinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü bulunanların ÇÇOYÖ puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. BUÖ toplam puanı ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=2.15$ ;  $p<0.05$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış bireyler arasında ailelerinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü bulunanların umutsuzluk toplam puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. BUÖ gelecekle ilgili duygular alt boyut puanları ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=2.19$ ;  $p<0.05$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış bireyler arasında ailelerinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü bulunanların gelecekle ilgili duygular alt boyut puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Hastalık algısının ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü değişkeni bakımından anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır.

**Tablo 4.9. Kronik rahatsızlık öyküsü değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları**

Değişkenler	Kronik hastalık öyküsü	N	$\bar{X}$	Std. Sapma	t	p																														
ÇÇOYÖ Toplam	Var	43	2.30	1.767	.370	.712																														
	Yok	78	2.17	2.016			BUÖ Toplam	Var	43	6.60	5.624	-.565	.573	Yok	78	7.21	5.577	BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	Var	43	2.00	2.127	-.555	.580	Yok	78	2.22	2.036	BUÖ Motivasyon Kaybı	Var	43	2.02	1.779	.227	.821	Yok
BUÖ Toplam	Var	43	6.60	5.624	-.565	.573																														
	Yok	78	7.21	5.577			BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	Var	43	2.00	2.127	-.555	.580	Yok	78	2.22	2.036	BUÖ Motivasyon Kaybı	Var	43	2.02	1.779	.227	.821	Yok	78	1.95	1.705								
BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	Var	43	2.00	2.127	-.555	.580																														
	Yok	78	2.22	2.036			BUÖ Motivasyon Kaybı	Var	43	2.02	1.779	.227	.821	Yok	78	1.95	1.705																			
BUÖ Motivasyon Kaybı	Var	43	2.02	1.779	.227	.821																														
	Yok	78	1.95	1.705																																

BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	Var	43	2.98	1.779	-0.998	.320
	Yok	78	3.29	1.621		
KHAÖ Toplam	Var	43	25.28	11.768	-1.241	.217
	Yok	78	27.95	11.070		
KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	Var	43	12.05	6.410	-1.276	.204
	Yok	78	13.56	6.176		
KHAÖ Duygusal Hastalık Temsilleri	Var	43	13.23	6.604	-0.963	.337
	Yok	78	14.38	6.125		

\*\* $p < 0.001$  \* $p < 0.05$ ; BUÖ=Beck Umutsuzluk Ölçeği, ÇÇOYÖ=Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, KHAÖ=Kısa Hastalık Algısı Ölçeği

Tablo 4.9’da kronik rahatsızlık öyküsü değişkeni bakımından bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, bipolar bozukluk tanısı almış katılımcıların kronik rahatsızlık değişkeni bakımından ÇÇOYÖ, BUÖ ve KHAÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.10. Ailede kronik rahatsızlık öyküsü değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları**

Değişkenler	Ailede kronik hastalık öyküsü	N	$\bar{X}$	Std. Sapma	t	p
ÇÇOYÖ Toplam	Var	91	2.08	1.833	-1.378	.171
	Yok	30	2.63	2.157		
BUÖ Toplam	Var	91	6.91	5.462	-0.273	.786
	Yok	30	7.23	6.004		

BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	Var	91	2.11	2.014	-0.283	.778
	Yok	30	2.23	2.239		
BUÖ Motivasyon Kaybı	Var	91	1.96	1.699	-0.212	.832
	Yok	30	2.03	1.829		
BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	Var	91	3.14	1.677	-0.443	.658
	Yok	30	3.30	1.705		
KHAÖ Toplam	Var	91	26.36	11.266	-1.077	.284
	Yok	30	28.93	11.564		
KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	Var	91	12.77	6.289	-0.779	.438
	Yok	30	13.80	6.277		
KHAÖ Duygusal Hastalık Temsilleri	Var	91	13.59	6.139	-1.163	.247
	Yok	30	15.13	6.725		

*\*\*p<0.001      \*p<0.05; BUÖ=Beck Umutsuzluk Ölçeği, ÇÇOYÖ=Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, KHAÖ=Kısa Hastalık Algısı Ölçeği*

Tablo 4.10’da ailede kronik rahatsızlık öyküsü değişkeni bakımından bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, bipolar bozukluk tanısı almış katılımcıların ailesinde kronik rahatsızlık değişkeni bakımından ÇÇOYÖ, BUÖ ve KHAÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.11. Sigara kullanma alışkanlığı değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları**

Değişkenler	Sigara alışkanlığı	N	$\bar{X}$	Std. Sapma	t	p
ÇÇOYÖ Toplam	Var	76	2.32	1.885	.748	.456
	Yok	45	2.04	1.999		
BUÖ Toplam	Var	76	8.20	5.743	3.207	.002*
	Yok	45	4.96	4.676		
BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	Var	76	2.59	2.080	3.252	.001*
	Yok	45	1.38	1.813		
BUÖ Motivasyon Kaybı	Var	76	2.20	1.876	1.860	.065
	Yok	45	1.60	1.372		
BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	Var	76	3.55	1.684	3.285	.001*
	Yok	45	2.56	1.486		
KHAÖ Toplam	Var	76	28.55	11.531	1.980	.050
	Yok	45	24.38	10.644		
KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	Var	76	13.70	6.390	1.541	.126
	Yok	45	11.89	5.978		
KHAÖ Duygusal Hastalık Temsilleri	Var	76	14.86	6.395	2.024	.045*
	Yok	45	12.49	5.899		

\*\* $p < 0.001$  \* $p < 0.05$ ; BUÖ=Beck Umutsuzluk Ölçeği, ÇÇOYÖ=Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, KHAÖ=Kısa Hastalık Algısı Ölçeği

Tablo 4.11’de sigara kullanma alışkanlığı değişkeni bakımından bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck

Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, BUÖ toplam puanı sigara kullanma alışkanlığı bakımından anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=3.20$ ;  $p<0.001$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış ve sigara kullanan katılımcıların BUÖ puanları sigara kullanmayan bipolar bozukluk tanısı almış katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. BUÖ gelecekle ilgili duygular puanı sigara kullanma alışkanlığı bakımından anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=3.25$ ;  $p<0.001$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış ve sigara kullanan katılımcıların gelecekle ilgili duygular puanları sigara kullanmayan bipolar bozukluk tanısı almış katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. BUÖ gelecekle ilgili beklentiler puanı sigara kullanma alışkanlığı bakımından anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=3.28$ ;  $p<0.001$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış ve sigara kullanan katılımcıların gelecekle ilgili beklentiler puanları sigara kullanmayan bipolar bozukluk tanısı almış katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. KHAÖ duygusal hastalık temsilleri sigara kullanan katılımcılarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $t=2.08$ ;  $p<0.05$ ). ÇÇOYÖ'den alınan puanlarının sigara kullanma alışkanlıkları değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur.

**Tablo 4.12. Hastaneye yatış öyküsü değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları**

Değişkenler	Hastaneye yatış	N	$\bar{X}$	Std. Sapma	t	p
ÇÇOYÖ Toplam	Var	104	2.27	1.952	.767	.445
	Yok	17	1.88	1.764		
BUÖ Toplam	Var	104	7.30	5.607	1.502	.136
	Yok	17	5.12	5.159		
BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	Var	104	2.25	2.084	1.451	.149
	Yok	17	1.47	1.841		

BUÖ Motivasyon Kaybı	Var	104	2.04	1.740	.998	.320
	Yok	17	1.59	1.622		
BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	Var	104	3.29	1.659	1.743	.084
	Yok	17	2.53	1.700		
KHAÖ Toplam	Var	104	27.92	11.277	2.251	.026*
	Yok	17	21.35	10.368		
KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	Var	104	13.43	6.349	1.784	.077
	Yok	17	10.53	5.316		
KHAÖ Duygusal Hastalık Temsilleri	Var	104	14.49	6.180	2.264	.025*
	Yok	17	10.82	6.257		

\*\* $p < 0.001$  \* $p < 0.05$ ; BUÖ=Beck Umutsuzluk Ölçeği, ÇÇOYÖ=Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, KHAÖ=Kısa Hastalık Algısı Ölçeği

Tablo 4.12’de hastaneye yatış değişkeni bakımından bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, KHAÖ toplam ( $t=2.25$ ;  $p < 0.05$ ) KHAÖ duygusal hastalık temsilleri alt boyutu ( $t=2.26$ ;  $p < 0.05$ ) hastaneye yatış öyküsü bakımından anlamlı farklılık göstermektedir. Bulgulara göre, hastaneye yatış öyküsü bulunan katılımcıların KHAÖ toplam ve duygusal hastalık temsilleri hastane öyküsü olmayan katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. ÇÇOYÖ ve BUÖ puanlarının hastaneye yatış öyküsü bakımından anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır.

**Tablo 4.13. İntihar girişimi öyküsü değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları**

Değişkenler	İntihar girişimi öyküsü	N	$\bar{X}$	Std. Sapma	t	p
ÇÇOYÖ Toplam	Var	30	2.57	2.063	1.156	.250
	Yok	91	2.10	1.874		
BUÖ Toplam	Var	30	8.93	6.220	2.235	.027*
	Yok	91	6.35	5.229		
BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	Var	30	2.63	2.251	1.517	.132
	Yok	91	1.98	1.983		
BUÖ Motivasyon Kaybı	Var	30	2.63	1.921	2.460	.015*
	Yok	91	1.76	1.608		
BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	Var	30	3.80	1.648	2.371	.019*
	Yok	91	2.98	1.646		
KHAÖ Toplam	Var	30	29.87	13.119	1.606	.111
	Yok	91	26.05	10.610		
KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	Var	30	14.57	7.162	1.561	.121
	Yok	91	12.52	5.911		
KHAÖ Duygusal Hastalık Temsilleri	Var	30	15.30	7.013	1.333	.185
	Yok	91	13.54	6.019		

\*\* $p < 0.001$  \* $p < 0.05$ ; BUÖ=Beck Umutsuzluk Ölçeği, ÇÇOYÖ=Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, KHAÖ=Kısa Hastalık Algısı Ölçeği

Tablo 4.13'te intihar girişimi öyküsü değişkeni bakımından bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk

Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, BUÖ toplam puanı intihar girişimi öyküsü bakımından anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=2.23$ ;  $p<0.05$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış ve intihar girişimi öyküsü olan katılımcıların BUÖ puanları intihar girişimi öyküsü bulunmayan bipolar bozukluk tanısı almış katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. BUÖ motivasyon kaybı alt boyut puanı intihar girişimi öyküsü bakımından anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=2.46$ ;  $p<0.05$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış ve intihar girişimi öyküsü olan katılımcıların motivasyon kaybı alt boyut puanları intihar girişimi öyküsü bulunmayan bipolar bozukluk tanısı almış katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. BUÖ gelecekle ilgili beklentiler alt boyut puanı intihar girişimi öyküsü bakımından anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=2.37$ ;  $p<0.05$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış ve intihar girişimi öyküsü olan katılımcıların gelecekle ilgili beklentiler alt boyut puanları intihar girişimi öyküsü bulunmayan bipolar bozukluk tanısı almış katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 4.14. Ailede intihar girişimi öyküsü değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları**

Değişkenler	Ailede intihar girişimi öyküsü	N	$\bar{X}$	Std. Sapma	t	p
ÇÇOYÖ Toplam	Var	19	2.95	2.041	1.824	.071
	Yok	102	2.08	1.881		
BUÖ Toplam	Var	19	9.74	6.199	2.382	.019*
	Yok	102	6.48	5.332		
BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	Var	19	3.16	2.089	2.387	.019*
	Yok	102	1.95	2.012		

BUÖ Motivasyon Kaybı	Var	19	2.63	1.674	1.824	.071
	Yok	102	1.85	1.714		
BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	Var	19	3.89	1.941	2.043	.043*
	Yok	102	3.05	1.601		
KHAÖ Toplam	Var	19	27.89	13.228	.373	.710
	Yok	102	26.83	11.027		
KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	Var	19	14.00	6.888	.736	.463
	Yok	102	12.84	6.175		
KHAÖ Duygusal Hastalık Temsilleri	Var	19	13.89	7.586	-.060	.952
	Yok	102	13.99	6.070		

*\*\*p<0.001      \*p<0.05; BUÖ=Beck Umutsuzluk Ölçeği, ÇÇÖYÖ=Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, KHAÖ=Kısa Hastalık Algısı Ölçeği*

Tablo 4.14'te ailede intihar girişimi öyküsü değişkeni bakımından bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, BUÖ toplam puanı ailede intihar girişimi öyküsü bakımından anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=2.38$ ;  $p<0.05$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış ve ailede intihar girişimi öyküsü olan katılımcıların BUÖ puanları ailede intihar girişimi öyküsü bulunmayan bipolar bozukluk tanısı almış katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. BUÖ gelecekle ilgili duygular alt boyut puanı ailede intihar girişimi öyküsü bakımından anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=2.38$ ;  $p<0.05$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış ve ailede intihar girişimi öyküsü olan katılımcıların motivasyon kaybı alt boyut puanları ailede intihar girişimi öyküsü bulunmayan bipolar bozukluk tanısı almış katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. BUÖ gelecekle ilgili beklentiler alt boyut puanı ailede intihar girişimi öyküsü bakımından anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=2.04$ ;  $p<0.05$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış ve ailede intihar girişimi öyküsü olan katılımcıların gelecekle ilgili beklentiler alt boyut puanları ailede intihar girişimi

öyküsü bulunmayan bipolar bozukluk tanısı almış katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 4.15. Geçmişte psikotik semptom değişkeni bakımından katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin t-test bulguları**

Değişkenler	Geçmişte psikotik semptom varlığı	N	$\bar{X}$	Std. Sapma	t	p
ÇÇOYÖ Toplam	Var	55	2.78	1.969	3.060	.003*
	Yok	66	1.74	1.766		
BUÖ Toplam	Var	55	7.96	5.480	1.765	.080
	Yok	66	6.18	5.569		
BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	Var	55	2.51	2.107	1.811	.073
	Yok	66	1.83	1.989		
BUÖ Motivasyon Kaybı	Var	55	2.13	1.764	.885	.378
	Yok	66	1.85	1.694		
BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	Var	55	3.55	1.476	2.211	.029*
	Yok	66	2.88	1.785		
KHAÖ Toplam	Var	55	29.56	10.903	2.309	.023*
	Yok	66	24.86	11.346		
KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	Var	55	14.00	5.966	1.570	.119
	Yok	66	12.21	6.456		
KHAÖ Duygusal Hastalık Temsilleri	Var	55	15.56	6.457	2.593	.011*
	Yok	66	12.65	5.885		

\*\* $p < 0.001$  \* $p < 0.05$ ; BUÖ=Beck Umutsuzluk Ölçeği, ÇÇOYÖ=Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, KHAÖ=Kısa Hastalık Algısı Ölçeği

Tablo 4.15'te geçmişte psikotik semptom gösterme değişkeni bakımından bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, ÇÇOYÖ toplam puanı geçmişte psikotik semptom gösterme durumu bakımından anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=3.06$ ;  $p<0.001$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış ve geçmişte psikotik semptom göstermiş olan katılımcıların ÇÇOYÖ puanları geçmişte psikotik semptomu bulunmayan bipolar bozukluk tanısı almış katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. BUÖ gelecekle ilgili beklentiler alt boyut puanı geçmişte psikotik semptom gösterme durumu bakımından anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=2.21$ ;  $p<0.05$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış ve geçmişte psikotik semptom göstermiş olan katılımcıların BUÖ gelecekle ilgili beklentiler puanları geçmişte psikotik semptomu bulunmayan bipolar bozukluk tanısı almış katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. KHAÖ toplam puanı geçmişte psikotik semptom gösterme durumu bakımından anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=2.30$ ;  $p<0.05$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış ve geçmişte psikotik semptom göstermiş olan katılımcıların hastalık algısı toplam puanları geçmişte psikotik semptomu bulunmayan bipolar bozukluk tanısı almış katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. KHAÖ duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanı geçmişte psikotik semptom gösterme durumu bakımından anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=2.59$ ;  $p<0.05$ ). Bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış ve geçmişte psikotik semptom göstermiş olan katılımcıların duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanları geçmişte psikotik semptomu bulunmayan bipolar bozukluk tanısı almış katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

### **4.3. Korelasyon Bulguları**

Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerde umutsuzluk, çocukluk çağı travma yaşantıları ve olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi için Pearson korelasyonu uygulanmıştır.

**Tablo 4.16. Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyonu bulguları**

		1	2	3	4	5	6	7	8
1. ÇÇÖYÖ Toplam	r	1							
	p								
	N	121							
2. KHAÖ Toplam	r	.450**	1						
	p	.000							
	N	121	121						
3. KHAÖ Bilişsel Hastalık Temsilleri	r	.330**	.902**	1					
	p	.000	.000						
	N	121	121	121					
4. KHAÖ Duygusal Hastalık Temsilleri	r	.481**	.903**	.629**	1				
	p	.000	.000	.000					
	N	121	121	121	121				
5. BUÖ Toplam	r	.442**	.614**	.598**	.510**	1			
	p	.000	.000	.000	.000				
	N	121	121	121	121	121			
6. BUÖ Gelecekle İlgili Duygular	r	.421**	.574**	.568**	.468**	.947**	1		
	p	.000	.000	.000	.000	.000			
	N	121	121	121	121	121	121		
7. BUÖ Motivasyon Kaybı	r	.428**	.527**	.500**	.452**	.831**	.676**	1	
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000		
	N	121	121	121	121	121	121	121	
8. BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler	r	.336**	.547**	.526**	.460**	.894**	.809**	.623**	1
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	121	121	121	121	121	121	121	121

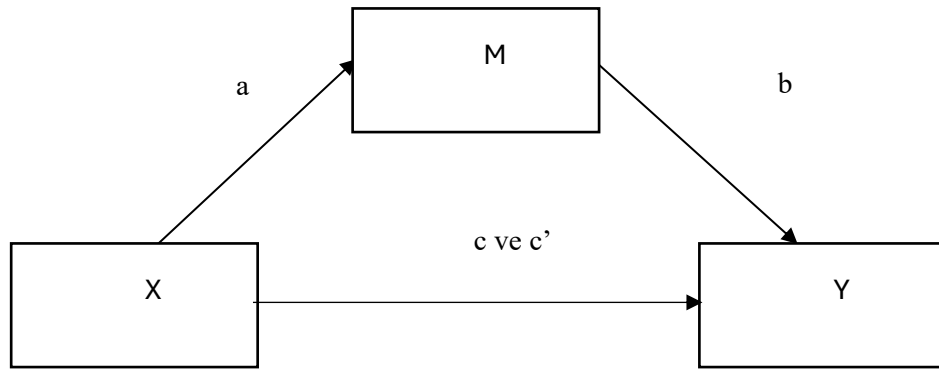
\*\* $p < 0.001$  \* $p < 0.05$ ; BUÖ=Beck Umutsuzluk Ölçeği, ÇÇÖYÖ=Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, KHAÖ=Kısa Hastalık Algısı Ölçeği

Tablo 4.16’da bipolar bozukluk tanısı almış katılımcıların Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan Pearson korelasyonu bulgularına göre, ÇÇÖYÖ toplam puanı ile KHAÖ toplam puan arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=.45; p<0.01$ ). Ayrıca, ÇÇÖYÖ toplam puanı ile KHAÖ bilişsel hastalık temsilleri ( $r=.33; p<0.01$ ) ve duygusal hastalık temsilleri ( $r=.48; p<0.01$ ) arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. ÇÇÖYÖ toplam puanı ile BUÖ toplam puan ( $r=.44; p<0.01$ ), BUÖ gelecekle ilgili duygular ( $r=.42; p<0.01$ ), BUÖ motivasyon kaybı ( $r=.43; p<0.01$ ) ve BUÖ gelecekle ilgili beklentiler ( $r=.34; p<0.01$ ) arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. KHAÖ toplam puanı ile BUÖ toplam puan ( $r=.61; p<0.01$ ), BUÖ gelecekle ilgili duygular ( $r=.57; p<0.01$ ), BUÖ motivasyon kaybı ( $r=.53; p<0.01$ ) ve BUÖ gelecekle ilgili beklentiler ( $r=.55; p<0.01$ ) arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı ilişki bulunmuştur.

#### 4.4. Aracı Rol Analizine İlişkin Bulgular

Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerde çocukluk çağı travmalarının olumsuz hastalık algısıyla ilişkisinde umutsuzluğun aracı rolünün incelenmesi için PROCESS macro eklentisi kullanılarak aracı rol analizi yapılmıştır. Tek aracı değişken modeli olarak dördüncü model seçilmiştir.

Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının olumsuz hastalık algısı ile ilişkisinde umutsuzluğun aracı rolünün incelenmesi amacıyla SPSS üzerinde PROCESS eklentisiyle sağlanan Bootstrap metodu kullanılmıştır. SPSS üzerinden çalıştırılan PROCESS eklentisinin aracı rol için önerdiği model ve açıklamaları Şekil 4.1.’de verilmiştir:



Şekil 4. 1. Aracı rol analizi modeli

X= bağımsız değişken,

Y= bağımlı değişken,

M (mediator)=aracı değişken

a= X'in M üzerine etkisi,

b= M'nin Y üzerine etkisi

c= X'in Y üzerine toplam etkisi

c'= X'in Y üzerine direkt (diğer değişkenlerin etkisi olmadan) etkisi.

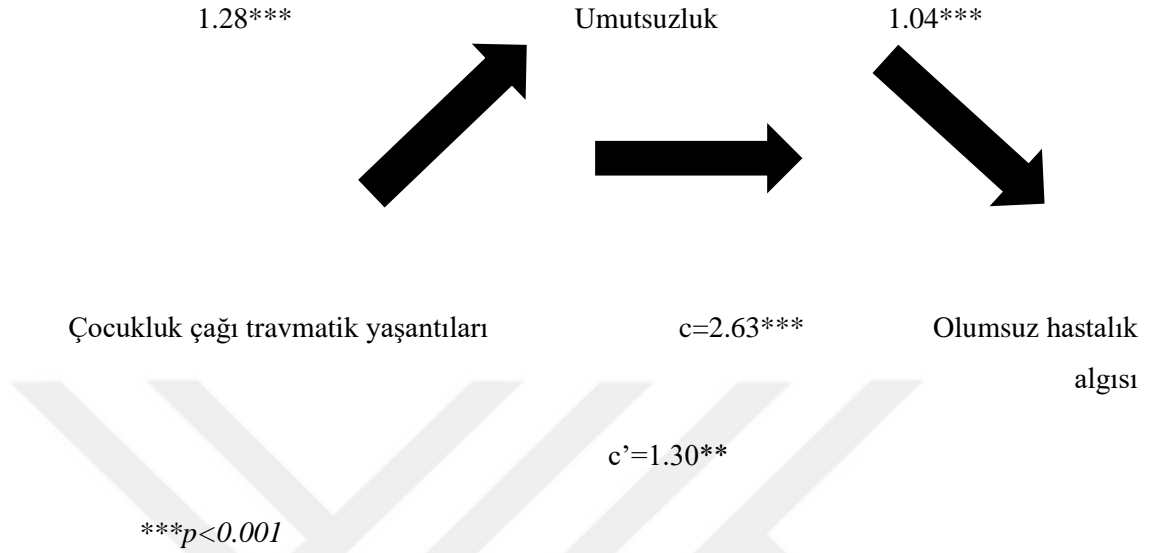
Aşağıda belirtilen modele göre (Şekil 4.2) X=Çocukluk çağı travmatik yaşantıları; Y=Olumsuz hastalık algısı ve M (aracı değişken)=Umutsuzluk olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda, anlamlı yordayıcı ilişki saptanan üç değişkenin aracı rol analizi yapılmıştır.

Bootstrap metoduyla yürütülen analizlerde elde edilen bulgulara göre, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının olumsuz hastalık algısı üzerindeki toplam etkisi (c yolu) anlamlı bulunmuştur ( $B=2.65$ ,  $SE=0.48$ ,  $p < 0.001$ ). Ayrıca çocukluk çağı travmatik yaşantılarının olumsuz hastalık algısı üzerindeki direkt etkisi (c' yolu ) istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ( $B=1.30$ ,  $SE=.46$ ;  $p=0.005$ ;  $p < 0.01$ ).

Çocukluk çağı travma yaşantıları ve umutsuzluk arasındaki yordayıcı ilişki incelendiğinde (a yolu), ÇÇOYÖ toplam puanının ( $B=1.28$ ,  $SE=0.23$ ,  $p<.001$ ) umutsuzluk üzerindeki yordayıcılığı anlamlıdır. Sonuçlara göre, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları umutsuzluk puanlarını pozitif yönlü ve anlamlı biçimde etkilemektedir. Umutsuzluk puanlarının olumsuz hastalık algısı üzerindeki direkt etkisi incelendiğinde (b yolu), umutsuzluk puanı ( $B= 1.04$ ,  $SE=0.15$ ,  $p<.01$ ) olumsuz hastalık algısı puanlarını anlamlı ve olumlu düzeyde etkilediği bulunmuştur. Bulgulara göre, umutsuzluk puanları olumsuz hastalık algısı puanlarını olumlu ve anlamlı düzeyde etkilemektedir.

Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının olumsuz hastalık algısı üzerindeki etkisinde umutsuzluğun aracı rolü incelendiğinde, ( $B=1.34$ ,  $SE=0.32$ ,  $95\% CI [.763, 2.01]$ ), istatistiksel olarak anlamlıdır. Güven aralıkları +1 değerini içerdiğinden umutsuzluğun kısmi aracı etkisi anlamlıdır. Son olarak tüm modelin anlamlılığı

incelendiğinde ise tüm modelin anlamlı olduğu ve varyansın %20'sini açıkladığı görülmüştür ( $R^2= 0.20$ ,  $F(2, 119) =30.14$ ,  $p<0.001$ ).



**Şekil 4.2. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının olumsuz hastalık algısı ile ilişkisinde umutsuzluğun aracı rolüne ilişkin oluşturulan model**

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkide umutsuzluğun aracı rolünü incelemek üzere yapılan bu çalışmanın bulguları literatürde yer alan çalışmalar ışığında tartışılmıştır.

#### **5.1. Çocukluk Çağı Travmaları Değişkeninin Sosyodemografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların İncelenmesi**

Çalışmamızın hipotezlerinden biri “Araştırma değişkenlerinin (çocukluk çağı travmaları, umutsuzluk, olumsuz hastalık algısı), katılımcıların sosyodemografik özelliklerine (cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, ailede psikiyatrik hastalık, kronik hastalık, ailede kronik hastalık, sigara kullanma alışkanlığı, hastane yatışı, intihar girişimi öyküsü ve ailede intihar girişimi öyküsü) göre anlamlı olarak farklılaşması beklenmektedir.” olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda çocukluk çağı travma yaşantılarını ölçmek için kullanılan Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (ÇÇOYÖ), kötüye kullanım, duygusal ve cinsel istismar, şiddet ve ihmal gibi çocukluk çağı travmatik yaşantılarını kapsamaktadır (Gündüz ve ark., 2018). Bu başlık altında Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeğinden (ÇÇOYÖ) alınan puanların çeşitli sosyodemografik değişkenler bakımından karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılacaktır.

Bu çalışmada, Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeğinden (ÇÇOYÖ) alınan puanlar arasında cinsiyet değişkeni bakımından anlamlı bir farklılık görülmediği bulunmuştur. Buna göre kadın ve erkek katılımcılar benzer düzeyde çocukluk çağı travma yaşantısı bildirmiştir. Literatürde BPB tanısı olan hastalar ile yapılmış, bu bulguyu destekleyen çalışmalar mevcuttur (Binbay, 2009; Çıtak, 2018; Özdemir, 2021). Bu bulgudan farklı olarak, BPB tanısı olan hastaların çocukluk çağı travma yaşantılarının kadın ve erkek cinsiyetleri bakımından farklılık gösterdiğinin saptandığı çalışmalar da mevcuttur (Adıgüzel, 2018; Park ve ark., 2020). Park ve arkadaşlarının (2020) çalışmalarında, kadın ve erkek bipolar bozukluk tanısı olan katılımcılar çocukluk çağı travma yaşantılarının varlığı bakımından karşılaştırılmış; çocukluk çağında travmatik yaşantısı olan katılımcıların anlamlı olarak daha fazla kadın

cinsiyetinden katılımcılar olduğu bulunmuştur. Adıgüzel'in (2018) çalışmasında ise erkek katılımcıların, kadınlara kıyasla anlamlı olarak daha fazla çocukluk çağı travması bildirdiği bulunmuştur. Konu ile ilgili literatürde yer alan çalışmaların bir kısmında ise, BPB tanısı olan kadın ve erkek hastaların çocukluk çağı travması toplam puanları bakımından farklılığın görülmediği fakat katılımcıların bildirdiği bazı çocukluk çağı travması türleri bakımından cinsiyetler arasında farklılıkların saptandığı göze çarpmaktadır (Gürel, 2018; Onar, 2022; Sipahi, 2020). Gürel'in (2018) çalışmasında, yalnızca "cinsel istismar" alt boyutunda kadın katılımcıların puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş olup diğer alt boyutlarda cinsiyete göre bir farklılaşma görülmemiştir. Onar'ın (2022) çalışmasında, "fiziksel istismar" ve "duygusal istismar" alt boyutları bakımından erkek katılımcıların puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sipahi'nin (2020) çalışmasında ise, kadın katılımcıların "duygusal istismar" ve "cinsel istismar" alt boyutlarından anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığı, diğer alt boyutlar ve toplam puan bakımından gruplar arasında bir farklılığın bulunmadığı saptanmıştır. Buna göre BPB tanısı olan hasta örnekleminde, bildiren çocukluk çağı travmalarında cinsiyetler bakımından nasıl bir farklılık görüldüğüne ilişkin literatürdeki bulguların çeşitli olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada ÇÇÖYÖ'den alınan puanlar arasında eğitim düzeyi değişkeni bakımından anlamlı bir farklılık görülmediği bulunmuştur. Buna göre katılımcıların bildirdiği çocukluk çağı travma yaşantıları eğitim düzeyine göre farklılık göstermemektedir. Literatürde, Özdemir (2021), Çıtak (2018) ve Kartal'ın (2020) çalışmalarından elde edilen bulgular, bu çalışmadan elde edilen bulgu ile uyumludur. Söz konusu çalışmalarda da, BPB tanısı olan hastaların bildirdiği çocukluk çağı travmalarının eğitim düzeyleri ile ilişkili olarak farklılık göstermediği bulunmuştur. Diğer yandan, Adıgüzel'in (2018) ve Sipahi'nin (2020) çalışma bulguları ise bu bulguyu desteklememektedir. Adıgüzel'in (2018) BPB tanısı olan hastalar ile yaptığı çalışmasında en fazla çocukluk çağı travmasını okuryazar olan veya olmayan grup bildirirken, en az çocukluk çağı travması bildiren grup lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip grup olmuştur. Sipahi'nin (2020) çalışmasında ise, BPB'u olan katılımcıların çocukluk çağı travmaları ile eğitim süreleri arasındaki ilişki incelenmiş; katılımcıların eğitim süreleri arttıkça daha az çocukluk çağı travması bildirdiği görülmüştür.

Bu çalışmada ÇÇOYÖ'den alınan puanlar arasında medeni durum değişkeni bakımından anlamlı bir farklılık görülmediği bulunmuştur. Buna göre katılımcıların bildirdiği çocukluk çağı travma yaşantıları evli veya bekar olmalarına göre farklılık göstermemektedir. Bu bulgu literatür ile uyumludur. Literatürde yer alan BPB tanıli hastalardan oluşan örnekleme gerçekleştirilmiş çalışmalarda da, katılımcıların bildirdiği çocukluk çağı travmalarının medeni durumları bakımından değişiklik göstermediği bulunmuştur (Adıgüzel, 2018; Çıtak, 2018; Özdemir, 2021). Farklı bir çalışmada ise, BPB tanısı olan katılımcılar medeni durumlarına göre karşılaştırılmış Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamakta birlikte; “boşanmış/dul” katılımcıların “cinsel istismar” alt boyutundan anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı bulunmuştur (Onar, 2022).

Bu çalışmada ÇÇOYÖ'den alınan puanlar arasında çalışma durumu değişkeni bakımından anlamlı bir farklılık görülmediği bulunmuştur. Buna göre katılımcıların bildirdiği çocukluk çağı travma yaşantıları çalışıyor veya çalışmıyor olmalarına göre farklılık göstermemektedir. Literatürde yer alan çalışmalarda da bu bulguyu destekler bir şekilde, BPB tanısı olan hastaların bildirdiği çocukluk çağı travmalarının, çalışıyor veya çalışmıyor olmaları fark etmeksizin benzer olduğu bulunmuştur (Adıgüzel, 2018; Çıtak, 2018; de Azambuja Farias, 2018; Onar, 2022; Özdemir, 2021).

Bu çalışmada ÇÇOYÖ'den alınan puanlar arasında gelir düzeyi değişkeni bakımından anlamlı bir farklılık görülmediği bulunmuştur. Buna göre katılımcıların bildirdiği çocukluk çağı travma yaşantıları, gelir düzeylerine göre farklılık göstermemektedir. Literatürde bu bulguyu destekleyen, BPB örnekleminde yapılmış çalışmalar mevcuttur (de Azambuja Farias, 2018; Sipahi, 2020). Ayrıca bu çalışmalardan farklı olarak Adıgüzel'in (2018) çalışmasında ise, BPB tanısı olan hastaların bildirdiği çocukluk çağı travmalarının gelir düzeylerine göre farklılık gösterdiği; “geliri giderinden az” olan katılımcıların anlamlı olarak daha fazla çocukluk çağı travması bildirdiği bulunmuştur.

Bu çalışmada ÇÇOYÖ'den alınan puanların ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsünün varlığına göre anlamlı olarak farklılaştığı, ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü bulunan katılımcıların ÇÇOYÖ'den daha yüksek puanlar aldığı bulunmuştur. Buna göre, ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü bulunan katılımcılar, bulunmayan katılımcılara kıyasla daha fazla çocukluk çağı travma yaşantısı bildirmiştir. Bu bulgu

literatür ile uyumlu değildir. BPB tanısı olan hasta örneğinde gerçekleştirilmiş ve literatürde yer alan çalışmalarda, bildirilen çocukluk çağı travmalarının ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsünün varlığına göre farklılık göstermediği bulunmuştur (Adıgüzel, 2018; Çakır ve ark., 2015; Çıtak, 2018; Li ve ark., 2014; Özdemir, 2021; Thesing ve ark., 2015). Diğer yandan psikiyatrik hastalıkların yalnızca hastalığı yaşan kişiyi değil, onunla birlikte aile üyelerini de etkilediği bilinmektedir. Annelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan (%52.5'i şizofreni, %47.5'i depresyon) yetişkinler ile yürütülen bir araştırmada bu kişiler, çocukluk dönemlerinde kendilerini diğer çocuklardan farklı algılandıklarını düşündüklerini ve bu nedenle akranlarıyla arkadaşlık kurmada büyük zorluklar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, katılımcıların büyük bir bölümü, çocukluklarında annelerine annelik yapmak, ev işlerini yürütmek ve kardeşlerini disipline etmek gibi sorumluluklar üstlendiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca, o dönemde, annelerinin fiziksel olarak evde olmalarına rağmen duygusal olarak ulaşılamaz olduklarını hissettiklerini belirtmişlerdir (O'Connell, 2008). Çiçek (2011) tarafından bipolar I duygudurum bozukluğu olan ebeveynlerin çocukları ile gerçekleştirilen çalışmada da bipolar bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarının çocukluk döneminde daha fazla travmatik yaşantıya maruz kaldığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü bulunan katılımcılar, bu gibi nedenlerle daha fazla çocukluk çağı travma yaşantısı bildirmiş olabilir.

Bu çalışmada ÇÇÖYÖ'den alınan puanların kişide kronik rahatsızlık öyküsünün varlığına göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Kronik rahatsızlık öyküsü olan ve olmayan katılımcılar benzer düzeyde çocukluk çağı travma yaşantısı bildirmiştir. Bu bulguyu destekler bir şekilde Çıtak (2018), Onar (2022) ve Özdemir'in (2021) çalışmalarında da, BPB tanısı olan hastalardan ek tıbbi rahatsızlığı bulunanlar ile bulunmayanların bildirdiği çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı saptanmıştır. Literatürde bu bulgu ile uyumlu olmayan çalışmalar da bulunmaktadır. Garno ve arkadaşlarının 2005 yılında ve Post ve Leverich'in ise 2006 yılında gerçekleştirdikleri çalışmalarda çocukluk çağı travmaları olan BPB hastalarının, olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha fazla ek tıbbi rahatsızlık bildirdiği bulunmuştur. Ek olarak, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ve tıbbi hastalıklar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda; çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının otoimmün hastalıklar (Dube ve ark., 2009), koroner arter hastalığı

(Dong ve ark., 2004), kalp krizi, astım (Gilbert ve ark., 2015), diyabet (Chanlongbutra ve ark., 2018) gibi çeşitli tıbbi hastalıklar ile ilişkili olduğu; artan çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının varlığında bu hastalıkların görülme oranlarının daha yüksek bulunduğu bildirilmektedir.

Bu çalışmada ÇÇÖYÖ'den alınan puanların kişinin ailesinde kronik rahatsızlık öyküsünün varlığına göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Ailesinde kronik rahatsızlık öyküsü olan ve olmayan katılımcılar benzer düzeyde çocukluk çağı travma yaşantısı bildirmiştir. Literatürde bu bulguya ilişkin bir çalışma bulunmamıştır.

Bu çalışmada ÇÇÖYÖ'den alınan puanların sigara kullanma alışkanlığına göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Sigara kullanan katılımcılar, sigara kullanmayan katılımcılar ile benzer düzeyde çocukluk çağı travma yaşantısı bildirmiştir. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar mevcuttur (Çıtak, 2018; Özdemir, 2021). Diğer yandan, bazı çalışmalarda ise sigara kullanımı olan BPB tanılı hastaların, sigara kullanımı olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha fazla çocukluk çağı travması bildirdiği bulunmuştur (Adıgüzel, 2018; Onar, 2022).

Bu çalışmada ÇÇÖYÖ'den alınan puanların hastaneye yatış öyküsünün varlığına göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Hastaneye yatış öyküsü olan ve olmayan katılımcılar, benzer düzeyde çocukluk çağı travma yaşantısı bildirmiştir. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Çıtak, 2018; Gürel, 2018). Örneğin Çıtak'ın (2018) çalışmasında, BPB tanılı hastaların yatış sayıları ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki incelenmiş ve bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Diğer yandan mevcut çalışmanın bulgusundan farklı olarak Larrson ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ise, BPB tanısı olan hastalarda çocukluk çağı travmaları ile hastaneye yatış sayısı arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğu; daha fazla çocukluk çağı travması bildiren katılımcıların daha az hastaneye yatış öyküsü olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada ÇÇÖYÖ'den alınan puanların intihar girişimi öyküsünün varlığına göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Buna göre, intihar girişimi öyküsü bulunan katılımcılar ile bulunmayanların bildirdiği çocukluk çağı travma yaşantılarının düzeyleri arasında farklılık bulunmamaktadır. Literatürde, artan çocukluk çağı travmatik yaşantılarının daha fazla intihar girişimi ile ilişkili

olduğundan bahsedilmektedir. Bununla birlikte bu konuyla ilgili BPB tanısı olan hastalar ile çalışmalardan elde edilen bulgular çeşitlilik göstermektedir. Bu çalışmaların bir kısmında mevcut çalışmanın da bulgusuna paralel olarak, BPB hastalarının çocukluk çağı travması düzeylerinin intihar girişimi öyküsünün varlığı bakımından farklılık göstermediği bulunmuştur (Adıgüzel, 2018; Çıtak, 2018; Gürel, 2018; Özdemir, 2021). Diğer çalışmalarda ise; intihar girişimi öyküsü olan hastaların bildirdiği çocukluk çağı travmalarının daha fazla olduğu saptanmıştır (Binbay, 2009; Onar, 2022; Park ve ark., 2020). Çalışmamızda, intihar girişimi öyküsü bulunan (%24.8) ve bulunmayan (%75.2) hasta oranları eşit olmadığından gruplar arasında belirgin bir farklılık görülmemiş olabilir. Ayrıca bipolar bozuklukta hastalığın erken yaşta başlaması, ailede intihar öyküsünün bulunması, dürtüsellik ve irritabilite düzeyinin yüksek olması ve psikotik mani belirtilerinin görülmesi intihar riski ile ilişkili bulunan faktörlerdir (Antypa ve ark., 2013; Eroğlu ve ark., 2013; Hawton ve ark., 2005; Mutlu ve ark., 2015; Schaffer ve ark., 2015; Tunç ve ark., 2014). Bizim çalışmamızda ailesinde intihar girişimi öyküsü bulunan hasta oranı %15.7 olduğundan ve literatürde belirtilen diğer risk faktörleri kontrol edilmediğinden gruplar arasında intihar girişimi öyküsü yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamış olabilir.

Bu çalışmada ÇÇOYÖ'den alınan puanların ailede intihar girişimi öyküsünün varlığına göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Buna göre, ailesinde intihar girişimi öyküsü bulunan katılımcılar ile bulunmayanların bildirdiği çocukluk çağı travma yaşantılarının düzeyleri benzerdir. Bu bulgu literatür ile uyumludur. Adıgüzel'in (2018) ve Özdemir'in (2021) çalışmalarında da ailesinde intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan BPB hastalarının bildirdiği çocukluk çağı travmaları arasında farklılık bulunmamıştır.

Bu çalışmada ÇÇOYÖ'den alınan puanların geçmişte psikotik semptom göstermiş olma durumuna göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bu bulgu, geçmişte psikotik semptom göstermiş olan katılımcıların daha fazla çocukluk çağı travma yaşantısının olduğunu ifade etmektedir. Literatürde bu bulgu ile uyumlu sonuçlar bildiren, BPB tanısı olan hastalar ile gerçekleştirilmiş çalışmalar bulunmaktadır (Larsson ve ark., 2013; Onar, 2022; Park ve ark., 2022; Upthegrove ve ark., 2015). Diğer yandan literatürde, BPB tanısı olup hastalığı boyunca psikotik belirti göstermeyen katılımcılar ile psikotik belirti göstermiş katılımcıların bildirdiği

çocukluk çağı travmalarının anlamlı olarak farklılık göstermediğini ifade eden çalışmalar da mevcuttur (Çıtak, 2018; Deniz, 2023; Gürel, 2018; Özdemir, 2021). Literatürde çocukluk çağı travmaları, bipolar bozukluğun ortaya çıkışını tetikleyebilen ve hastalık gidişi üzerinde olumsuz etkisi olan bir faktör olarak ele alınmaktadır (Daruy- Filho ve ark., 2011; Heim ve Nemeroff, 1999; Post ve Leverich, 2006). Bizim çalışmamızda da çocukluk çağı travmatik yaşantıları hastalığın klinik gidişini olumsuz yönde etkilemiş ve daha fazla psikotik semptom gösterme yönünde bir eğilim yaratmış olabilir.

## **5.2. Umutsuzluk Değişkeninin Sosyodemografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların İncelenmesi**

Çalışmamızda katılımcıların umutsuzluk düzeylerini ölçmek için Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) kullanılmıştır. Bu başlık altında Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve alt boyutlarından (gelecek ile ilgili duygular, gelecek ile ilgili beklentiler ve motivasyon kaybı) alınan puanların çeşitli sosyodemografik değişkenler bakımından karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılacaktır.

Bu çalışmada, BUÖ ve alt boyutlarından alınan puanlar, cinsiyet değişkeni bakımından anlamlı olarak farklılık göstermiştir. Erkeklerin BUÖ ve alt ölçeklerinden aldığı puanlar, kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Buna göre, bu çalışmada erkek katılımcıların umutsuzluk düzeyleri daha yüksektir. Bu bulguyu destekler bir biçimde, kronik ruhsal hastalıklardan biri olan şizofreni tanısını almış hastalar ile gerçekleştirilen bir çalışmada da erkek katılımcıların umutsuzluk düzeylerinin kadınlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bilgin, 2022). Bu bulgudan farklı olarak, Serafini ve arkadaşlarının (2020) unipolar ve bipolar duygudurum bozukluğu olan ötimik hastalarda gerçekleştirdikleri çalışmada ise kadın katılımcıların umutsuz düzeyleri erkeklere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Diğer yandan literatürde, kronik ruhsal hastalığı olan kişiler ile gerçekleştirilmiş, kadın ve erkek katılımcıların umutsuzluk düzeyleri arasında bir farklılık bulunmadığının saptandığı çalışmalar da yer almaktadır (İsmanur, 2016; Sır, 2023). Bipolar bozuklukta işlevselliğin bozulabilmesi nedeniyle hastaların günlük yaşamdaki görevlerini yürütmekte zorlandığı bilinmektedir (Aydın, 2021). Toplumumuzda cinsiyet rolleri ile ilişkili olarak erkeklere atfedilen roller göz önünde bulundurulduğunda, erkek hastalar azalan işlevsellikleri nedeniyle bu rolleri yerine getirmekte güçlük yaşıyor olabilir. Bu

sebeple çalışmamızda, erkeklerin umutsuzluk düzeyleri kadınlara kıyasla daha yüksek bulunmuş olabilir.

BUÖ ve alt boyutlarından alınan puanların, katılımcıların eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Buna göre farklı eğitim düzeylerindeki katılımcılar benzer umutsuzluk düzeyleri bildirmiştir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerle gerçekleştirilen farklı çalışmalar bu bulguyu desteklemektedir (Bilgin, 2022; Serafini ve ark., 2020). Diğer yandan kalp yetersizliği olan hastalar ile gerçekleştirilen bir çalışmada ise, ortaokul mezunu katılımcıların diğer eğitim düzeylerinden mezun katılımcılardan daha fazla umutsuzluk bildirdiği bulunmuştur (Kıncı, 2018).

Medeni durum değişkeni bakımından BUÖ ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Katılımcılar, evli veya bekar olmaları fark etmeksizin benzer umutsuzluk düzeyleri bildirmiştir. Literatürde yer alan çalışmalardan elde edilen sonuçlar bu bulguyu desteklemektedir (İsmanur, 2016; Serafini ve ark., 2020; Sır, 2023).

Katılımcıların umutsuzluk düzeylerinde, çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Çalışan katılımcılar BUÖ “gelecekle ilgili beklentiler” alt boyutundan, çalışmayan katılımcılara göre daha yüksek bir puan almışlardır. Buna göre, çalışan katılımcıların umutsuzluk düzeyleri daha yüksektir. Bilgin’in (2022) çalışmasında da, çalışan katılımcıların BUÖ “umut” alt boyutundan, çalışmayan katılımcılara kıyasla daha yüksek bir puan aldığı bulunmuştur. Diğer yandan, şizofreni tanısı olan hastalar ile gerçekleştirilen farklı bir çalışmada herhangi bir işte çalışmıyor olan katılımcıların umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Sır, 2023). Ayrıca literatürde, kişilerin umutsuzluk düzeylerinin çalışma durumlarına değişiklik göstermediğinin saptandığı çalışmalar da yer almaktadır (İsmanur, 2016; Serafini ve ark., 2020). Barut ve arkadaşları (2016) şizofreni tanısı olan hastalar ile gerçekleştirdiği çalışmalarında umutsuzluğun, hastalığın günlük işlevsellik üzerindeki etkileri, kişilerarası ilişkilerde yaşanan zorluklar, toplumsal damgalanma, kişisel hedeflere ulaşmada karşılaşılan sınırlamalar ve hastalığı yönetme konusundaki zorluklar gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanabileceğinden bahsetmişlerdir. Bipolar bozukluk da hastaların yaşam kalitesi ve günlük işlevselliği başta olmak üzere yaşamlarını pek çok yönden etkileyen kronik ruhsal hastalıklardan biridir. Bu nedenle

de bizim çalışmamızda da aktif olarak bir işte çalışıyor olan hastalar toplumsal damgalanmaya maruz kalma sıklıklarının daha fazla olması ihtimali, iş hayatında karşılaştıkları engeller ve ayrımcılığa maruz kalma vb. gerekçeler nedeniyle daha yüksek bir umutsuzluk düzeyi bildirmiş olabilir.

Umutsuzluk düzeyinin, katılımcıların gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Farklı gelir düzeylerinden olan katılımcılar, BUÖ ve alt boyutlarından benzer puanlar almıştır. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar bulunmakla birlikte (İsmanur, 2016; Serafini ve ark., 2020), Bilgin'in (2022) çalışmasında ise katılımcıların umutsuzluk düzeyleri farklı ekonomik durum kategorileri arasında anlamlı olarak değişiklik göstermiş; en yüksek umutsuzluk düzeyi ekonomik durumunu "geliri az" olarak bildiren grupta görülmüştür.

Umutsuzluk düzeyleri, ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsünün varlığına göre anlamlı olarak farklılaşmıştır. Ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü bulunan katılımcıların BUÖ toplam puanı ve BUÖ "gelecek ile ilgili duygular" alt boyutundan aldığı puanlar, ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü bulunmayan katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur. Bu bulguyu destekler bir şekilde, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri ile yapılan çalışmalarda ailelerin umutsuzluk yaşadıkları bildirilmektedir (Saunders, 2003; Gülseren, 2002). Diğer yandan kronik ruhsal hastalığı olan bireyler ile gerçekleştirilen, katılımcıların umutsuzluk düzeylerinin ailelerinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsünün bulunup bulunmadığına göre farklılık göstermediği çalışmalar da mevcuttur (Antypa ve Serretti, 2014; Bilgin, 2022; İsmanur, 2016; Serafini ve ark., 2020). Aile üyelerinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsünün bulunması ve hastalık ile ilgili kötü bir klinik gidiş, buna tanık olan kişilerin umut ve beklentilerini yitirmesine neden olabilir. Bizim çalışmamızda da ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü bulunan katılımcılar bu sebeple daha yüksek düzeyde umutsuzluk bildirmiş olabilir.

Umutsuzluk düzeyinin, kişide kronik rahatsızlık öyküsünün varlığına göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Kronik rahatsızlık öyküsü olan ve olmayan katılımcılar, BUÖ ve alt boyutlarından benzer puanlar almıştır. Bu bulguyu destekler biçimde ek fiziksel hastalığı olan ve olmayan katılımcıların umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırıldığı farklı çalışmalarda da katılımcıların benzer umutsuzluk düzeyleri bildirdiği bulunmuştur (İsmanur, 2016; Serafini ve ark., 2020). Bu bulgunun

tersi bir şekilde Sır'ın (2023) şizofreni tanısı olan hastalar ile gerçekleştirdiği çalışmasında, ruhsal hastalık harici başka bir hastalığı bulunan katılımcılar daha yüksek bir umutsuzluk düzeyi bildirmiştir. Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerle gerçekleştirilen bir çalışmada da hipertansiyon, kalp yetmezliği ve KOAH gibi sağlık sorunlarının varlığı daha yüksek umutsuzluk düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (Fortuna ve ark., 2020). Eşlik eden kronik fiziksel hastalıklar ile ilişkili bulunan umutsuzluk kavramı; hastalığın seyri, hastalığın kişinin yaşamını ne ölçüde etkilediği, tedavi süreçleri gibi faktörlerden de etkilenmektedir. Bu sebeple bizim çalışmamızda katılımcıların kronik fiziksel hastalıklarının özelliklerine ilişkin etmenler, kronik fiziksel hastalığı olan ve olmayan grubun puanlarının benzer olmasına neden olmuş olabilir.

Umutsuzluk düzeyinin, kişinin ailesinde kronik rahatsızlık öyküsünün varlığına göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Ailesinde kronik rahatsızlık öyküsü olan ve olmayan katılımcılar, BUÖ ve alt boyutlarından benzer puanlar almıştır. Literatürde direkt olarak bu bulguya ilişkin bir veri bulunamamıştır. Diğer yandan, bir hastanenin dahili ve cerrahi kliniklerinde yatmakta olan hastaların yakınlarıyla gerçekleştirilen bir çalışmada ebeveyn olan hasta yakınlarının diğer yakınlarla (oğlu, kızı, diğer) göre umutsuzluğunun daha fazla olduğu saptanmıştır (İnangil ve ark., 2021). Buna göre, bizim çalışmamızda katılımcıların ailelerinde kronik rahatsızlığı olan üyelerin daha çok aile büyükleri olmasından dolayı bildirilen umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık görülmemiş olabilir.

Katılımcıların umutsuzluk düzeylerinin, sigara kullanma alışkanlığına göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Sigara kullanan katılımcılar BUÖ toplam puanı, BUÖ “gelecekle ilgili duygular” alt boyutu ve BUÖ “gelecekle ilgili beklentiler” alt boyutundan; sigara kullanmayan katılımcılara kıyasla daha yüksek puan almışlardır. Buna göre sigara kullanan katılımcıların umut düzeyleri daha düşüktür. Bu kişiler geleceğe dair daha olumsuz beklenti ve duygular bildirmiştir. Bu bulguyu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Ekinci ve Ekinci'nin (2012) şizofreni hastaları ile gerçekleştirdiği çalışmalarında, sigara kullanımı olan katılımcıların anlamlı olarak daha yüksek düzeyde umutsuzluk bildirdiği bulunmuştur. 14-29 yaş arasındaki gençlerle yapılmış bir çalışmada, katılımcıların umutsuzluk düzeyleri arttıkça nikotin bağımlılığı puanlarının da artış gösterdiği saptanmıştır (Ayhan, 2023).

Diğer yandan bu bulgudan farklı olarak, sigara kullanımı olan ve olmayan katılımcıların umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirten çalışmalar da vardır (Kao ve ark., 2011; Kınıcı, 2018). Fortuna ve arkadaşlarının (2020) ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerle yaptıkları çalışmalarında kişilerin sigara kullanımı ile umutsuzluk düzeyleri arasında göz ardı edilebilir düzeyde düşük bir ilişkinin bulunduğu ifade edilmiştir. Literatürde psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerde, nikotin bağımlılığının rahatlama hissi uyandırarak stres ve kaygıyı azaltması ve hastalığın olumsuz belirtilerini kısmen maskeleyebilmesi gibi etkileri nedeniyle sigara içme oranlarının genel nüfusa göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum birden fazla psikopatolojinin varlığında 2,5 kat daha yüksek olabilmektedir (Sciberras ve ark., 2017). Buna göre bizim çalışmamızda umutsuzluk düzeyi daha yüksek olan katılımcılar, umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili zorlayıcı duygularla başa çıkabilmek için daha fazla sigara kullanıyor olabilir.

Umutsuzluk düzeyinin, hastaneye yatış öyküsünün varlığına göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Hastaneye yatış öyküsü olan ve olmayan katılımcılar, BUÖ ve alt boyutlarından benzer puanlar almışlardır. Literatürde yer alan farklı çalışmalarda da bu bulguyu destekleyen sonuçlar bildirilmiştir (Bilgin, 2022; İsmanur, 2016; Sır, 2023).

Katılımcıların umutsuzluk düzeylerinin, intihar girişimi öyküsünün varlığına göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. İntihar girişimi öyküsü olan katılımcılar BUÖ toplam puanı ile “motivasyon kaybı” ve “gelecekle ilgili beklentiler” alt boyutlarından; intihar girişimi öyküsü olmayan katılımcılara kıyasla daha yüksek puan almışlardır. Buna göre intihar girişimi öyküsü olan katılımcıların umut düzeyleri daha düşüktür. Bu kişiler daha fazla motivasyon kaybı ve gelecekle ilgili daha olumsuz beklentiler bildirmiştir. Bu bulgu literatür ile uyumludur. Literatürde “umutsuzluk”, intihar ile ilişkili bulunan kavramların başında yer almaktadır. BPB tanısı olan hastalar ile yapılan çalışmalarda da hem bu çalışma hem de literatür ile uyumlu olarak, intihar girişimi öyküsü olan kişilerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla umutsuzluk bildirdiği görülmektedir (Abreu ve ark., 2009; Acosta ve ark., 2012; Akkoyun, 2016; Galfalvy ve ark., 2006; İsmanur, 2016; Oquendo ve ark., 2006; Valtonen ve ark., 2005). Literatürde umutsuzluk, intihar girişiminin en önemli yordayıcılarından biri olarak kabul edilmektedir. Öyle ki Beck ve arkadaşları,

umutsuzluk teorisiyle intihar davranışını açıklamaya çalışmışlardır (Beck ve ark., 1975). Bu çalışmada da intihar girişimi öyküsü bulunan katılımcıların daha yüksek düzeyde umutsuzluk bildirmiş olmaları, literatür ile uyumlu bir bulgudur.

Katılımcıların umutsuzluk düzeylerinin, ailelerinde intihar girişimi öyküsünün varlığına göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Ailesinde intihar girişimi öyküsü olan katılımcılar BUÖ toplam puanı ile “gelecekle ilgili duygular” ve “gelecekle ilgili beklentiler” alt boyutlarından; ailesinde intihar girişimi öyküsü olmayan katılımcılara kıyasla daha yüksek puan almışlardır. Buna göre ailesinde intihar girişimi öyküsü bulunan kişiler gelece dair daha umutsuzdur ve gelecekle ilgili daha olumsuz duygu ve beklentiler bildirmiştir. Literatürde direkt olarak bu bulguyu destekleyen bir çalışmaya rastlanmamış olmakla birlikte, intihar nedeniyle bir yakını kaybeden kişilerle gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcıların %51.4’ünün yüksek düzeyde umutsuzluk bildirdiği bulunmuştur (Bellini ve ark., 2018). Diğer yandan bu bulgudan farklı olarak Serafini ve arkadaşlarının (2020) unipolar ve bipolar duygudurum bozukluğu olan ötimik hastalarda gerçekleştirdikleri çalışmada ise, ailesinde intihar davranışı öyküsü bulunan ve bulunmayan katılımcılar umutsuzluk düzeyleri bakımından karşılaştırılmış ve iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. İntihar davranışı ister bir düşünce, ister girişim ya da tamamlanmış bir eylem olsun aileyi derinden etkiler. Bir aile üyesinin intihar girişimine doğrudan veya dolaylı olarak tanık olmak, bu kişilerin gelecek ile ilgili olumsuz duygu ve beklentilerinin yoğunlaşması bakımından bir risk yaratmış olabileceğinden bizim çalışmamızda da ailesinde intihar girişimi öyküsü bulunan kişilerin umutsuzluk düzeyleri daha yüksek bulunmuş olabilir.

Katılımcıların umutsuzluk düzeylerinin, geçmişte psikotik semptom göstermiş olma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Geçmişte psikotik semptom göstermiş olan katılımcılar BUÖ “gelecekle ilgili beklentiler” alt boyutundan daha yüksek puan almıştır. Buna göre geçmişte psikotik semptom göstermiş olan katılımcılar gelecek ile ilgili daha olumsuz beklentiler bildirmiştir. Bu bulguyu destekler bir şekilde, Öztürk’ün (2012) şizofreni tanısı olan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların “Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeğinden” aldığı puanlar ile “Beck Umutsuzluk Ölçeğinden” aldığı puanlar pozitif ilişkili bulunmuştur. Katılımcıların bildirdiği pozitif belirtiler arttıkça umutsuzluk düzeyleri de artış

göstermiştir. Bu bulgudan farklı olarak Serafini ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında ise, hastalığın ilk epizodunda psikotik semptomu bulunan katılımcılar ile bulunmayanların umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır. Bipolar bozukluğu olan hastalarda umutsuzluk ile ilişkili faktörleri inceleyen bazı araştırmalarda umutsuzluğun, daha kötü işlevsellik ve sağlık durumu ile ilişkili olduğu görülmektedir (Morris ve ark., 2005; Pompili ve ark., 2013). Psikotik semptomlar da hastalığın daha zorlayıcı bir klinik görünümüdür. Bu semptomların kişinin işlevselliğini negatif yönde etkileyebilmesi ve bu semptomlar nedeniyle hastaların damgalanmaya maruz kalmış olması gibi gerekçelerle bizim çalışmamızdaki psikotik semptom öyküsü bulunan katılımcılar, bulunmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde bir umutsuzluk bildirmiş olabilir.

### **5.3. Olumsuz Hastalık Algısı Değişkeninin Sosyodemografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların İncelenmesi**

Çalışmamızda katılımcıların hastalık algısı düzeylerini ölçmek için Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) kullanılmıştır. Bu başlık altında Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) ve alt boyutlarından (bilişsel hastalık temsilleri ve duygusal hastalık temsilleri) alınan puanların çeşitli sosyodemografik değişkenler bakımından karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılacaktır.

Bu çalışmada, katılımcıların hastalık algısı düzeyleri arasında cinsiyet değişkeni bakımından anlamlı bir farklılık görülmediği bulunmuştur. Kadın ve erkek katılımcılar Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) ve alt boyutlarından (“Bilişsel hastalık temsilleri” ve “Duygusal hastalık temsilleri”) benzer puanlar almıştır. Bu bulguyu destekler şekilde; Subramaniam ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, duygudurum bozukluğu olan katılımcıların hastalık algısı düzeylerinin cinsiyete göre bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Bu bulgudan farklı olarak literatürde hastalık algısı düzeylerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiğinin saptandığı çalışmalar da yer almaktadır. Bu çalışmaların bir kısmında erkeklerin hastalığa ilişkin algılarının daha olumsuz olduğu bulunmuşken (Arpacı, 2021; Ünal ve ark., 2022), bir kısmında ise kadın katılımcıların hastalık algılarının daha olumsuz olduğu bulunmuştur (Arslan, 2021; Boyacı, 2021).

Katılımcıların hastalık algısı düzeyinin, eğitim düzeyine göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Üniversite ve üzeri mezunu olan katılımcıların KHAÖ

“Duygusal hastalık temsilleri” alt boyutundan aldığı puanlar, ilköğretim mezunu katılımcılardan daha yüksektir. Buna göre, bu çalışmadaki üniversite ve üzeri mezunu olan katılımcılar hastalık ile ilgili duygusal temsiller bakımından daha olumsuz bir hastalık algısına sahiptir. Bu bulguyla ilgili olarak literatürde yer alan çalışma bulguları çeşitlilik göstermektedir. Bipolar bozukluğu olan katılımcılar ile gerçekleştirilen bir çalışmada lise ve üzeri bir eğitim düzeyinden mezun olan katılımcıların, lise altı bir eğitim düzeyinden mezun katılımcılara kıyasla hastalık algılarının daha olumsuz olduğu bulunmuştur (Ünal ve ark., 2022). Diğer yandan, Arslan’ın (2021) kronik fiziksel hastalığı olan katılımcılar ile gerçekleştirdiği çalışmasında okur yazar olmayan katılımcıların ileri eğitim düzeylerinden mezun katılımcılara kıyasla hastalık ile ilgili duygusal temsillerinin daha olumsuz nitelikte olduğu bulunmuştur. Boyacının (2021) tip 1 ve tip 2 diyabet tanısı olan hastalar ile gerçekleştirdiği çalışmasında ise ilk-orta öğretim düzeyinden mezun katılımcıların, lise ve üzeri eğitim düzeylerinden mezun katılımcılara kıyasla daha olumsuz bir hastalık algısı bildirdiği bulunmuştur. Arpacı’nın (2021) şizofreni tanısı olan hastalar ile gerçekleştirdiği çalışmasında ise, katılımcıların hastalık algılarının farklı eğitim düzeyleri arasında değişiklik göstermediği bulunmuştur. Kişilerin eğitim düzeyleri yükseldikçe bununla paralel olarak hem kendilerinin hem de toplumun onlardan beklentileri artabilir, kişiler daha fazla sosyal karşılaştırmaya maruz kalabilir ve hastalığın olumsuz etkilerine yönelik daha yüksek bir farkındalıkları olabilir. Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyi daha yüksek olan kişiler hastalık nedeniyle yaşadıkları bu olumsuz etkiler dolayısıyla daha olumsuz bir hastalık algısı bildirmiş olabilir.

Katılımcıların hastalık algısı düzeylerinin medeni durum değişkeni bakımından anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Katılımcılar, evli veya bekar olmaları fark etmeksizin KHAÖ ve alt boyutlarından benzer puanlar almıştır. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar mevcuttur (Arpacı, 2021; Arslan, 2021). Ayrıca Subramaniam ve arkadaşlarının (2018) çalışmalarında da duygudurum bozukluğu olan evli ve bekar katılımcıların hastalık algısı düzeyleri arasında fark bulunmamıştır. Fakat bu çalışmada farklı olarak, katılımcıların medeni durumları “ayrı, boşanmış veya dul” şeklinde isimlendirilen ayrı bir kategoride daha değerlendirilmiş ve bu grupta yer alan katılımcıların hastalığa ilişkin deneyimledikleri semptomları, medeni durumunu evli veya bekar olarak tanımlayan katılımcılara kıyasla daha olumsuz algıladıkları saptanmıştır (Subramaniam ve ark., 2018). Ünal ve

arkadaşlarının (2022) çalışmasında ise, bipolar bozukluğu olan evli katılımcıların hastalık algılarının bekar katılımcılara kıyasla daha olumsuz olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların hastalık algısı düzeylerinin çalışma durumu değişkeni bakımından anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Çalışan ve çalışmayan katılımcıların KHAÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar benzerdir. Bu bulgu literatür ile uyumlu değildir. Literatürde yer alan çalışmalarda çalışan ve çalışmayan katılımcıların hastalık algılarının farklılık gösterdiği, herhangi bir işte çalışmayan katılımcıların daha olumsuz hastalık algısına sahip olduklarının saptandığı bildirilmektedir (Akkol, 2018; Arpacı, 2021; Boyacı, 2021; Subramaniam ve ark., 2018). Bizim çalışmamızda, katılımcıların hastalık algısını belirleyen etmenler hastalığın doğası ile ilgili yaşadıkları deneyimler olabileceğinden çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık görülmemiş olabilir.

Katılımcıların hastalık algısı düzeylerinin, gelir düzeylerine göre anlamlı olarak farklılık göstermediği saptanmıştır. Farklı gelir düzeylerine sahip katılımcılar, KHAÖ ve alt boyutlarından benzer puanlar almıştır. Bu bulguyu destekler bir şekilde Demir'in (2021) tip 2 diyabet hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışmasında katılımcıların hastalık algısı düzeylerinin gelir düzeylerine göre değişmediği bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışmalarda ise hastalık algısının, farklı gelir düzeylerine göre değişiklik gösterdiğinden bahsedilmektedir (Arpacı, 2021; Ünal ve ark., 2022). Ünal ve arkadaşlarının (2022) çalışmalarında gelir düzeyi asgari ücretin üzerinde olan katılımcıların gelir düzeyi asgari ücret ve altında olan katılımcılardan daha olumsuz bir hastalık algısına sahip oldukları bulunmuştur. Arpacı'nın (2021) şizofreni tanısı olan hastalar ile gerçekleştirdiği çalışmasında ise, gelir düzeyini "kötü" olarak algılayan katılımcıların diğer katılımcılara kıyasla daha olumsuz bir hastalık algısı bildirdiği bulunmuştur.

Katılımcıların hastalık algısı düzeylerinin ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsünün varlığı bakımından anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Ailelerinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü olan ve olmayan katılımcılar KHAÖ ve alt boyutlarından benzer puanlar almıştır. Arpacı'nın (2021) şizofreni tanısı olan hastalar ile gerçekleştirdiği çalışmasında da bu bulguyu destekler bir şekilde, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan ve olmayan katılımcıların hastalık algısı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Katılımcıların hastalık algısı düzeylerinin kişide kronik rahatsızlık öyküsünün varlığına göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Kronik rahatsızlık öyküsü olan ve olmayan katılımcılar KHAÖ ve alt boyutlarından benzer puanlar almıştır. Literatürde bu bulgu ile ilişkili olarak, kronik ruhsal hastalığı olan kişilerle yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat diyabet tanısı olan hastalar ile gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların diyabet harici ek bir hastalıklarının varlığına göre hastalık algısı düzeyleri karşılaştırılmış; ek bir hastalığı olduğunu bildiren katılımcıların hastalık algılarının anlamlı olarak daha olumsuz olduğu bulunmuştur (Öztepe, 2017).

Katılımcıların hastalık algısı düzeylerinin kişinin ailesinde kronik rahatsızlık öyküsünün varlığına göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Ailesinde kronik rahatsızlık öyküsü olan ve olmayan katılımcılar, katılımcılar KHAÖ ve alt boyutlarından benzer puanlar almıştır. Literatürde bu bulguya ilişkin, kronik ruhsal hastalığı olan kişilerle yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat fiziksel hastalığı olan katılımcılar ile gerçekleştirilen farklı çalışmalarda, katılımcıların hastalık algısı düzeylerinin ailelerinde kronik hastalık öyküsünün varlığına göre farklılık göstermediği bulunmuştur (Demir, 2022; Kuş, 2023; Öztepe, 2017).

Katılımcıların hastalık algısı düzeylerinin, sigara kullanma alışkanlığına göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Sigara kullanan katılımcıların KHAÖ “duygusal hastalık temsilleri” alt boyutundan, sigara kullanmayan katılımcılara kıyasla daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Buna göre bu çalışmada, sigara kullanan katılımcıların hastalık ile ilgili duygusal temsiller bakımından daha olumsuz bir hastalık algısına sahip olduğu bulunmuştur. Literatürde bu bulguyu destekleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bulgunun tersi bir şekilde bir başka çalışmada, sigara kullanmayan katılımcıların KHAÖ toplam puanı bakımından sigara kullanan katılımcılara kıyasla daha yüksek puanlar aldıkları bulunmuştur (Ünal ve ark., 2022). Demir’in (2021) tip 2 diyabet hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışmasında ise katılımcıların hastalık algısı düzeylerinin sigara kullanma alışkanlıklarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Sigara kullanmak, hastalığı olumsuz algılıyor olmaktan kaynaklanan olumsuz duygularla başa çıkmada rahatlatıcı bir işlev görüyor olabileceğinden bizim çalışmamızda sigara kullanma alışkanlığı olan kişiler hastalık ile ilgili daha olumsuz duygusal temsillere sahip kişiler olmuş olabilir.

Katılımcıların hastalık algısı düzeylerinin, hastaneye yatış öyküsünün varlığına göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Hastaneye yatış öyküsü olan katılımcılar, KHAÖ toplam puanı ve KHAÖ “duygusal hastalık temsilleri” alt boyutundan daha yüksek puanlar almıştır. Buna göre hastaneye yatış öyküsü olan katılımcıların hastalık ile ilgili daha olumsuz bir algıya sahip olduğundan söz etmek mümkündür. Literatürde bu bulguyu destekleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bulgudan farklı olarak Ünal ve arkadaşlarının (2022) çalışmalarında ise; hastaneye yatış öyküsü bulunmayan katılımcıların hastalık algılarının daha olumsuz olduğu bulunmuştur. Bipolar bozuklukta yatış endikasyonu gerektiren durumlar daha çok hastalıkla ilgili kötü bir klinik gidişi ifade eden, hastalık belirtilerinin daha zorlayıcı bir nitelikte olduğu durumlardır. Bu nedenle bizim çalışmamızda, yatış öyküsü bulunan katılımcılar hastalık ile ilgili yaşadıkları bu zorlayıcı deneyimlerden kaynaklı olarak daha olumsuz bir hastalık algısına sahip olmuş olabilir.

Katılımcıların hastalık algısı düzeylerinin intihar girişimi öyküsünün varlığı bakımından anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. İntihar girişimi öyküsü bulunan ve bulunmayan katılımcılar KHAÖ ve alt boyutlarından benzer puanlar almıştır. Literatürde bu bulguyu destekleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bulgudan farklı olarak bir çalışmada, hastalık algısı düzeylerinin intihar girişimi öyküsü bulunan ve bulunmayan katılımcılar arasında farklılık gösterdiği; intihar girişimi öyküsü bulunan katılımcıların hastalık algılarının daha olumsuz olduğu bulunmuştur (Ünal ve ark., 2022). İntihar girişimi hastalar için oldukça zorlayıcı bir deneyim olmakla birlikte sonrasında hastaların tedaviye erişimleri, planlanan tedaviye uyum göstermiş olmaları, sosyal destek düzeyleri ve hastalıkları ile ilgili farkındalık düzeyleri birçok etmen de sürecin devamı bakımından belirleyici olmaktadır. Bizim çalışmamızda da katılımcıların hastalık algısı düzeyleri arasında, bu gibi etmenler nedeniyle anlamlı ölçüde bir farklılık görülmemiş olabilir.

Katılımcıların hastalık algısı düzeylerinin, ailelerinde intihar girişimi öyküsünün varlığı bakımından anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Ailesinde intihar girişimi öyküsü bulunan ve bulunmayan katılımcılar KHAÖ ve alt boyutlarından benzer puanlar almıştır. Literatüre bakıldığında, bu bulguya ilişkin bir çalışma bulunamamıştır.

Katılımcıların hastalık algısı düzeylerinin, geçmişte psikotik semptom göstermiş olma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Geçmişte psikotik semptom göstermiş olan katılımcılar, KHAÖ toplam puanı ve KHAÖ “duygusal hastalık temsilleri” alt boyutundan daha yüksek puanlar almıştır. Buna göre geçmişte psikotik semptom göstermiş olan katılımcıların hastalık ile ilgili daha olumsuz bir algıya sahip olduğundan söz etmek mümkündür. Bu bulgu ile ilgili literatürde herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Psikotik semptomlar hastanın gerçeklik algısını zedelemesi, sosyal ilişkilerinde bozulmalara ve damgalanmaya neden olabilmesi, kişinin işlevselliğini bozabilmesi ve tedaviye görece dirençli semptomlar olması nedeniyle kişilerin olumsuz bir hastalık algısı geliştirmesiyle ilgili olabilir. Bu nedenle bizim çalışmamızda da geçmişte psikotik semptom göstermiş olan katılımcılar, yaşadıkları bu zorlayıcı durumlar ile ilgili olarak hastalığa dair daha olumsuz duygusal temsiller geliştirmiş olabilir.

#### **5.4. Çocukluk Çağı Travmaları, Umutsuzluk ve Olumsuz Hastalık Algısı Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Dair Bulguların İncelenmesi**

Bu başlık altında araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiler, literatür ışığında tartışılacaktır.

Çalışmamızın hipotezlerinden biri “Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda çocukluk çağı travmaları ile umutsuzluk arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.” olarak belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde farklı örneklerde yapılan birçok çalışmada da umutsuzluk, daha fazla çocukluk çağı travması ile ilişkili bulunmuştur (Arslan, 2021; Courtney ve ark., 2008; Çakar ve ark., 2018; Domke ve ark., 2023; Gambaro ve ark., 2020; Gaskin-Wasson ve ark., 2016; Lamis ve ark., 2014; Meadows ve Kaslow, 2002; Özen ve ark., 2007; Palagini ve ark., 2021; Serafini ve ark., 2020; Türkgil, 2021). Bu çalışmalar arasında psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalar ile yapılan çalışmalar da yer almaktadır. Örneğin, Palagini ve arkadaşlarının (2021) BPB tanısı olan hastalar ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında umutsuzluk, erken dönem travmaları ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Duygudurum bozukluğu olan hastalarda umutsuzluk ve umutsuzlukla ilişkili olabileceği düşünülen faktörleri araştıran bir başka çalışmada da, umutsuzluk ile çocuklukta fiziksel istismar, duygusal istismar ve fiziksel ihmal yaşantıları arasında pozitif ilişki saptanmıştır (Serafini ve ark., 2020). Majör depresyon tanısı alan hastalar ile gerçekleştirilen bir çalışmada ise

umutsuzluk, duygusal ihmal ve duygusal istismar ile pozitif ilişkili bulunmuştur (Arslan, 2021). Depresif dönemdeki psikiyatri hastalarıyla gerçekleştirilen bir çalışmada çocukluk çağı duygusal istismarı ile umutsuzluk pozitif ilişkili bulunmuştur (Domke ve ark., 2023). Bizim çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre de ÇÇOYÖ'den alınan puanlar ile BUÖ ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında pozitif bir ilişki mevcuttur. Bu bulgu hipotezimizi desteklemekle birlikte, literatür ile de uyumludur. Diğer yandan literatürde yer alan, çalışan ve çalışmayan kadınların çocukluk çağı travma yaşantılarının anksiyete ve umutsuzluk düzeyleri üzerindeki etkisini incelemek üzere yapılan bir araştırmada ise, çocukluk çağı travmaları ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Mutlu, 2015).

Çalışmamızın hipotezlerinden bir diğeri “Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.” olarak belirlenmiştir. Literatürde bu konu ile ilgili çok kısıtlı sayıda çalışma bulunmakla birlikte mevcut çalışmaların bir kısmı bu bulguyu desteklemektedir. Traino ve arkadaşlarının (2023) kronik hastalığı olan beliren yetişkinlik dönemindeki kişilerle gerçekleştirdikleri çalışmada, daha fazla çocukluk çağı olumsuz yaşantısının daha olumsuz hastalık değerlendirmelerini (yani, hastalık belirsizliği ve hastalık müdahalesi) yordadığı bulunmuştur. Buna göre kişiler, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının düzeyi arttıkça hastalığa dair daha olumsuz değerlendirmelerde bulunmaktadır (Traino ve ark., 2023). İki farklı hastanedeki nöroloji, kardiyoloji ve gastroenteroloji kliniklerine başvuran hastalar ile gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise, çocukluk çağı olumsuz yaşantısı bildiren ve bildirmeyen katılımcılar Hastalık Algısı Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları puanlar bakımından karşılaştırılmış ve çocukluk çağı olumsuz yaşantısı bildiren katılımcıların “kimlik” alt boyutundan anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur. Buna göre, çocukluk çağı olumsuz yaşantısı olan kişiler hastalık ile ilgili belirtileri daha olumsuz algılamaktadır (Fiddler ve ark., 2004). Bizim çalışmamızda da ÇÇOYÖ puanları, KHAÖ ve alt boyutlarından alınan puanlar ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Bu bulgu hipotezimizi desteklemektedir ve söz konusu çalışmalardan elde edilen bulgular ile uyumludur. Diğer yandan Fay (2015) tarafından fibromiyalji tanısı olan hastalar ile gerçekleştirilen çalışmada çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile hastalık algısı (kişisel kontrol, tedavi kontrolü) arasındaki ilişki incelenmiş; çocukluk çağı olumsuz

yaşantıları ile hastalık algısının “kişisel kontrol” ve “tedavi kontrolü” bileşenleri arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı, fibromiyalji hastalığına sahip bireyler arasında bildirilen çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının, hastalık süreci üzerinde algılanan kontrol düzeylerini veya mevcut tedavilerin verimliliğini etkilemediği saptanmıştır (Fay, 2015).

Çalışmamızın bir diğer hipotezi ise, “Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda umutsuzluk ile olumsuz hastalık algısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.” olarak belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında, umutsuzluk ve olumsuz hastalık algısı arasında pozitif ilişkinin bulunduğu çok sayıda farklı çalışma yer almaktadır. Bu çalışmalar bipolar I ve şizoaffektif bozukluk hastaları (Berk ve ark., 2013), kanser hastaları (Gökler-Danışman ve ark., 2017; Igrutinović ve ark., 2022; Kayış, 2009; Nehir ve ark., 2019), kronik böbrek yetmezliği olan ve hemodiyaliz tedavisi alan hastalar (Cengiz ve Sarıtaş, 2019; Oktay, 2011; Mollaoğlu ve ark., 2016) ve karaciğer nakli olan hastalar (Demir ve Demir, 2022) gibi farklı örneklerde gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte literatürde, bu bulguyu desteklemeyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızın örnekleme ile benzer bir şekilde bipolar bozukluğu olan hastalar ile çalışmalarını gerçekleştiren Berk ve arkadaşları (2013), umutsuzluk ile olumsuz hastalık bilişleri arasında pozitif bir ilişki bulunduğunu saptamışlardır. Buna göre bu çalışmada, umutsuzluk arttıkça katılımcıların hastalığa dair bilişleri daha olumsuz bir nitelik taşımıştır. Bizim çalışmamızda da BUÖ toplam puanı ve alt boyutları ile KHAÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Bu bulgu literatür ile uyumlu olup, hipotezimizi desteklemektedir.

### **5.5. Aracı Rol Analizine Yönelik Bulguların İncelenmesi**

Bu çalışmanın temel hipotezi “Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda umutsuzluk çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir.” olarak belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkide umutsuzluğun aracı rolünün değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda, çocukluk çağı travma yaşantılarının hastalık algısı üzerindeki etkisinde umutsuzluğun kısmi aracı rolünün olduğu bulunmuştur. Başka bir deyişle, çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişki umutsuzluk

tarafından dolaylı olarak etkilenmektedir. Bu nedenle umutsuzluk, çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkiyi açıklamada önemli bir yere sahiptir. Çocukluk çağı travmaları arttıkça kişinin daha fazla umutsuzluğa sahip olabileceği ve hastalığa ilişkin algısının daha olumsuz olacağı düşünülmektedir. Literatürde, çocukluk çağı travmalarının umutsuzluk ile anlamlı ilişkide olduğu yani kişilerin umutsuzluk düzeylerinin çocukluk çağındaki travmalardan etkilenebildiği görülmektedir (Arslan, 2021; Courtney ve ark., 2008; Çakar ve ark., 2018; Domke ve ark., 2023; Gambaro ve ark., 2020; Gaskin-Wasson ve ark., 2016; Lamis ve ark., 2014; Meadows ve Kaslow, 2002; Özen ve ark., 2007; Palagini ve ark., 2021; Serafini ve ark., 2020; Türkgil, 2021). Aynı şekilde umutsuzluğun, olumsuz hastalık algısını etkilediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Berk ve ark., 2013; Cengiz ve Sarıtay, 2019; Demir ve Demir, 2022; Gökler-Danışman ve ark., 2017; Igrutinović ve ark., 2022; Kayış, 2009; Mollaoğlu ve ark., 2016; Nehir ve ark., 2019; Oktay, 2011).

Çalışmanın verileri, çocukluk çağı travmaları ve olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkide umutsuzluğun aracı rolünü ortaya koyarak, çocukluk dönemindeki travmatik yaşantıları daha fazla olan kişilerin hastalık algılarının daha olumsuz olabileceği ve bu ilişkiye umutsuzluğun etki edebileceğini göstermektedir. Literatürde çocukluk çağı travmalarının, bilişsel risk faktörleri ile ilişki olduğu ve bu yaşantılara maruz kalan kişilerin algılarını çarpıtması yönüyle hem şimdiki hem de gelecekteki yaşamlarını etkilediği belirtilmektedir (Herman, 2016; Taylor ve ark., 2021; Yargıç ve ark., 2012). Bu nedenle çocukluk çağında travmatik yaşantıya maruz kalan kişilerin, bilişsel yapılarının etkilenmesi nedeniyle umutsuzluğa yatkınlık geliştirebilecekleri düşünülebilir. Söz konusu bu yatkınlığa ek olarak, BPB tanısı olan hastalarda daha fazla çocukluk çağı travmasının varlığının hastalığa ilişkin daha zorlayıcı bir klinik gidiş ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Aas ve ark., 2016; Brown ve ark., 2005; Erten ve ark., 2014; Fisher ve Hosang, 2010; Garcia-Amador ve ark. 2009; Garno ve ark., 2005; Gonzales-Pinto ve ark. 2011; Leboyer ve ark., 2007; Maniglio, 2013). Hastalık sürecinde deneyimlenen bu zorlayıcı belirtiler nedeniyle hastaların yaşamları ve genel işlevsellikleri bu durumdan olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Cerit ve ark., 2012; Strakowski, 2014). Dolayısıyla çocukluk çağı travmaları, bipolar bozukluğu olan hastaların umutsuzluk düzeylerini bu yönden de etkileyebilir. Kişinin gelecek ile ilgili olumsuz beklentilere sahip olması, gelecekte hiçbir şeyin iyiye gitmeyeceğine veya kötü olayların yaşanacağına inanması ve bu kötü olaylar ile başa çıkmayacağını

düşünmesiyle karakterize olan umutsuzluk kavramı (Gambaro ve ark., 2020; Marchetti, 2019), bir hastalığın varlığında bu hastalığa verilen tepkilere dair de önemli bir belirleyicidir. Ganzini ve arkadaşları (1994), umutsuzluk yaşayan hastaların genellikle tedavilerinin risklerini abarttığını ve faydalarını küçümsediğini bildirmişlerdir. Bir hastalığın varlığında umut, çaresizlik hissini engelleyerek hastaların daha iyi hissetmelerine ve tedavilerini sürdürmelerine yardımcı olmaktadır (Mollaoğlu ve ark., 2016). Dolayısıyla hastaların umutsuzluk düzeyleri arttıkça hastalığa ilişkin algıları olumsuz yönde etkilenmektedir (Lichwala, 2014). Traino ve arkadaşlarının (2023) çalışmalarında da kronik tıbbi rahatsızlığı olan kişilerde çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının kişileri hastalıklarını daha olumsuz değerlendirmeye yatkın kıldığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının hastalık algısı üzerindeki etkisinde umutsuzluğun kısmi aracı rolünün olması, kişilerin çocukluk çağındaki olumsuz yaşantıların ardından umutsuzluğa karşı bir yatkınlık geliştirebileceği ve hastalık algılarının da bu bağlamda daha olumsuz nitelikte olacağı şeklinde yorumlanabilir.

## ALTINCI BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda çocukluk çağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkide umutsuzluğun aracı rolü değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda, bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda çocukluk çağı travmaları ve olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkiye umutsuzluk aracılık etmektedir ana hipotezini destekleyen bulgular elde edilmiştir. Yani, çocukluk çağı travmaları umutsuzluk aracılığıyla olumsuz hastalık algısını etkilemektedir.

Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi sonucunda, çocukluk çağı travmaları, umutsuzluk ve olumsuz hastalık algısı değişkenleri arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişki bulunmuştur.

Araştırmanın sonuçları çocukluk çağı travması değişkeni açısından incelendiğinde; ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan katılımcıların ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayanlara göre ve geçmişte psikotik semptomu bulunanların da geçmişte psikotik semptomu bulunmayanlara göre daha fazla çocukluk çağı travma yaşantısı bildirdiği bulunmuştur. Cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sigara kullanma alışkanlığı, hastaneye yatış öyküsü, intihar girişimi öyküsü, ailede intihar girişimi öyküsü, medeni durum, gelir düzeyi, kronik tıbbi hastalık öyküsü ve ailede kronik tıbbi hastalık öyküsü değişkenleri bakımından, bildirilen çocukluk çağı travmalarının anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır.

Araştırmanın sonuçları umutsuzluk değişkeni açısından incelendiğinde; erkeklerin kadınlara göre, çalışanların çalışmayanlara göre, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanların ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayanlara göre, sigara kullananların sigara kullanmayanlara göre, intihar girişimi öyküsü bulunanların intihar girişimi öyküsü bulunmayanlara göre, ailesinde intihar girişimi öyküsü bulunanların ailesinde intihar girişimi öyküsü bulunmayanlara göre ve geçmişte psikotik semptomu bulunanların da geçmişte psikotik semptomu bulunmayanlara göre daha fazla umutsuzluğa sahip olduğu görülmüştür. Bildirilen umutsuzluk düzeyleri arasında, eğitim düzeyi, hastaneye yatış öyküsü, medeni durum, gelir düzeyi, kronik tıbbi hastalık öyküsü ve ailede kronik tıbbi hastalık öyküsü değişkenleri bakımından anlamlı bir farklılık görülmediği bulunmuştur.

Araştırmanın sonuçları olumsuz hastalık algısı değişkeni açısından incelendiğinde; üniversite ve üzeri bir eğitim düzeyinden mezun olanların ilkokul mezunu olanlara göre, sigara kullananların sigara kullanmayanlara göre, hastaneye yatış öyküsü bulunanların hastaneye yatış öyküsü bulunmayanlara göre ve geçmişte psikotik semptomu bulunanların geçmişte psikotik semptomu bulunmayanlara göre hastalık algılarının daha olumsuz olduğu bulunmuştur. Katılımcıların olumsuz hastalık algılarının, cinsiyet, çalışma durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar girişimi öyküsü, ailede intihar girişimi öyküsü, medeni durum, gelir düzeyi, kronik tıbbi hastalık öyküsü ve ailede kronik tıbbi hastalık öyküsü değişkenlerine göre anlamlı olarak farklılık göstermediği saptanmıştır.

## **Öneriler**

**1.** Araştırma kapsamında BPB tanısı olan 121 (65 kadın, 56 erkek) katılımcıya hizmet almakta oldukları Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) aracılığıyla ulaşılmıştır. TRSM'ler, multidisipliner yaklaşımla çalışan toplum ruh sağlığı ekipleri tarafından toplumu bilinçlendirme, damgalama ile mücadele, TRSM'ye kayıtlı kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel ve ruhsal tedavilerinin yürütülmesi, sosyal, ekonomik, barınma ve iş konularındaki sıkıntıların giderilmesi ve hastaların topluma yeniden kazandırılması gibi hedeflere yönelik hizmet veren birimlerdir (Ensari ve ark., 2013). Katılımcıların hizmet almakta oldukları merkezde dahil oldukları bireysel görüşme veya psikoeğitim gibi uygulamalar, çocukluk çağı travmaları, umutsuzluk ve olumsuz hastalık algısı değişkenlerine ilişkin öznel bildirimlerini etkilemiş olabilir. Araştırma evrenini temsil etmede daha genellenebilir sonuçlara ulaşabilmek adına, sonraki araştırmaların TRSM'lerden hizmet almıyor olan BPB hastalarının da dahil edildiği daha fazla sayıda katılımcıdan oluşan geniş kapsamlı örneklemelerde gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

**2.** Bu araştırmanın deseni “kesitsel desen” olarak belirlenmiştir. Kesitsel desende çocukluk çağı travmalarına ilişkin retrospektif ölçümler alınmaktadır. Bu ölçümler sonucu elde edilmesi beklenen bilgilerin, katılımcılar tarafından zaman içerisinde yeniden yapılandırılma olasılığı

bulunmakla birlikte, artan umutsuzluk düzeyleri de geçmişe yönelik olayları daha olumsuz algılamaya ilişkin bir etki yaratabilir. Bu nedenle ileri araştırmaların, “boylamsal desen” ile gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

**3.** Bu çalışmada bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda çocukluk ağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkide umutsuzluğun aracı rolünün olduğu bulunmuştur. Gelecekteki çalışmalarda, umutsuzluğun aracılık etkisini değerlendirmek üzere umutsuzluğa yönelik m¼dahaleleri içeren deneysel çalışmalar ile modeldeki ilişkinin tekrar incelenmesinin yararlı olabileceği d¼ř¼n¼lmektedir.

**4.** Literat¼re bakıldığında, T¼rkiye’de BPB tanısı olan hastalarda olumsuz hastalık algısını inceleyen araştırmaların çok kısıtlı sayıda olduğu g¼r¼lmektedir. Bu bağlamda çalışmamız BPB ¼rnekleminde hastalık algısını ele alan ¼lkemizdeki birkaç çalışmadan biri olmakla birlikte BPB tanısı olan hastalarda çocukluk ağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkide umutsuzluğun aracı rol¼n¼ ele alan ve bu değişkenlerin bir arada değerlendirildiği ilk araştırma ¼zellięine sahiptir. BPB tanısı olan hastaların hastalık algıları ve ilişkili fakt¼rleri incelemek üzere gerçekleştirilecek daha geniş ¼lekli çalışmaların literat¼re katkı sağlayacağı d¼ř¼n¼lmektedir.

**5.** Bu çalışmadan elde edilen bulguların BPB tanısı olan hastalar ile y¼r¼t¼lecek psikoeğitim programları veya terapi gibi çalışmalar için y¼n g¼sterici olacağı d¼ř¼n¼lmektedir. BPB hastalarının olumsuz hastalık algılarının sağaltımına yönelik gerçekleştirilecek klinik uygulamalarda çocukluk ağı travmaları ve umutsuzluk fakt¼rlerinin ele alınmasının ve planlanacak m¼dahalelerde bu fakt¼rlere yönelik çalışmalara yer verilmesinin etkili olacağı d¼ř¼n¼lmektedir.

**6.** Bu çalışmada çocukluk ağı travmaları ile olumsuz hastalık algısı arasındaki ilişkide umutsuzluğun kısmi aracı rol ¼stlendięi, çocukluk ağı travmalarının umutsuzluk da eklendiğinde olumsuz hastalık algısı ¼zerinde daha g¼l¼ bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Bu bağlamda BPB tanısı olan hastaların olumsuz hastalık algılarına yönelik çalışırken umutsuzluğa yönelik m¼dahalelerin etkili olacağı, dolayısıyla umutsuzluk fakt¼r¼n¼n ayrıca ele alınmasının faydalı olacağı d¼ř¼n¼lmektedir. Duran ve Keser (2021) de, kronik hastalıkların tedavi ve bakımında umut terapisinin

kullanımı ile ilgili derleme çalışmalarında umudu artırmaya yönelik gerçekleştirilecek müdahalelerin kişilerin kronik hastalık sürecine uyumunu kolaylaştırdığı, iyileşmeyi hızlandırdığı, ruh sağlığını koruma ve iyilik halini sürdürmede önemli bir faktör olduğunu belirtmişlerdir.



## KAYNAKÇA

Aas, M., Henry, C., Andreassen, O. A., Bellivier, F., Melle, I. ve Etain, B. (2016). The role of childhood trauma in bipolar disorders. *International journal of bipolar disorders*, 4, 1-10. doi:10.1186/s40345-015-0042-0

Abreu, L. N. D., Lafer, B., Baca-Garcia, E. ve Oquendo, M. A. (2009). Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31, 271-280. doi:10.1590/S1516-44462009005000003

Acosta, F. J., Vega, D., Torralba, L., Navarro, S., Ramallo-Fariña, Y., Fiuza, D., Hernández, J. L. ve Siris, S. G. (2012). Hopelessness and suicidal risk in bipolar disorder. A study in clinically nonsyndromal patients. *Comprehensive psychiatry*, 53(8), 1103-1109. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.03.013

Adıgüzel, V. (2018). *Çocukluk çağı travmalarının bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda saldırganlık ve intihar davranışı ile ilişkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.

Adler, A. (2022). *Yaşamın Anlam ve Amacı* (16. Baskı). (K. Şipşal, Çev.). Say Kitap. (1991)

Afifi, T. O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M. W., MacMillan, H. ve Sareen, J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: results from a nationally representative population-based study. *Journal of psychiatric research*, 45(6), 814-822. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.11.008

Akkol, C. (2018). *Birinci basamağa başvuran tip 2 dm hastalarında görülen anksiyete ve depresyonun hastalık algısı ile ilişkisi* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Akkoyun, A. Z. (2016). *Özkayımlı girişiminde bulunmuş ve bulunmamış iki uçlu bozukluk hastalarının intihar düşüncesi, kaygı, umutsuzluk ve işlevsellik düzeyleri açısından karşılaştırılması* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Uludağ Üniversitesi, Bursa.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2022). *DSM -5 Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı* (1. Baskı). (E. Köroğlu, Çev.). Esenkale Yayıncılık (Orijinal eserin basım tarihi 2013).

Angst, J. ve Sellaro, R. (2000). Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological psychiatry*, 48(6), 445-457. doi:10.1016/S0006-3223(00)00909-4

Antypa, N. ve Serretti, A. (2014). Family history of a mood disorder indicates a more severe bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 156, 178-186. doi:10.1016/j.jad.2013.12.013

Antypa, N., Antonioli, M. ve Serretti, A. (2013). Clinical, psychological and environmental predictors of prospective suicide events in patients with Bipolar

Disorder. *Journal of psychiatric research*, 47(11), 1800-1808. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.08.005

Apaydın, Z. K. ve Atagün, M. I. (2018). Relationship of functionality with impulsivity and coping strategies in bipolar disorder. *Dusunen Adam Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31(1), 21. doi:10.5350/DAJPN2018310102

Armay, Z., Özkan, M., Kocaman, N. ve Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeği'nin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 10(4), 192-200.

Arpacı, R. (2021). *Şizofreni hastalarında hastalık algısı ve ilaç tutumunun belirlenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, P. J. ve Silva, P. A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Archives of general psychiatry*, 57(10), 979-986. doi:10.1001/archpsyc.57.10.979

Arslan, A. (2021). *Birinci basamakta 18 yaş ve üzeri kronik hastalığı olan bireylerde görülen anksiyete ve depresyon düzeyi ve hastalık algısı ile ilişkisi* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.

Arslan, Ö. (2021). *Major depresif bozukluk hastalarında işlevselliğin, çocukluk çağı travmalarının, ruminasyonun, işlevsel olmayan tutumların, umutsuzluğun ve nörotisizmin ilişkisi* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Ateş, M. A. ve Algül, A. (2006). Bipolar bozukluklarda tedavi uyumsuzluğu. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 2(29), 60-64.

Aust, S., Härtwig, E. A., Heuser, I. ve Bajbouj, M. (2013). The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 5(3), 225. doi:10.1037/a0027314

Averous, P., Charbonnier, E., Lagouanelle-Simeoni, M. C., Prospero, A. ve Dany, L. (2018). Illness perceptions and adherence in bipolar disorder: An exploratory study. *Comprehensive psychiatry*, 80, 109-115. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.10.003

Aydın, K. (2021). *Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan kişilerde işlevselliğin değerlendirilmesi ve işlevselliği etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Kent Üniversitesi, İstanbul.

Ayhan, Z. (2023). Gençlerde Nikotin Bağımlılığının Umut-Umutsuzluk ve Özgüvene Etkisini Sosyal Politika Perspektifiyle İncelenmesi. *Journal of Management and Educational Sciences*, 2(3), 217-227.

Bader, K., Schaefer, V., Schenkel, M., Nissen, L. ve Schwander, J. (2007). Adverse childhood experiences associated with sleep in primary insomnia. *Journal of sleep research*, 16(3), 285-296. doi:10.1111/j.1365-2869.2007.00608.x

Baines, T. ve Wittkowski, A. (2013). A systematic review of the literature exploring illness perceptions in mental health utilising the self-regulation model. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 20, 263-274. doi:10.1007/s10880-012-9337-9

Bal, N. B., Özalp, E., Teksin, M. G., Kotan, Z., Karslıoğlu, E. H. ve Çayköylü, A. (2023). Childhood trauma as an environmental determinant of risk of violence in bipolar disorder. *Arch Neuropsychiatry*, 60(4), 344-349. doi:10.29399/npa.28340

Barut, J. K., Dietrich, M. S., Zanoni, P. A. ve Ridner, S. H. (2016). Sense of belonging and hope in the lives of persons with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 30(2), 178-184. doi:10.1016/j.apnu.2015.08.009

Bassi, M., Grobberio, M., Negri, L., Cilia, S., Minacapelli, E., Niccolai, C., Pattini, M., Pietrolongo, E., Quartuccio, M. E., Viterbo, R. G., Allegri, B., Amato, M. P., Benin, M., Luca, G. D., Falautano, M., Gasperini, C., Patti, F., Trojano, M. ve Delle Fave, A. (2021). The contribution of illness beliefs, coping strategies, and social support to perceived physical health and fatigue in multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(1), 149-160. doi:10.1007/s10880-019-09692-6

Bauer, M. ve Pfennig, A. (2005). Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia* 46(4): 8-13. doi:10.1111/j.1528-1167.2005.463003.x

Beck, A. T. ve Steer, R. A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of clinical psychology*, 40(6), 1365-1367. doi:10.1002/1097-4679(198411)40:6<1365::AID-JCLP2270400615>3.0.CO;2-D

Beck, A. T., Kovacs, M. ve Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Jama*, 234(11), 1146-1149. doi:10.1001/jama.1975.03260240050026

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. ve Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861.

Bellini, S., Erbuto, D., Andriessen, K., Innamorati, M., Fiorillo, A. ve Pompili, M. (2018). Depression, hopelessness, and complicated grief in survivors of suicide. *Frontiers in Psychology*, 9, 318683. doi:10.3389/fpsyg.2018.00198

Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Perkins, C. ve Lowey, H. (2014). National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England. *BMC medicine*, 12(1), 1-10. doi:10.1186/1741-7015-12-72

Benazzi, F. (2007). Bipolar II disorder: epidemiology, diagnosis and management. *CNS drugs*, 21(9), 727-740. doi:10.2165/00023210-200721090-00003

Berk, M., Berk, L., Dodd, S., Fitzgerald, P. B., de Castella, A. R., Filia, S., Filia, K., Brnabic, A. J. M., Kelin, K., Montgomery, W., Kulkarni, J. ve Stafford, L.

(2013). The sick role, illness cognitions and outcomes in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 146(1), 146-149. doi:10.1016/j.jad.2012.07.003

Bernstein, D., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, B. A., Wenzel, K., Sapiroto, E. ve Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136. doi:10.1176/ajp.151.8.1132

Bilgin, E. (2022). *Şizofreni tanılı bireylerde öznel iyileşme, umutsuzluk düzeyi ve içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişki* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Binbay, D. A. (2009). *Bipolar I bozukluk hastalarında şiddetli çocukluk çağı travmasının hastalık özellikleri üzerine olan etkisinin incelenmesi* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.

Blackwood, D. H. R., Visscher, P.M. ve Muir W. J. (2001). Genetic studies of bipolar affective disorder in large families. *British Journal of Psychiatry*, 178(41), 134-136. doi:10.1192/bjp.178.41.s134

Boyaç, E. (2021). *Diyabet hastalarında hastalık algısı ve sosyodemografik faktörlerin tedaviye uyum üzerine etkisi* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.

Briere, J. ve Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child abuse & neglect*, 27(10), 1205-1222. doi:10.1016/j.chiabu.2003.09.008

Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanetz, H., Weinman, J., Norton, S. ve Petrie, K. J. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology & health*, 30(11),1361-1385. doi:10.1080/08870446.2015.1070851

Brooker, S., Cawson, P., Kelly, G. ve Wattam, C. (2001). The prevalence of child abuse and neglect: a survey of young people. *International Journal of Market research*, 43(3), 249-289. doi:10.1177/147078530104300303

Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B. ve Giles, W. H. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American journal of preventive medicine*, 37(5), 389-396. doi: 10.1016/j.amepre.2009.06.021

Brown, G. R., McBride, L., Bauer, M. S. ve Williford, W. O. (2005). Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: a replication study in US veterans. *Journal of affective disorders*, 89(1-3),57-67. doi:10.1016/j.jpsychires.2022.10.063

Caldwell, J. G., Shaver, P. R., Li, C. S. ve Minzenberg, M. J. (2011). Childhood maltreatment, adult attachment, and depression as predictors of parental self-efficacy

in at-risk mothers. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 20(6), 595-616. doi:10.1080/10926771.2011.595763

Campbell, J. A., Walker, R. J. ve Egede, L. E. (2016). Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *American journal of preventive medicine*, 50(3), 344-352. doi: 10.1016/j.amepre.2015.07.022

Carretta, C. M., Ridner, S. H. ve Dietrich, M. S. (2014). Hope, hopelessness, and anxiety: A pilot instrument comparison study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(4), 230-234. doi: 10.1016/j.apnu.2014.05.005

Carrion, V. G., Haas, B. W., Garrett, A., Song, S. ve Reiss, A. L. (2010). Reduced hippocampal activity in youth with posttraumatic stress symptoms: an fMRI study. *Journal of pediatric psychology*, 35(5), 559-569. doi:10.1093/jpepsy/jsp112

Caruso, D., Masci, I., Massa, L., Pardini, F., Cipollone, G., Salarpi, G., Paolilli, F. L., Palagini, L., Dell'Osso, L. ve Tripodi, B. (2019). P. 315 Hopelessness mediates the effect of insomnia symptoms on suicidality in subjects with bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 29, S224-S225. doi:10.1016/j.euroneuro.2019.09.335

Cengiz, D. U. ve Saritaş, S. Ç. (2019). The Effect of Illness Perception on Hopelessness Level of Patients Receiving Hemodialysis. *Turkish Journal of Nephrology*, 28, (4),257-262. doi:10.5152/turkjnephrol.2019.3477

Cerit, C., Filizer, A., Tural, Ü. ve Tufan, A. E. (2012). Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 484-489. doi:10.1016/j.comppsy.2011.08.010

Chan, M. K., Chew, Q. H. ve Sim, K. (2023). Resilience in Bipolar Disorder and Interrelationships With Psychopathology, Clinical Features, Psychosocial Functioning, and Mediational Roles: A Systematic Review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 84(2), 45783. doi:10.4088/jcp.22r14431

Chanlongbutra, A., Singh, G. K. ve Mueller, C. D. (2018). Adverse childhood experiences, health-related quality of life, and chronic disease risks in rural areas of the United States. *Journal of Environmental and Public Health*, 2018. doi:10.1155/2018/7151297

Choi, J. W., Cha, B., Jang, J., Park, C. S., Kim, B. J., Lee, C. S. ve Lee, S. J. (2015). Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 170, 172-177. doi: 10.1016/j.jad.2014.08.056

Corey, G. (2008). *Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları* (7. Baskı, Çev. T. Ergene). Ankara: Mentis Yayıncılık.

Corrigan, P. W., McCracken, S. G. ve Holmes, E. P. (2001). Motivational interviews as goal assessment for persons with psychiatric disability. *Community Mental Health Journal*, 37, 113-122. doi:10.1023/A:1002757631131

Courtney, E. A., Johnson, J. G. ve Alloy, L. B. (2008). Associations of childhood maltreatment with hopelessness and depression among adolescent primary care patients. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(1), 4-17. doi:10.1521/ijct.2008.1.1.4

Cousins, D. A., Butts, K. ve Young, A. H. (2009). The role of dopamine in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 11(8), 787-806. doi:10.1111/j.1399-5618.2009.00760.x

Craddock, N. ve Sklar, P. (2013). Genetics of bipolar disorder. *The Lancet*, 381(9878), 1654-1662. doi:10.1016/S0140-6736(13)60855-7

Crump, C., Sundquist, K., Winkleby, M. A. ve Sundquist, J. (2013). Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA psychiatry*, 70(9), 931-939. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1394

Cutcliffe, J. ve Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 2: hope and mental health nursing. *British Journal of Nursing*, 11(13), 885-893. doi:10.12968/bjon.2002.11.13.10447

Çakar, F. S., İkiz, F. ve Asıcı, E. (2018) Çocukluk çağı travmaları ve umutsuzluğun psikolojik belirtileri yordama düzeyi. *The Journal of International Educational Sciences*, 5(14), 85-100.

Çıtak, C. (2018). *Remisyonadaki bipolar bozukluk hastalarında çocukluk çağı travmaları ve bağlanma stillerinin klinik sürece etkisi ve psikolojik dayanıklılığın bu etkideki aracı rolü* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.

Çiçek, F. A. (2011). *Bipolar duygudurum bozukluğu olan anne veya babaların erişkin çocuklarında çocukluk çağı travması ve I. eksen tanıları üzerine etkisi* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Çiftçi, A. (2021). *İnternet oyun bağımlılığının bağlanma stilleri, metakognisyonlar ve çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile ilişkisinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Kent Üniversitesi, İstanbul.

Çokparlamış, N. (2018). *Bağlanma Stilllerinin Benlik Saygısı ve Umutsuzluk Düzeyi ile İlişkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.

Dagani, J., Signorini, G., Nielsens, O., Bani, M., Pastore, A., Girolamo, G. ve Large, M. (2017). Meta-analysis of the Interval between the Onset and Management of Bipolar Disorder *The Canadian Journal of Psychiatry* 62(4), 247-58. doi:10.1177/0706743716656607

Dağlı, E.T., İnancı, M.A. (Ed.) (2011). *Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı: İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım*. Ankara: UNICEF. Erişim adresi:

<https://humanistburo.org/dosyalar/humdosya/Universiteler%20Icin%20Hastane%20Temelli%20Cocuk%20Koruma%20Merkezleri%20El%20Kitabi.pdf>

Daruy-Filho, L., Brietzke, E., Lafer, B. ve Grassi-Oliveira, R. J. A. P. S. (2011). Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(6), 427-434. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01756.x

de Azambuja Farias, C., de Azevedo Cardoso, T., Mondin, T. C., de Mattos Souza, L. D., da Silva, R. A., Kapczinski, F., da Silva Magalhães, P. V. ve Jansen, K. (2019). Clinical outcomes and childhood trauma in bipolar disorder: A community sample of young adults. *Psychiatry research*, 275, 228-232. doi:10.1016/j.psychres.2018.12.114

Dell'Osso, L., Akiskal, H. S., Freer, P., Barberi, M., Placidi, G. F. ve Cassano, G. B. (1993). Psychotic and nonpsychotic bipolar mixed states: comparisons with manic and schizoaffective disorders. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 243(2), 75-81. doi:10.1007/bf02191568

Demir, A. (2021). *Tip 2 diyabeti olan kişilerde hastalık algısının ve ilaç uyumunun diyabet kontrolü üzerine etkisinin araştırılması* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.

Demir, B. ve Demir, İ. (2022). Effects of illness perception on self-care agency and hopelessness levels in liver transplant patients: A descriptive cross-sectional study. *Clinical Nursing Research*, 31(3), 473-480. doi:10.1177/10547738211036983

Demirkol, M. E., Tamam, L., Evlice, Y. E. ve Karaytuğ, M. O. (2015). Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Cukurova Medical Journal*, 40(3), 555-568. doi:10.17826/cutf.04659

Deniz, İ. H. (2023). *Psikotik belirtiler gösteren ve psikotik belirtiler göstermeyen ötimik bipolar bozukluk hastalarında çocukluk çağı travması, dürtüsellik, intihar olasılığı ilişkisi* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Diefenbach, M. A. ve Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of social distress and the homeless*, 5(1), 11-38. doi:10.1007/BF02090456

Dinçer, D. ve Derelioğlu, Y. (2005). Üniversite sınavına hazırlanan lise son sınıf öğrencilerinin umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *VIII. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi*, 21-23.

Dinleyici, M. ve Dağlı, F. (2016). Duygusal ihmal, istismar ve çocuk hekiminin rolü/Emotional abuse, neglect and the role of pediatrician. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(2), 18-27. doi:10.20515/otd.20235

Dodd, A. L., Mezes, B., Lobban, F. ve Jones, S. H. (2017). Psychological mechanisms and the ups and downs of personal recovery in bipolar disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(3), 310-328. doi:10.1111/bjc.12140

Domke, A. K., Hartling, C., Stipl, A., Carstens, L., Gruzman, R., Bajbouj, M., Gärtner, M. ve Grimm, S. (2023). The influence of childhood emotional maltreatment on cognitive symptoms, rumination, and hopelessness in adulthood depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(5), 1170-1178. doi:10.1002/cpp.2872

Dong, M., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williams, J. E., Chapman, D. P. ve Anda, R. F. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation*, 110(13), 1761-1766. doi:10.1161/01.CIR.0000143074.54995.7F

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J. ve Croft, J. B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive behaviors*, 27(5), 713-725. doi:10.1016/S0306-4603(01)00204-0

Dube, S. R., Fairweather, D., Pearson, W. S., Felitti, V. J., Anda, R. F. ve Croft, J. B. (2009). Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosomatic medicine*, 71(2), 243-250. doi: 10.1097/psy.0b013e3181907888

Dubowitz, H., Black, M., Starr Jr, R. H. ve Zuravin, S. (1993). A conceptual definition of child neglect. *Criminal justice and behavior*, 20(1), 8-26. doi:10.1177/0093854893020001003

Duran, Ş. B., & Keser, İ. (2021). Kronik Hastalıkların Tedavi ve Bakımında Umut Terapisinin Kullanımı. *Journal of Social Research and Behavioral Sciences*, 7(13). doi: 10.52096/jsrbs.6.1.7.13.8

Ekinci, O. ve Ekinci, A. (2012). Türkiye’de şizofreni hastalarında sigara kullanımının psikopatolojik, sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 25, 321-329. doi:10.5350/dajpn2012250404

Ensari, H., Gültekin, B. K., Karaman, D., Koç, A. ve Beşkardeş, A. F. (2013). Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2). doi:10.5455/apd.36380

Erkuş, A. (2013). *Davranış bilimleri için bilimsel araştırma süreci* (4. Baskı). Seçkin Yayıncılık.

Eroğlu, Z. M., Karakuş, G. ve Tamam, L. (2013). Bipolar Bozukluk ve Özkıyım. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26 (2).

Erten, E., Uney, A. F., Saatçioğlu, Ö., Özdemir, A., Fıstıkçı, N. ve Çakmak, D. (2014). Effects of childhood trauma and clinical features on determining quality of life in patients with bipolar I disorder. *Journal of Affective Disorders*, 162, 107-113. doi:10.1016/j.jad.2014.03.046

Etain, B., Aas, M., Andreassen, O. A., Lorentzen, S., Dieset, I., Gard, S., Kahn, J. P., Bellivier, F., Leboyer, M., Melle, I. ve Henry, C. (2013). Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(10), 2585. doi:10.4088/JCP.13m08353

Etain, B., Henry, C., Bellivier, F., Mathieu, F. ve Leboyer, M. (2008). Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 10(8), 867-876. doi:10.1111/j.1399-5618.2008.00635.x

Evans, D. ve Norman, P. (2009). Illness representations, coping and psychological adjustment to Parkinson's disease. *Psychology and Health*, 24(10), 1181-1196. doi:10.1080/08870440802398188

Fairburn, C. G., Cooper, Z. ve Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528. doi:10.1016/s0005-7967(02)00088-8

Favale, D., Nacci, M., Bellomo, A., Torales, J., Castaldelli-Maia, J. M. ve Ventriglio, A. (2023). Hope and resilience among patients affected by unipolar and bipolar depression. *International journal of social psychiatry*, 69(4), 967-975. doi:10.1177/00207640221147166

Fay, S. D. (2015). *Relationship between Adverse Childhood Experiences and Illness Perceptions among Individuals with Fibromyalgia*. Walden University.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. ve Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8

Fiddler, M., Jackson, J., Kapur, N., Wells, A. ve Creed, F. (2004). Childhood adversity and frequent medical consultations. *General hospital psychiatry*, 26(5), 367-377. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2004.04.001

Field, A. P. (2018). *Discovering statistics using Ibm Spss statistics* (5th ed.). SAGE Publications.

Fisher, H. L. ve Hosang, G. M. (2010). Childhood maltreatment and bipolar disorder: a critical review of the evidence. *Mind & Brain*, 1(1).

Fisher, T. (2010). Reading Renunciation: Laura Riding and the End of Poetry. *Journal of Modern Literature* 33(3), 1-19. doi:10.2979/jml.2010.33.3.1

Fitzgerald, R. (1979). *The sources of hope*. Pergamon Press.

Fortuna, K. L., Venegas, M., Bianco, C. L., Smith, B., Batsis, J. A., Walker, R., Brooks, J. ve Umucu, E. (2020). The relationship between hopelessness and risk factors for early mortality in people with a lived experience of a serious mental illness. *Social work in mental health*, 18(4), 369-382. doi:10.1080/15332985.2020.1751772

Frostholt, L., Fink, P., Christensen, K. S., Toft, T., Oernboel, E., Olesen, F. ve Weinman, J. (2005). The patients' illness perceptions and the use of primary health care. *Psychosomatic medicine*, 67(6), 997-1005. doi: 10.1097/01.psy.0000189164.85653.bc

Galfalvy, H., Oquendo, M. A., Carballo, J. J., Sher, L., Grunebaum, M. F., Burke, A. ve John Mann, J. (2006). Clinical predictors of suicidal acts after major depression in bipolar disorder: a prospective study. *Bipolar Disorders*, 8(5p2), 586-595. doi:10.1111/j.1399-5618.2006.00340.x

Gambaro, E., Mastrangelo, M., Sarchiapone, M., Marangon, D., Gramaglia, C., Vecchi, C., Airoidi, C., Mirisola, C., Costanzo, G., Bartollino, S., Baralla, F. ve Zeppegno, P. (2020). Resilience, trauma, and hopelessness: protective or triggering factor for the development of psychopathology among migrants? *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-15. doi:10.1186/s12888-020-02729-3

Ganzini, L., Lee, M. A., Heintz, R. T., Bloom, J. D. ve Fenn, D. S. (1994). The effect of depression treatment on elderly patients' preferences for life-sustaining medical therapy. *The American journal of psychiatry*, 151(11), 1631-1636. doi:10.1176/ajp.151.11.1631

Garcia-Amador, M., Colom, F., Valenti, M., Horga, G. ve Vieta, E. (2009). Suicide risk in rapid cycling bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 117(1-2), 74-78. doi: 10.1016/j.jad.2008.12.005

Garno, J. L., Goldberg, J. F., Ramirez, P. M. ve Ritzler, B. A. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 186(2), 121-125. doi:10.1192/bjp.186.2.121

Gaskin-Wasson, A. L., Calamaras, M. R., LoParo, D., Goodnight, B. L., Remmert, B. C., Salami, T., Mack, S. ve Kaslow, N. J. (2017). Childhood emotional abuse, self/other attachment, and hopelessness in African-American women. *Attachment & human development*, 19(1), 22-37. doi:10.1080/14616734.2016.1249895

Gershoff, E. T., Goodman, G. S., Miller-Perrin, C. L., Holden, G. W., Jackson, Y. ve Kazdin, A. E. (2018). The strength of the causal evidence against physical punishment of children and its implications for parents, psychologists, and policymakers. *American Psychologist*, 73(5), 626-638. doi:10.1037/amp0000327

Gilbert, L. K., Breiding, M. J., Merrick, M. T., Thompson, W. W., Ford, D. C., Dhingra, S. S. ve Parks, S. E. (2015). Childhood adversity and adult chronic disease: an update from ten states and the District of Columbia, 2010. *American journal of preventive medicine*, 48(3), 345-349. doi:10.1016/j.amepre.2014.09.006

Goldney, R. D. (2012). From mania and melancholia to the bipolar disorders spectrum: a brief history of controversy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(4), 306-312. doi:10.1177/0004867412440195

González-Pinto, A., Barbeito, S., Alonso, M., Alberich, S., Haidar, M. K., Vieta, E., Tabarés-Seisdedos, R., Zorrilla, I., González-Pinto, M. A. ve López, P. (2011). Poor long-term prognosis in mixed bipolar patients: 10-year outcomes in the Vitoria prospective naturalistic study in Spain. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(5), 671–676. doi: 10.4088/JCP.09m05483yel

Gould, R. V., Brown, S. L. ve Bramwell, R. (2010). Psychological adjustment to gynaecological cancer: Patients' illness representations, coping strategies and mood disturbance. *Psychology and Health*, 25(5), 633-646. doi:10.1080/08870440902811163

Gökler-Danışman, I., Yağcımay-İnan, M. ve Yiğit, İ. (2017). Experience of grief by patients with cancer in relation to perceptions of illness: The mediating roles of identity centrality, stigma-induced discrimination, and hopefulness. *Journal of psychosocial oncology*, 35(6), 776-796. doi:10.1080/07347332.2017.1340389

Grande, I., Berk, M., Birmaher, B. ve Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561-1572. doi:10.1016/S0140-6736(15)00241-X

Gray, M. J., Pumphrey, J. E. ve Lombardo, T. W. (2003). The relationship between dispositional pessimistic attributional style versus trauma-specific attributions and PTSD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(3), 289-303. doi:10.1016/S0887-6185(02)00205-0

Gray, S. E. ve Rutter, D. R. (2007). Illness representations in young people with Chronic Fatigue Syndrome. *Psychology and Health*, 22(2), 159-174. doi:10.1080/14768320600774595

Gutiérrez-Rojas, L., Jurado, D. ve Gurpegui, M. (2011). Factors associated with work, social life and family life disability in bipolar disorder patients. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 254-260. doi:10.1016/j.psychres.2010.06.020

Güleç, C. ve Köroğlu, E. (2007). *Psikiyatri temel kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Gülseren, L. (2002). Schizophrenia and the family: difficulties, burdens, emotions, needs. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 143-151.

Gümüş, A. B. (2006). Şizofrenide Hasta ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psikoeğitim ve Hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 8(1), 23-34.

Gündüz, A., Yaşar, A. B., Gündoğmuş, İ., Savran, C. ve Konuk, E. (2018). Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 68-75. doi:10.5455/apd.294158

Gürel, B. (2018). *Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda ayrılma anksiyetesi bozukluğu görülme sıklığı, çocukluk çağı travmaları ve erişkin bağlanma biçimi ile ilişkisi* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.

Hagger, M. S. ve Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and health*, 18(2), 141-184. doi:10.1080/088704403100081321

Hale, E. D., Treharne, G. J. ve Kitas, G. D. (2007). The common-sense model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs?, *Rheumatology*, 46(6), 904-906. doi:10.1093/rheumatology/kem060

Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. ve Harriss, L. (2005). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(6), 693-704.

Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: The Guilford Press.

Heijmans, M. ve de Ridder, D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. *Journal of behavioral medicine*, 21, 485-503. doi:10.1023/A:1018788427100

Heim, C. ve Nemeroff, C. B. (1999). The impact of early adverse experiences on brain systems involved in the pathophysiology of anxiety and affective disorders. *Biological psychiatry*, 46(11), 1509-1522. doi:10.1016/S0006-3223(99)00224-3

Heim, C. ve Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological psychiatry*, 49(12), 1023-1039. doi:10.1016/S0006-3223(01)01157-X

Helder, D. I., Kaptein, A. A., Van Kempen, G. M., Weinman, J., Van Houwelingen, H. C. ve Roos, R. A. (2002). Living with Huntington's disease: Illness perceptions, coping mechanisms, and patients' well-being. *British Journal of Health Psychology*, 7(4), 449-462. doi: 10.1348/135910702320645417

Herman, J. (2016). *Travma ve İyileşme (9. Baskı)*. (T. Tosun, Çev.). Literatür Yayınları. (1997)

Herman, J. P., Ostrander, M. M., Mueller, N. K. ve Figueiredo, H. (2005). Limbic system mechanisms of stress regulation: hypothalamo-pituitary-adrenocortical axis. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*, 29(8), 1201-1213. doi: 10.1016/j.pnpbp.2005.08.006

Hildyard, K. L. ve Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child abuse & neglect*, 26(6-7), 679-695. doi:10.1016/S0145-2134(02)00341-1

Hou, R., Cleak, V. ve Peveler, R. (2010). Do treatment and illness beliefs influence adherence to medication in patients with bipolar affective disorder? A

preliminary cross-sectional study. *European Psychiatry*, 25(4), 216-219. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.09.003

Hunter, A. J. (2001). A cross-cultural comparison of resilience in adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(3), 172-179. doi:10.1053/jpdn.2001.24180

Igrutinović, N., Hinić, D., Mihajlovic, G. ve Spasic, M. (2022). Hopelessness and Fighting Spirit Relation with Illness Perception in Breast Cancer Patients. *Psicooncologia*, 19 (2), 215-228. doi: 10.5209/psic.84036

Işık, E. (2003). *Duygudurum Bozuklukları, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık.

İnançgil, D., Vural, P. I. ve Körpe, G. (2021). Hasta yakınlarının aile yaşam doyumu ve umutsuzluk düzeyleri. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 73-81. doi:10.26453/otjhs.772750

İsmanur, O. B. (2016). *Relationships between internalized stigma, hopelessness and self-esteem and their sociodemographic and clinical characteristics in a group of patients with severe mental illness* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Bilgi Üniversitesi, İstanbul.

Jangam, K., Muralidharan, K., Tansa, K. A., Raj, E. A. ve Bhowmick, P. (2015). Incidence of childhood abuse among women with psychiatric disorders compared with healthy women: Data from a tertiary care centre in India. *Child Abuse & Neglect*, 50, 67-75. doi:10.1016/j.chiabu.2015.05.017

Judd, L. L. ve Akiskal, H. S. (2003). The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of affective disorders*, 73(1-2), 123-131. doi:10.1016/S0165-0327(02)00332-4

Kao, Y. C., Liu, Y. P., Cheng, T. H. ve Chou, M. K. (2011). Cigarette smoking in outpatients with chronic schizophrenia in Taiwan: relationships to socio-demographic and clinical characteristics. *Psychiatry Research*, 190(2-3), 193-199. doi:10.1016/j.psychres.2011.05.016

Kapczinski, F., Vieta, E., Andreazza, A. C., Frey, B. N., Gomes, F. A., Tramontina, J., Kauer-Sant'Anna, M., Grassi-Oliveira, R. ve Post, R. M. (2008). Allostatic load in bipolar disorder: implications for pathophysiology and treatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(4), 675-692. doi:10.1016/j.neubiorev.2007.10.005

Kara, B., Biçer, Ü. ve Gökalp, A. S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47(2), 140-51. Erişim adresi: [https://www.cshd.org.tr/uploads/pdf\\_CSH\\_87.pdf](https://www.cshd.org.tr/uploads/pdf_CSH_87.pdf)

Kara, M. A. (2023). *Şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında antipsikotik kullanım yolu ile ilişkili belirleyiciler: geriye dönük dosya taraması çalışması*. (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.

Karabulutlu, Y. E. ve Okanlı, A. (2011). Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(4), 25-31.

Karasar, N. (2023). *Bilimsel araştırma yöntemi: kavramlar, ilkeler, teknikler*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Karatas, T., Özen, S. ve Kutlutürkan, S. (2017). Factor structure and psychometric properties of the brief illness perception questionnaire in Turkish cancer patients. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 4(1), 77-83. doi:10.4103/2347-5625.199080

Karatekin, C. (2018). Adverse childhood experiences (ACEs), stress and mental health in college students. *Stress and Health*, 34(1), 36-45. doi:10.1002/smi.2761

Kartal, C. (2020). *Bipolar affektif bozukluk hastalarında işlevselliğin, çocukluk travmaları, bağlanma biçimleri, işlevsel olmayan tutumlar ve affektif mizaçlarla ilişkisi* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Kayış, A. (2009). *Kanser hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Kınıcı, E. (2018). *Kalp yetersizliği hastalarının umutsuzluk düzeyi, sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.

Kleinman, A. (1988). Suffering, healing and the human condition. *Encyclopedia of Human Biology*.

Knibb, R. C. ve Horton, S. L. (2008). Can illness perceptions and coping predict psychological distress amongst allergy sufferers?. *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 103-119. doi:10.1348/135910706X173278

Knisely, J. S., Barker, S. B., Ingersoll, K. S. ve Dawson, K. S. (2000). Psychopathology in substance abusing women reporting childhood sexual abuse. *Journal of addictive diseases*, 19(1), 31-44. doi:10.1300/J069v19n01\_03

Kokurcan, A. ve Hüseyin, H. Ö. (2012). Travma kavramının psikiyatri tarihindeki seyri. *Kriz Dergisi*, 20(1), 19-24. doi:10.1501/Kriz\_0000000330

Köknel, Ö. (2000). Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi*, 1(1), 5-11.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. ve Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Cenevre: World Health Organization. Erişim adresi: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1)

Kurt, M. (2019). *Bipolar affektif bozukluk hastalarında çocukluk çağı travması, disosiyasyon, bağlanma ve aleksitimi ilişkisi* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir.

Kuş, F. (2023). *Kolorektal kanser tanılı hastalarda hastalık algısının yaşam kalitesi üzerine etkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Çankırı Karatekin Üniversitesi, Çankırı.

Lamis, D. A., Wilson, C. K., Shahane, A. A. ve Kaslow, N. J. (2014). Mediators of the childhood emotional abuse–hopelessness association in African American women. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1341-1350. doi:10.1016/j.chiabu.2013.11.006

Larsson, S., Aas, M., Klungsøyr, O., Agartz, I., Mork, E., Steen, N. E., Barret, E. A., Lagerberg, T. V., Røssberg, J. I., Melle, I., Andreassen, O. A. ve Lorentzen, S. (2013). Patterns of childhood adverse events are associated with clinical characteristics of bipolar disorder. *BMC psychiatry*, 13, 1-9. doi:10.1186/1471-244X-13-97

Leboyer M, Etain B, Mathieu F, Henry C, Jamain S ve Bellivier F (2007). Childhood affective trauma in bipolar affective disorder. *Bipolar disorders* 9(1), 9.

Lee, D., Cha, B., Park, C. S., Kim, B. J., Lee, C. S., Lee, S. J., Seo, J. Y., Ah Cho, Y., Hun Ha, J. ve Choi, J. W. (2017). Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder*, 207, 434-441. doi: 10.1016/j.jad.2016.08.075

Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E. A. ve Ozakinci, G. (2004). Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach. *The Sage handbook of health psychology*, 197-240.

Leventhal, H., Leventhal, E. A. ve Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. *Handbook of health psychology*, 3, 19-47.

Leventhal, H., Leventhal, E. A. ve Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology and health*, 13(4), 717-733. doi: 10.1080/08870449808407425

Leventhal, H., Phillips, L. A. ve Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of behavioral medicine*, 39, 935-946. doi:10.1007/s10865-016-9782-2

Leverich, G. S., McElroy, S. L., Suppes, T., Keck Jr, P. E., Denicoff, K. D., Nolen, W. A., Altshuler, L. L., Rush, A. J., Kupka, R., Frye, M. A., Autio, K. A. ve Post, R. M. (2002). Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biological psychiatry*, 51(4), 288-297. doi:10.1016/S0006-3223(01)01239-2

Li, X. B., Liu, J. T., Zhu, X. Z., Zhang, L., Tang, Y. L. ve Wang, C. Y. (2014). Childhood trauma associates with clinical features of bipolar disorder in a sample of

Chinese patients. *Journal of affective disorders*, 168, 58-63. doi:10.1016/j.jad.2014.06.017

Lichwala, R. (2014). Fostering hope in the patient with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing – CJON*, 18(3), 267–269. doi:10.1188/14.CJON.267-269

Liming, K. W. ve Grube, W. A. (2018). Wellbeing outcomes for children exposed to multiple adverse experiences in early childhood: A systematic review. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35, 317-335. doi:10.1007/s10560-018-0532-x

Lin, E. C. L., Weintraub, M. J., Miklowitz, D. J., Chen, P. S., Lee, S. K., Chen, H. C. ve Lu, R. B. (2020). The associations between illness perceptions and social rhythm stability on mood symptoms among patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 273, 517-523. doi: 10.1016/j.jad.2020.05.019

Lobban, F., Solis-Trapala, I., Tyler, E., Chandler, C., Morriss, R. K. ve ERP Group. (2013). The role of beliefs about mood swings in determining outcome in bipolar disorder. *Cognitive therapy and research*, 37, 51-60. doi:10.1007/s10608-012-9452-9

Lynch, M. A., Saralidze, L., Gogvadze, N. ve Zolotor, A. (2008). *The National Study on Violence Against Children in Georgia: The nature and extent of violence experienced by children in the home*. Gürcistan: UNICEF. Erişim adresi: [https://www.unicef.org/georgia/media/2161/file/Violence\\_Study\\_ENG\\_final.pdf](https://www.unicef.org/georgia/media/2161/file/Violence_Study_ENG_final.pdf)

Machado-Vieira, R., Ibrahim, L. ve Zarate, C. A. (2011). Histone deacetylases and mood disorders: epigenetic programming in gene-environment interactions. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 17(6), 699-704. doi:10.1111/j.1755-5949.2010.00203.x

Magaletta, P. R. ve Oliver, J. M. (1999). The hope construct, will, and ways: Their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of clinical psychology*, 55(5), 539-551. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199905)55:5%3C539::AID-JCLP2%3E3.0.CO;2-G

Maguire, C., McCusker, C. G., Meenagh, C., Mulholland, C. ve Shannon, C. (2008). Effects of trauma on bipolar disorder: the mediational role of interpersonal difficulties and alcohol dependence. *Bipolar Disorders*, 10(2), 293-302. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00504.x

Maniglio, R. (2013). The impact of child sexual abuse on the course of bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar disorders*, 15(4), 341-358. doi:10.1111/bdi.12050

Manning, J. S. (2010). Tools to improve differential diagnosis of bipolar disorder in primary care. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 12(1), 26937. doi: 10.4088/PCC.9064su1c.03

Marchetti, I. (2019). Hopelessness: a network analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 43(3), 611-619. doi:10.1007/s10608-018-9981-y

Meadows, L. A. ve Kaslow, N. J. (2002). Hopelessness as mediator of the link between reports of a history of child maltreatment and suicidality in African American women. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 657-674. doi:10.1023/A:1020361311046

Melges, F. T. ve Bowlby, J. (1969). Types of hopelessness in psychopathological process. *Archives of general psychiatry*, 20(6), 690-699. doi:10.1001/archpsyc.1969.01740180074007

Mollaoğlu, M., Candan, F. ve Mollaoğlu, M. (2016). Illness perception and hopelessness in hemodialysis. *Archives of Clinical Nephrology*, 2(1), 44-48.

Monnat, S. M. ve Chandler, R. F. (2015). Long-term physical health consequences of adverse childhood experiences. *The Sociological Quarterly*, 56(4), 723-752. doi:10.1111/tsq.12107

Morgan, C. ve Fisher, H. (2007). Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma—a critical review. *Schizophrenia bulletin*, 33(1), 3-10. doi:10.1093/schbul/sbl053

Morris, C. D., Miklowitz, D. J., Wisniewski, S. R., Giese, A. A., Thomas, M. R. ve Allen, M. H. (2005). Care satisfaction, hope, and life functioning among adults with bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program. *Comprehensive psychiatry*, 46(2), 98-104. doi:10.1016/j.comppsy.2004.07.026

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L. ve Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*, 17(1), 1-16. doi:10.1080/08870440290001494

Mueller, S. C., Maheu, F. S., Dozier, M., Peloso, E., Mandell, D., Leibenluft, E., Pine, D. S. ve Ernst, M. (2010). Early-life stress is associated with impairment in cognitive control in adolescence: an fMRI study. *Neuropsychologia*, 48(10), 3037-3044. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2010.06.013

Mutlu, C., Doksat, G.N. ve Erdoğan A. (2015). Pediatrik bipolar bozuklukta epidemiyoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7 (4), 382-390.

Nehir, S., Irmak, H., Demet, M. M. ve Toksöz, K. (2018). Bipolar bozuklukta çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 163-168. doi:10.5455/apd.266920

Nehir, S., Tavşanlı, N. G., Özdemir, Ç. ve Akyol, T. (2019). A determination of hopelessness and the perception of illness in cancer. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 79(2), 115-131. doi: 10.1177/0030222817704336

Neria, Y., Bromet, E. J., Sievers, S., Lavelle, J., ve Fochtmann, L. J. (2002). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings from a first-

admission cohort. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 246. doi:10.1037/0022-006X.70.1.246

Nguyen, K. T. ve Shaw, L. (2020). The aetiology of non-clinical narcissism: Clarifying the role of adverse childhood experiences and parental overvaluation. *Personality and Individual Differences*, 154, 109615. doi:10.1016/j.paid.2019.109615

Nivoli, A. M. A., Pacchiarotti, I., Rosa, A.R., Popovic, D., Murru, A., Valenti, M., Bonnin, C.M., Grande, I., Sanchez-Moreno, J., Vieta, E. ve Colom, F. (2011). Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. *Journal of affective disorders*, 133(3), 443-449. doi: 10.1016/j.jad.2011.04.055

Noh, C., Choe, K. ve Yang, B. (2008). Hope from the perspective of people with schizophrenia (Korea). *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(2), 69-77. doi: 10.1016/j.apnu.2007.10.002

Nurnberger, J. I., Koller, D. L., Jung, J., Edenberg, H. J., Foroud, T., Guella, I., Vawter, M. P. ve Kelsoe, J. R. (2014). Identification of pathways for bipolar disorder: a meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 71(6), 657-664. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.176

O'Connell, K. L. (2008). What can we learn? Adult outcomes in children of seriously mentally ill mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21(2), 89-104. doi:10.1111/j.1744-6171.2008.00136.x

Oflaz, S., Guveli, H., Kalelioglu, T., Akyazı, S., Yıldızhan, E., Kılıc, K. C., Basyigit, S., Ozdemiroglu, F., Akyuz, F., Gokce, E., Bag, S., Kurt, E. ve Oral, E. T. (2015). Illness perception of dropout patients followed up at bipolar outpatient clinic, Turkey. *Asian Journal of Psychiatry*, 15, 68-72. doi:10.1016/j.ajp.2015.04.006

Ogden, J. (2007). *Essential readings in health psychology*. McGraw-Hill Education (UK).

Oktay, A. A. (2011). *Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Harran Üniversitesi, Şanlıurfa.

Olçun, Z. ve Altun, Ö. Ş. (2017). The correlation between schizophrenic patients' level of internalized stigma and their level of hope. *Archives of psychiatric nursing*, 31(4), 332-337. doi: 10.1016/j.apnu.2017.03.001

Onar, G. (2022). *Bipolar bozukluk tanılı hastalarda çocukluk çağı travmasının lityuma yanıtla ilişkisi* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.

Oquendo, M. A., Currier, D. ve Mann, J. J. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(3), 151-158. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x

Örsel, S., Karadağ, H., Karaoğlan Kahiloğulları, A. ve Akgün Aktaş, E. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 130- 136.

Ötgen, C. (2022). *Bipolar bozukluk tanılı hastalarda özkiyımın psikolojik dayanıklılık ve bilişsel esneklik düzeyleri ile ilişkisi*. (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.

Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar* (2. Baskı). Mattek Matbaacılık Basımevi.

Özdemir, F. (2021). *Bipolar bozukluklu hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının klinik özellikler, işlevsellik ve koruyucu tedavi üzerine olan etkisinin incelenmesi* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Rize.

Özen, Ş., Antar, S. ve Özkan, M. (2007). Influence of childhood traumas on hopelessness, smoking and alcohol use: a study to evaluate last year university students. *Düşünen Adam Psikiyatr ve Nörolojik Bilim Dergisi*, 20, 79-87.

Öztepe, İ. (2017). *Tip 2 diyabet hastalarında tedavi uyumu ve hastalık algısının değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir.

Öztürk, H. M. (2012). *Şizofreni hastalarında intihar girişiminin pozitif ve negatif semptomlar, depresyon, umutsuzluk, içgörü ve bilişsel işlevlerle ilişkisi* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.

Öztürk, M. O. ve Uluşahin, N. A. (2020). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Pagel, J. F. (2006). The Neuropharmacology of Nightmares. M. Lader, D. P. Cardinali ve S. R. Pandi- Perumal (Ed.), *Sleep and Sleep Disorders* (s. 241- 250) içinde. doi:10.1007/0-387-27682-3\_27

Palagini, L., Miniati, M., Marazziti, D., Sharma, V. ve Riemann, D. (2021). Association among early life stress, mood features, hopelessness and suicidal risk in bipolar disorder: the potential contribution of insomnia symptoms. *Journal of psychiatric research*, 135, 52-59. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.12.069

Panzarella, C., Alloy, L. B. ve Whitehouse, W. G. (2006). Expanded hopelessness theory of depression: On the mechanisms by which social support protects against depression. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 307-333. doi: 10.1007/s10608-006-9048-3

Park, Y. M., Shekhtman, T. ve Kelsoe, J. R. (2020). Effect of the type and number of adverse childhood experiences and the timing of adverse experiences on clinical outcomes in individuals with bipolar disorder. *Brain sciences*, 10(5), 254. doi:10.3390/brainsci10050254

Paschalides, C., Wearden, A. J., Dunkerley, R., Bundy, C., Davies, R. ve Dickens, C. M. (2004). The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of psychosomatic research*, 57(6), 557-564. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.03.006

Petrie, K. J., Cameron, L. D., Ellis, C. J., Buick, D. ve Weinman, J. (2002). Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic medicine*, 64(4), 580-586.

Petrie, K. ve Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical medicine*, 6(6), 536. doi: 10.7861/clinmedicine.6-6-536

Phillips, L. A., Cohen, J., Burns, E., Abrams, J. ve Renninger, S. (2016). Self-management of chronic illness: the role of 'habit' versus reflective factors in exercise and medication adherence. *Journal of Behavioral Medicine*, 39, 1076-1091. doi:10.1007/s10865-016-9732-z

Polat, O. (2001). *Çocuk ve Şiddet*. İstanbul: Der Yayınları.

Pompili, M., Innamorati, M., Gonda, X., Erbuto, D., Forte, A., Ricci, F., Lester, D., Akiskal, H. S., Vázquez, G. H., Rihmer, Z., Amore, M. ve Girardi, P. (2014). Characterization of patients with mood disorders for their prevalent temperament and level of hopelessness. *Journal of affective disorders*, 166, 285-291. doi:10.1016/j.jad.2014.05.018

Pompili, M., Innamorati, M., Gonda, X., Serafini, G., Sarno, S., Erbuto, D., Palermo, M., Seretti, M. E., Stefani, H., Lester, D., Perugi, G., Akiskal, H., Siracusano, A., Rihmer, Z., Tatarelli, R., Amore, M. ve Girardi, P. (2013). Affective temperaments and hopelessness as predictors of health and social functioning in mood disorder patients: a prospective follow-up study. *Journal of affective disorders*, 150(2), 216-222. doi:10.1016/j.jad.2013.03.026

Post, R. M. (2007). Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 31(6), 858-873. doi: 10.1016/j.neubiorev.2007.04.003

Post, R. M. ve Leverich, G. S. (2006). The role of psychosocial stress in the onset and progression of bipolar disorder and its comorbidities: the need for earlier and alternative modes of therapeutic intervention. *Development and psychopathology*, 18(4), 1181-1211. doi:10.1017/S0954579406060573

Preacher, K. J. ve Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior research methods, instruments, & computers*, 36, 717-731. doi.org/10.3758/BF03206553

Romero, S., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, T., Goldstein, B.I., Gill, M.K., Iosif, A. M., Strober, M.A., Hunt, J., Esposito-Smythers, C., Ryan, N.D., Leonard, H. ve Keller, M., (2009). Prevalence and correlates of physical and sexual

abuse in children and adolescents with bipolar disorder. *J. Affect. Disord.* 112 (1–3), 144–150. doi: 10.1016/j.jad.2008.04.005

Sajatovic, M., Valenstein, M., Blow, F., Ganoczy, D. ve Ignacio, R. (2007). Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 58(6), 855-863. doi:10.1176/ps.2007.58.6.855

Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in mental health nursing*, 24(2), 175-198. doi:10.1080/01612840305301

Schaffer, A., Isometsa, E. T., Tondo, L., H Moreno, D., Turecki, G., Reis, C., Cassidy, F., Sinyor, M., Azorin, J.-M., Kessing, L.V., Ha, K., Goldstein, T., Weizman, A., Beautrais, A., Chou, Y.-H., Diazgranados, N., Levitt, A.J., Zarate Jr, C. A., Rihmer, Z. ve Yatham, L. N. (2015). International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 17, 1–16. doi:10.1111/bdi.12271

Scharloo, M., Baatenburg de Jong, R. J., Langeveld, T. P., van Velzen-Verkaik, E., Doorn-op den Akker, M. M. ve Kaptein, A. A. (2005). Quality of life and illness perceptions in patients with recently diagnosed head and neck cancer. *Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck*, 27(10), 857-863. doi:10.1002/hed.20251

Schimmenti, A. ve Bifulco, A. (2015). Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: the role of attachment styles. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(1), 41-48. doi:10.1111/camh.12051

Schrank, B., Stanghellini, G. ve Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 421-433. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01271.x

Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D. ve Coghill, D. (2017). Prenatal risk factors and the etiology of ADHD—review of existing evidence. *Current psychiatry reports*, 19, 1-8. doi:10.1007/s11920-017-0753-2

Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C. ve Tekin, D. (1993). Umutsuzluk ölçeği: geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz dergisi*, 1(3). doi:10.1501/Kriz\_0000000045

Serafini, G., Lamis, D. A., Aguglia, A., Amerio, A., Nebbia, J., Geoffroy, P. A., Pompili, M. ve Amore, M. (2020). Hopelessness and its correlates with clinical outcomes in an outpatient setting. *Journal of affective disorders*, 263, 472-479. doi:10.1016/j.jad.2019.11.144

Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B. ve Zechmeister, J. S. (2018). Psikolojide araştırma yöntemleri (10. baskı). (İ. Göz, Çev.) Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Sır, B. (2023). *Şizofreni tanısı ile yatarak tedavi olmuş, taburculuk kararı alınmış hastalarda hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki*

*ilişkinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Akdeniz Üniversitesi, Antalya.

Sipahi, E. (2020). *Bipolar bozukluk tanılı hastalarda çocukluk çağı travması ve kişilik özelliklerinin yönetici işlevler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.

Smith, D. J., Whitham, E. A. ve Ghaemi, S. N. (2012). Bipolar disorder. *Handbook of Clinical Neurology*, 106, 251-263. doi:10.1016/B978-0-444-52002-9.00015-2

Smoller, J. W. ve Finn, C. T. (2003). Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. *American Journal of Medical Genetics*, 123(1), 48-58. doi:10.1002/ajmg.c.20013

Snyder, C. R. ve Forsyth, D. R. (Ed.). (1991). *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*. Pergamon Press.

Sofuğlu, S. ve Turan, M. T. (2000). Antipsikotik ilaç tedavisinde uyum problemleri: Bunların ekstrapiramidal yan etkilerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(2), 100- 106.

Stock, J. (2020). *The role of illness perceptions on outcomes in psychosis and bipolar* (Doctoral dissertation, King's College London).

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J. ve Van Ijzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48, 345-355. doi:10.1007/s00127-012-0549-y

Strakowski, S. M., Adler, C. M., Almeida, J., Altshuler, L. L., Blumberg, H. P., Chang, K. D., DelBello, M. P., Frangou, S., McIntosh, A., Philips, M. L., Sussman, J. E. ve Townsend, J. D. (2012). The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a consensus model. *Bipolar disorders*, 14(4), 313-325. doi:10.1111/j.1399-5618.2012.01022.x

Subramaniam, M., Abdin, E., Jeyagurunathan, A., Chang, S., Samari, E., Shafie, S., Wei, K. C., Verma, S. ve Chong, S. A. (2018). Exploration of illness perception among patients with mental illness in a multi-ethnic Asian sample. *Psychiatry research*, 267, 516-527. doi:10.1016/j.psychres.2018.06.032

Swann, A. C., Steinberg, J. L., Lijffijt, M. ve Moeller, F. G. (2008). Impulsivity: differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 106(3), 241-248. doi:10.1016/j.jad.2007.07.011

Şenormancı, G., Güçlü, O., Özben, İ., Karakaya, F. N. ve Şenormancı, Ö. (2020). Resilience and insight in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 266, 402-412. doi:10.1016/j.jad.2020.01.079

Taylor, D. L., Espeleta, H. C., Kraft, J. D. ve Grant, D. M. (2021). Early childhood experiences and cognitive risk factors for anxiety symptoms among college students. *Journal of American College Health: J ACH*, 69, 268–274. doi:10.1080/07448481.2019.1664552

Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E. ve Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American psychologist*, 55(1), 99. doi:10.1037/0003-066X.55.1.99

Thekkumthala, D., Schauer, M., Ruf-Leuschner, M., Kraus, B., Gruber, M. ve Elbert, T. (2019). Borderline personality disorder symptoms in relation to adverse childhood experiences and balance performance. *Mental Health & Prevention*, 14, 200167. doi:10.1016/j.mhp.2019.200167

Thesing, C. S., Stek, M. L., Van Grootheest, D. S., Van De Ven, P. M., Beekman, A. T., Kupka, R. W., Comijs, H. S. ve Dols, A. (2015). Childhood abuse, family history and stressors in older patients with bipolar disorder in relation to age at onset. *Journal of affective disorders*, 184, 249-255. doi:10.1016/j.jad.2015.05.066

Traino, K. A., Espeleta, H. C., Dattilo, T. M., Fisher, R. S. ve Mullins, L. L. (2023). Childhood Adversity and Illness Appraisals as Predictors of Health Anxiety in Emerging Adults with a Chronic Illness. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 30(1), 143-152. doi: 10.1007/s10880-022-09870-z

Trickett, P. K., Mennen, F. E., Kim, K. ve Sang, J. (2009). Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. *Child abuse & neglect*, 33(1), 27-35. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.12.003

Tsuchiya, K. J., Agerbo, E., Byrne, M. ve Mortensen, P. B. (2004). Higher socio-economic status of parents may increase risk for bipolar disorder in the offspring. *Psychological Medicine*, 34(5), 787-93. doi:10.1017/S0033291703001491

Tuman, T. C. ve Hurşitoğlu, O. (2022). Bipolar bozukluk hastalarında çocukluk çağı travması ile bilişsel duygu düzenleme ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişki. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 12(1), 43-51. doi:10.33631/sabd.1055248

Tunç, S., Yenilmez, Y. ve Altınbaş, K. (2014). Özkıyım girişimi öyküsü olan ve olmayan bipolar bozukluk olgularının mizaç ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15, 214-220.

Türkgil, B. (2021). *Çocukluk çağı travmaları olan yetişkinlerde çocukluk çağı travmaları, ruminatif düşünce biçimi ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Kent Üniversitesi, İstanbul.

Uçar, S. P. (2016). *Çocukluk çağı travmaları ve bipolar bozukluk ilişkisinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Uğur, K., Tamam, L., Özpoyraz, N. ve Demirkol, M. E. (2012). Bipolar bozuklukta özkıyım davranışlarının değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 659-668. doi:10.17826/cumj.503328

Upthegrove, R., Chard, C., Jones, L., Gordon-Smith, K., Forty, L., Jones, I. Ve Craddock, N. (2015). Adverse childhood events and psychosis in bipolar affective disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 206(3), 191-197. doi:10.1192/bjp.bp.114.152611

Uygun, E., Köseoğlu, A., Küçükgöncü, S. ve Erkoç, Ş. N. (2018). Ötümik dönemdeki bipolar I bozukluk hastalarında psikolojik dayanıklılık ve ilişkili faktörler. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 7(3), 120-126. doi:10.5455/JCBPR.297336

Ünal, G. Ö., Aktaş, G. Ç., İşcan, G. ve Atay, İ. (2022). Investigation of the relationship between illness perception and clinical characteristics, coping, self-efficacy in cases diagnosed with bipolar disorder. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 29, 356–366. doi: 10.17343/sdutfd.1095287

Valentí, M., Pacchiarotti, I., Undurraga, J., Bonnín, C. M., Popovic, D., Goikolea, J. M., Torrent, C., Hidalgo-Mazzei, D., Colom, F. ve Vieta, E. (2015). Risk factors for rapid cycling in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 17(5), 549-559. doi:10.1111/bdi.12288

Valtonen, H. M., Suominen, K., Haukka, J., Mantere, O., Arvilommi, P., Leppämäki, S. ve Isometsä, E. T. (2009). Hopelessness across phases of bipolar I or II disorder: a prospective study. *Journal of affective disorders*, 115(1-2), 11-17. doi:10.1016/j.jad.2008.06.013

van der Feltz-Cornelis, C. M., Potters, E. C., van Dam, A., Koorndijk, R. P. ve Elfeddali, I. (2019). Adverse Childhood Experiences (ACE) in outpatients with anxiety and depressive disorders and their association with psychiatric and somatic comorbidity and revictimization. Cross-sectional observational study. *Journal of affective disorders*, 246, 458-464. doi:10.1016/j.jad.2018.12.096

Van Dorn, R., Volavka, J. ve Johnson, N. (2012). Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47, 487-503. doi:10.1007/s00127-011-0356-x

Vaughan, R., Morrison, L. ve Miller, E. (2003). The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome. *British journal of health psychology*, 8(3), 287-301. doi:10.1348/135910703322370860

Wallston, K. A. (2004). Control and health. *Encyclopedia of health & behavior*, 1, 217-220.

Watson, S., Gallagher, P., Dougall, D., Porter, R., Moncrieff, J., Ferrier, I. N. ve Young, A. H. (2014). Childhood trauma in bipolar disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(6), 564-570. doi:10.1177/0004867413516681

Weinman, J., Petrie, K. J., Sharpe, N. ve Walker, S. (2000). Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*, 5(3), 263-273. doi:10.1348/135910700168900

White, R. G., McCleery, M., Gumley, A. I. ve Mulholland, C. (2007). Hopelessness in schizophrenia: the impact of symptoms and beliefs about illness. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(12), 968-975. doi: 10.1097/nmd.0b013e31815c1a1d

Willemsse, H., van der Doef, M. ve van Middendorp, H. (2019). Applying the Common Sense Model to predicting quality of life in alopecia areata: The role of illness perceptions and coping strategies. *Journal of Health Psychology*, 24(11), 1461-1472. doi:10.1177/1359105317752826

Williams, B. ve Healy, D. (2001). Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team: “explanatory model” or “exploratory map”? *Social science & medicine*, 53(4), 465-476. doi:10.1016/S0277-9536(00)00349-X

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. İsviçre: World Health Organization. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9?sequence=1>

World Health Organization. (2005). *Preventing chronic diseases : a vital investment : WHO global report*. Cenevre: World Health Organization. Erişim adresi: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43314/9241563001\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43314/9241563001_eng.pdf?sequence=1)

World Health Organization. (2006). *Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence*. Cenevre: World Health Organization. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/preventing-child-maltreatment-a-guide-to-taking-action-and-generating-evidence>

Wu, H., Zhao, X., Fritzsche, K., Salm, F., Leonhart, R., Jing, W., Yang, J. ve Schaefer, R. (2014). Negative illness perceptions associated with low mental and physical health status in general hospital outpatients in China. *Psychology, health & medicine*, 19(3), 273-285. doi:10.1080/13548506.2013.802358

Yargıç, I., Ersoy, E. ve Batmaz Oflaz, S. (2012). Çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(4).

Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., Sharma, V., Goldstein, B. I., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G., Milev, R. V., Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R. W., Vazquez, G., Kapczinski, F., ... ve Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 20(2), 97-170. doi:10.1111/bdi.12609

Yeloğlu, Ç. H. (2017). Önemli bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(30), 41-54. doi:10.17944/mkutfd.323344

Yenibaş, R. ve Şirin, A. (2007). *Ailede Çocuğun İstismarı ve Umutsuzluk* (1. Baskı). Nobel Yayın.

Yıldırım, S. (2007). *Anaokulu öğretmenlerinde tükenmişlik düzeyi ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.

Yılmaz, F. T., Sert, H. ve Kumsar, A. K. (2020). Evaluation of hope, symptom control, and medication compliance/adherence in hemodialysis patients. *Acıbadem University Health Sciences Journal*, 11(1), 35-43.

Yurdakök, K. ve İnce, O. (2010). Duygusal istismar ve ihmal. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(4), 423-33.



## EKLER

EK-A

### Bilgilendirilmiş Onam Formu

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli katılımcı;

Sizi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Bema Aktaş tarafından Doç. Dr. Alışan Burak Yaşar danışmanlığında yürütülmekte olan araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmanın amacı Bipolar Bozukluk tanısı olan bireylerin hastalığa dair olumsuz algıları ile ilişkili faktörlerin incelenmesidir.

Araştırma verileri ilgili anketlerin katılımcılar tarafından kalem ile doldurulmasıyla toplanacak olup herhangi bir görüntü/ses kaydı alınmayacaktır. Çalışmanın ' ' ve ' ' Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden hizmet almakta olan bireylerden toplanacak verilerle gerçekleştirilmesi planlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Çalışma ile ilgili sorularınız olması durumunda araştırmacı ile ' ' e-mail adresi üzerinden iletişime geçebilirsiniz.

Bilgilendirilmiş onam formunu okudum. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

( ) Evet ( ) Hayır

## Demografik Bilgi Formu

### DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

**Cinsiyet:** ( ) Kadın ( ) Erkek ( ) Diğer

**Doğum Tarihi (yıl):**

**Eğitim Düzeyi:** İlkokul( ) Ortaokul( ) Lise( ) Üniversite ve üstü( )

**Medeni Durum:** ( ) Evli ( ) Bekar

**Kiminle Yaşadığı:** ( ) Yalnız ( ) Ailesi ile ( ) Arkadaşları ile

**Çalışma Durumu:** ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( )

**Ortalama Aylık Gelir:** 0 TL - 8500 TL ( ) 8500 TL – 20.000 TL( )  
20.000 TL ve üzeri ( )

**Kişide Bipolar Bozukluk harici psikiyatrik hastalık öyküsü:** ( ) var ( ) yok

*Var ise adı:*

**Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü:** ( ) var ( ) yok

*Var ise adı:*

**Kişide kronik tıbbi hastalık öyküsü:** ( ) var ( ) yok

*Var ise adı:*

*Hastalığın başlangıcından bu yana geçen süre:*

**Ailede kronik tıbbi hastalık öyküsü:** ( ) var ( ) yok

*Var ise adı:*

**Kullanmakta olunan psikiyatrik ilaçlar:** ( ) var ( ) yok

*Var ise adı:*

*Kullanım süresi:*

**Demografik Bilgi Formu**

**Sigara kullanım öyküsü:** ( ) yok ( ) var [*kullanım süresi:..... yıl*]

**Alkol kullanım öyküsü:** ( ) yok ( ) var [*kullanım süresi:..... yıl*]

**Madde kullanım öyküsü:** ( ) yok ( ) var [*kullanım süresi:..... yıl ; madde adı:.....*]

**Bipolar Bozukluğun başlangıç yılı:**

**Hastane yatışı öyküsü:** ( ) var ( ) yok

*Var ise toplam yatış sayısı:*

**İntihar girişimi öyküsü:** ( ) var ( ) yok

*Var ise girişimlerin sayısı:*

**Ailede intihar girişimi öyküsü:** ( ) var ( ) yok

*Var ise yakınlık derecesi:*

**Kendine zarar verici davranış öyküsü:** ( ) var ( ) yok

**EKT öyküsü:** ( ) var ( ) yok

*Var ise kaç kez:*

**Mevcut psikotik semptomlar:** ( ) var ( ) yok

*Var ise türü: sanrı / halüsinasyon*

**Geçmişte deneyimlenen psikotik semptom öyküsü:** ( ) var ( ) yok

*Var ise türü: sanrı / halüsinasyon*

## Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği

### ÇÇOYÖ

Siz büyürken, hayatınızın ilk 18 yılında;

1	Bir ebeveyniniz ya da ev halkından yetişkin biri <b>sıklıkla ya da çok sıklıkla...</b> Size <b>küfür</b> etti mi, sizi <b>hor gördü</b> mü, sizi <b>aşağıladı</b> mı ya da sizi <b>küçümsedi</b> mi? <b>ya da</b> Sizi <b>fiziksel</b> anlamda <b>incitecek</b> bir şekilde davranıp sizi <b>korkuttu</b> mu? Bir tane dahi varsa işaretleyin <input type="radio"/> Evet
2	Bir ebeveyniniz ya da ev halkından yetişkin biri <b>sıklıkla ya da çok sıklıkla...</b> Sizi <b>itip tartakladı</b> mı, <b>tokatladı</b> mı ya da size bir şey <b>fırlattı</b> mı? <b>ya da</b> Size hiç <b>iz kalacak</b> ya da <b>yaralanacağımız kadar güçlü vurdu</b> mu? Bir tane dahi varsa işaretleyin <input type="radio"/> Evet
3	Bir yetişkin ya da sizden en az 5 yaş büyük biri <b>hiç...</b> Sizi hiç <b>dokundu</b> mu ya da sizi hiç <b>okşadı</b> mı ya da sizden hiç onların bedenine <b>cinsel anlamda dokunmanızı istedi</b> mi? <b>ya da</b> Sizinle <b>oral, anal</b> ya da <b>vajinal olarak cinsel ilişki yaşad</b> mı ya da <b>teşebbüs etti</b> mi? Bir tane dahi varsa işaretleyin <input type="radio"/> Evet
4	Siz <b>sıklıkla ya da çok sıklıkla</b> aşağıdaki gibi hissettiniz mi? Ailenizde kimse sizi <b>sevmiyor</b> ya da sizin <b>önemli</b> ya da <b>özel olduğunuzu düşünmüyor</b> ? <b>ya da</b> Aileniz size <b>göz kulak olmadı</b> , ailenizle <b>yakın hissetmediniz</b> ya da <b>birbirinizi desteklemediniz</b> ? Bir tane dahi varsa işaretleyin <input type="radio"/> Evet
5	Siz <b>sıklıkla ya da çok sıklıkla</b> aşağıdaki gibi hissettiniz mi? Yeterince yemek yoktu, kirli giysiler giymek zorundaydınız ve sizi koruyacak kimse yoktu? <b>ya da</b> Aileniz size bakmak için ya da ihtiyacınız olduğunda doktora götürmek için çok sarhoştı ya da kendinde değildi? Bir tane dahi varsa işaretleyin <input type="radio"/> Evet
6	Ebeveynleriniz <b>hiç</b> ayrıldı mı ya da boşandı mı? Bir tane dahi varsa işaretleyin <input type="radio"/> Evet
7	Anneniz ya da tüvey anneniz: <b>Sıklıkla ya da çok sıklıkla</b> sizi itip tartakladı mı, tokatladı mı ya da size bir şey fırlattı mı? <b>ya da</b> <b>Bazen, sıklıkla ya da çok sıklıkla</b> tekmeledi mi, dövdü mü, yumrukla ya da daha sert bir şeyle size vurdu mu? <b>ya da</b> <b>Hiç</b> en az birkaç dakika sürekli bir şekilde size vurdu mu ya da sizi silahla ya da bıçakla tehdit etti mi? Bir tane dahi varsa işaretleyin <input type="radio"/> Evet
8	İçki problemi olan, alkolik ya da uyuşturucu kullanan biriyle yaşadınız mı? Bir tane dahi varsa işaretleyin <input type="radio"/> Evet
9	Ev halkından biri depresyonda ya da zihinsel hasta mıydı ya da intihara teşebbüs etti mi? Bir tane dahi varsa işaretleyin <input type="radio"/> Evet
10	Ev halkından biri hapse girdi mi? Bir tane dahi varsa işaretleyin <input type="radio"/> Evet
11	Mevcut sağlık sorunlarınız var mı? Var ise bu sağlık sorunları nelerdir? .....

## Beck Umutsuzluk Ölçeği

### BUÖ

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyacak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu (x) işaretleyiniz.

Sizin için uygun mu?

İfadeler	Evet	Hayır
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.		
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15. Geleceğe büyük inancım var.		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20. İstediyim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

## Kısa Hastalık Algısı Ölçeği

### KHAÖ

Aşağıda yer alan soruların her biri için, size en uygun olan cevabı lütfen daire içine alınız:

1-Hastalığınız yaşamınızı ne kadar etkiliyor?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç etkilemiyor								Çok fazla etkiliyor		
2-Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu düşünüyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç kontrolüm yok								Çok fazla kontrolüm var		
3- Tedavinizin hastalığınıza ne kadar iyi geleceğini düşünüyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç iyi gelmeyecek								Çok iyi gelecek		
4-Hastalığınız ile ilgili ne kadar belirti yaşıyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Belirti hiç yok								Belirti çok fazla		
5-Hastalığınız hakkında ne kadar endişe duyuyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç endişe duymuyorum								Çok fazla endişe duyuyorum		
6-Hastalığınızı ne kadar iyi anladığınızı düşünüyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç anlamıyorum								Çok iyi anlıyorum		
7-Hastalığınız sizi duygusal olarak ne kadar etkiliyor? (Örneğin; hastalığınız sizi üzüyor, korkutuyor, sinirlendiriyor ya da bunaltıyor mu?)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Duygusal olarak hiç etkilemiyor								Duygusal olarak çok fazla etkiliyor		
8-Lütfen hastalığınıza neden olduğuna inandığınız en önemli üç faktörü sırasıyla yazınız.										
Benim için en önemli sebepler:										
1.....										
2.....										
3.....										

## Etik Kurul Karar Örneği



T.C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Etik Kurul Başkanlığı

ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ

Toplantı No	Toplantı Tarihi	Toplantı Saati	Toplantı Yeri
2023 – 08	20.10.2023	14.00	Online

**KARAR NO: 2023-08-87:** Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı 211424034 numaralı öğrencisi Berna AKTAŞ' ın "Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları İle Olumsuz Hastalık Algısı Arasındaki İlişkide Umutsuzluğun Aracı Rolü" konulu çalışması hakkında yapacağı anket sorularının, etik kurallara uygun olup olmadığını tespit etmek üzere, İGÜ Etik Kurulumuzun 22.09.2023 tarih ve 2023-07 sayılı toplantısında, İGÜ Etik Kurul Yönergesinin 12(1) maddesine göre değerlendirme yapmak üzere görevlendirilen öğretim elemanlarının raporları incelenmiş olup, ilgili çalışmada yer alan bilimsel araştırmanın etik kurallara uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

BİRİM Etik Kurul Başkanlığı 20.10.2023 TARİH 2023 – 08 ETİK KURUL TOPLANTI TUTANAĞI KARAR ÖRNEĞİ

Cihangir Mah. Şehit Jandarma Komando Er Hakan Öner Sokak No:1 34310 Avcılar / İSTANBUL  
Tel: (+90212) 422 70 00 Faks: (+90212) 422 74 01  
[www.gelisim.edu.tr](http://www.gelisim.edu.tr) [https://\(birim\).gelisim.edu.tr](https://(birim).gelisim.edu.tr) [\(birim\)@gelisim.edu.tr](mailto:(birim)@gelisim.edu.tr)

KURUMUN İÇİŞLERİ BÜYÜKLERİNE SUNULAN TARİH: 20.10.2023 / 0 / 2023

1/1

**İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni Örneği**

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.



# ÖZGEÇMİŞ

## Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : Aktaş, Berna

## Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	İstanbul Gelişim Üniversitesi	2024
Lisans	Ankara Üniversitesi	2019
Lise	Lüleburgaz Anadolu Lisesi	2015

## Yabancı Dil

İngilizce

## Hobiler

El sanatları