

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**



**BİPOLAR HASTALARDA
AİLE İŞLEYİŞİ VE EVLİLİĞİN
HASTALIK ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
DR. NESLİ KESKİNÖZ BİLEN**

**UZMANLIK TEZİ DANIŞMANI
PROF. DR. IŞIL VAHİP**

**İzmir
Mayıs 2010**

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca çok şey öğrendiğim, tezin her aşamasında yoğun ilgi, sevgi ve anlayışını hissettiğim, birlikte çalışmaktan keyif ve onur duyduğum; tez danışmanım Prof.Dr.Işıl Vahip'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve becerilerimin gelişmesinde katkı ve olanaklar sağlayan tüm değerli öğretim üyelerine, eski ana bilim dalı başkanımız Prof.Dr. Hayriye Elbi'ye ve yeni ana bilim dalı başkanımız Prof.Dr. Hakan Coşkunol'a,

Araştırmanın şekillenmesinde bilimsel, yöntemsel ve mesleki katkılar sağlayan Prof.Dr. Simavi Vahip'e, Doç.Dr.Fisun Akdeniz'e, Psk. Dr. Müge Alkan'a ve her daim yardım ve desteğini esirgemeyen, dostum Uzm.Psk. Cemile Gürdal'a,

Araştırma analizini ve istatistiklerini öğrenmemi ve her vakit arayabilme konforu sağlayan, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı'ndan Yrd. Doç Tümur Köse'ye,

Tez verilerinin toplanmasında emeği geçen Dr. Özlem Kuman ve Dr.Serhan Işıklı'ya, ölçeklerin hesaplanmasına yardımcı olan İngiltere Bath Spa Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden Psk. Gülşen Özgü'ye, hasta izlem kartları, yatış dosyaları ve randevuları ile ilgili yardımları ile işleri kolaylaştıran Seyhan Evren'e,

İçtenlik ve sabırla ölçekleri dolduran, gerektiğinde yakını ile yeniden hastaneye gelerek gönüllü katkılarını sunan tez hastalarına ve asistanlık sürecinde gördüğüm tüm hastalara,

Beraber keyifle çalıştığım, her zaman yardıma hazır hemşire ve personellere,

Tez süreci ve tüm asistanlık dönemim boyunca yoğun destek, sevgi ve içtenlikleri ile uzmanlık eğitimimi daha eğlenceli hale getiren, keyifli bir çalışma ortamı yaratan, sağlam dostluklar kurduğum asistan arkadaşlarıma,

Yaklaşık üç buçuk yıllık tez oluşum ve sonuçlanım süresinde, sabrı, desteği, yoldaşlığı ve emekleri için sevgili eşim Cuneyt Bilen'e,
Herşey için Aileme,

Teşekkür ederim....

ÖZET

Keskinöz Bilen N. (2010) Bipolar hastalarda evlilik ve aile işleyişinin hastalık özellikleri ile ilişkisi

Tıpta uzmanlık tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir.

Amaç: Bipolar bozukluk, genetik ve çevresel etkenlerle tetiklenen ailesel bir hastalıktır. Bu çalışmada; biyolojik bileşeni belirgin bir hastalık olan bipolar bozukluğun görüngüsel özellikleri (başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastalık dönem sayıları ve süreleri, psikotik bulgular) ve hastalık gidişi ile ilişkili özellikleri (şiddet, hasta geçirilen süre, yatış öyküsü, özkıyım öyküsü, dönemler arası iyileşme, mevsimsellik) ile evlilik ve aile işleyişi gibi psikososyal değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: DSM – IV’e göre; Bipolar I (n:53) ve II bozukluk (n:21) tanısı ile izlenen en az 2 yıldır evli ve remisyonunda 74 hastanın, hastalık özellikleri; hasta ve yakınları ile görüşme, poliklinik kayıtları, hastaneye yatış dosyası, izlemiş hekimlerden alınan bilgiler kullanılarak saptanmıştır. Evlilik ve aile işleyişi, sosyal destek sistem ve işlevsellik bilgileri, öz bildirim ölçek verilerinden (Aile Değerlendirme Ölçeği, Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği, Sosyal Destek Ölçeği ve Çift Uyum Ölçeği) alınmıştır. Araştırma analizinde; evlilik ve aile işleyişine dair değişkenler ile; hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastalık dönemi içinde geçen toplam süre, hastaneye yatış öyküsü, tanısız alt tip, psikotik bulgulu dönemler, özkıyım girişi, dönemler arası iyileşme, mevsimsellik, geçirilen hastalık dönemi sayısı ve şiddeti gibi hastalık özellikleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Bulgular: Hastalık özelliklerinden; hastalık süresi, hastalık dönemi içinde geçen toplam süre, dönemler arası iyileşme, hastalık dönem sayısı ve hastalık dönemi şiddeti ile evlilik ve aile işleyişine ilişkin değişkenler arasında ilişki saptanmıştır. Depresif dönemde geçen süre, depresif dönem sayısı ve şiddeti ile saptanan ilişki yoğunluktadır. Hastalık döneminde geçirilen süre ve hastalık dönem şiddeti ile sosyal destek sistemleri, depresif dönemde geçen süre ile işlevsellik negatif ilişkilidir. Hastalık başlangıç yaşı, hastaneye yatış öyküsü, tanısız alt tip, psikotik bulgulu

dönemler, özkıyım girişimi ve mevsimsellik ile evlilik ve aile işleyişi, sosyal destek sistemler ve işlevsellik arasında ilişki bulunmamıştır.

Sonuç: Bipolar bozuklukta, özellikle depresif dönemler olmak üzere hastalık dönemlerinin sayısı, süre ve şiddeti ile evlilik ve aile işleyişi arasında ilişki vardır.

Anahtar kelimeler: evlilik, aile işleyişi, bipolar bozukluk, depresif dönem, hastalık dönemi sayısı, hastalık süresi, hastalık dönem şiddeti

ABSTRACT

Keskinöz Bilen N. (2010) Association between bipolar disorder clinical and phenomenological features and marriage and family issues.

Medical speciality thesis, Ege University, School of Medicine, Department of Psychiatry, İzmir.

Background: Bipolar disorder is familial illness triggered by genetic and environmental contributions. This study aims to investigate the association between phenomenological (age of onset, duration of illness, duration and sum of episodes and psychotic symptoms) and clinical course features (recovery between episodes, seasonality) of bipolar disorder which has significant biological component and psychosocial variables such as marital and family functioning.

Method: Clinical features of seventyfour patients in remission, married at least for two years, with bipolar I (n:53) and bipolar II disorders (n:21) via the Structured Clinical Interview for DSM-IV were evaluated by interview with patients and relatives, clinic records, hospital admission files and according to information received from physicians who had followed these patients up.

Marriage and family functioning, social support systems and functionality of bipolar disorders were assessed by self report scale datas (Family Assessment Scale, Bipolar Disorder Functioning Scale, Social Support Scale and the Dyadic Adjustment Scale). Association between marriage and family process variables and clinical features of illness such as age of onset, duration of illness, sum of duration of episodes, history of hospitalisation, diagnostic subtype, psychotic symptoms, suicide attempts, recovery between episodes, seasonality, number of mood episodes and severity of episodes were analysed.

Results: Duration of illness, sum of duration of episodes, recovery between episodes, number of mood episodes and severity of episodes as clinical features were determined; significantly correlated to variables about marriage and family functions. Duration of depressive episodes, number and severity of depressive episodes were significantly associated with these issues. Duration of illness and severity of episodes were associated with social support systems and duration of depressive episodes with functionality. There was no association between marriage

and family process and age of onset, history of hospitalisation, diagnostic subtype, psychotic symptoms, suicide attempts, seasonality.

Conclusion: There is significant association between number, duration and severity of episodes and marriage and family functions in bipolar disorder especially in depressive episodes.

Key words: marriage, family functions, bipolar disorder, depressive episode, episode duration of illness, severity

İÇİNDEKİLER

Önsöz	ii
Özet.....	iii
Abstract.....	v

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
1.1 Bipolar Bozuklukta gen-çevre etkileşimi	1
1.2 Bipolar Bozukluk ve Aile.....	4
1.3 Bipolar Bozukluk ve Evlilik	8
1.4 Bipolar Bozukluk ve Psikososyal İşlevsellik	10

BÖLÜM II

AMAÇ	12
2.1 Çalışmanın Amacı.....	12
2.2 Varsayımlar	12

BÖLÜM III

YÖNTEM.....	13
3.1 Çalışmanın evreni	13
3.2 Araştırmanın tipi.....	13
3.3 Örneklem	13
3.3.1. Hasta Grubu	13
3.4 Uygulama	14
3.5 Veri Toplama Araçları	16
3.5.1 Aile Değerlendirme Ölçeği-ADÖ	16
3.5.2 Çift uyum Ölçeği-ÇUÖ	18
3.5.3 Sosyal Destek Ölçeği-SDÖ	19
3.5.4 Bipolar İşlevsellik Ölçeği- BPIÖ.....	20
3.5.5 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği Ölçeği-HAMD	21
3.5.6 Young Mani Derecelendirme Ölçeği –YMRS	21
3.6 Araştırmanın değişkenleri.....	22
3.6.1 Araştırmanın bağımsız ve karıştırıcı değişkenleri	22

3.6.2	Araştırmanın bağımlı değişkenleri.....	24
3.7	Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri.....	27

BÖLÜM IV

BULGULAR.....	29
4.1. Katılımın değerlendirilmesi	29
4.2. Sosyodemografik özellikler	29
4.3. Evlilik özellikleri	31
4.4. Araştırma grubunun hastalık özellikleri	33
4.5. Araştırma grubunun ölçek verileri	37
4.5.1 Aile Değerlendirme Ölçeğinden alınan puanların dağılımı	37
4.5.2 Çift Uyum Ölçeğinden alınan puanların dağılımı	38
4.5.3 Sosyal Destek Ölçeğinden alınan puanların dağılımı	39
4.5.4 Bipolar İşlevsellik Ölçeğinden alınan puanların dağılımı	39
4.6. Hastalık özellikleri ile evlilik ve aile işleyişi ile ilgili ölçekler arasındaki ilişki	40
4.6.1 Hastalık başlangıç yaşı.....	40
4.6.2 Hastalık süresi	41
4.6.3 Hastalık döneminde geçirilen süre	41
4.6.4 Hastaneye yatış	43
4.6.5 Tanısal alt tip	44
4.6.6 Psikotik bulguluk	44
4.6.7 Özkıym girişimi.....	45
4.6.8 Mevsimsellik	45
4.6.9 Dönemler arası iyileşme.....	46
4.6.10 Hastalık dönemi sayısı	47
4.6.11 Hastalık dönemi şiddeti.....	50
4.7. Diğer Özellikler	51
4.7.1 İlk hastalık dönemi tipi.....	51
4.7.2 Baskın hastalık dönemi tipi.....	51
4.7.3 Hastalık dönemlerinin sıklığı/ döngülerin kısalığı	51
4.7.4 Psikiyatrik ek tanı	52
4.7.5 Bedensel hastalık ek tanı	52

4.7.6 Ailesel yüklülük	52
4.8 Sosyodemografik ve evlilik özellikleri ile evlilik ve aile işleyişine ilişkin ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişki	53
4.9 Bulguların özeti	55

BÖLÜM V

TARTIŞMA	58
5.1 Bipolar Bozukluk ve Aile	58
5.2 Bipolar Bozukluk ve Evlilik	66
5.3 Araştırmanın kısıtlılıkları ve güçlü yönleri	71

BÖLÜM VI

SONUÇ	74
6.1 Sonuç ve öneriler	74

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR	76
-----------------	----

BÖLÜM VIII

EKLER.....	84
EK-1 Bilgilendirilmiş Olur Formu	84
EK-2 Sosyodemografik Veriler	85
EK-3 Hastalık Özellikleri	86
EK-4 Aile Değerlendirme Ölçeği	90
EK-5 Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği	93
EK-6 Sosyal Destek Ölçeği	95
Ek-7 Çift Uyum Ölçeği	98

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.6.1.1 Hastalık özellikleri değişkenlerinin tanımları ve analiz ölçümleri.....	22
Tablo 3.6.1.2 Sosyodemografik değişkenlerin tanım ve ölçümleri.....	23
Tablo 3.6.1.3 Evlilik özellikleri değişkenlerin tanım ve ölçümleri.....	24
Tablo 3.6.2.1 Aile değerlendirme ölçeği değişkenleri ve tanımları	25
Tablo 3.6.2.2 Çift uyum ölçeği değişkenleri ve tanımları	26
Tablo 3.6.2.3 Sosyal destek ölçeği değişkenleri ve ölçümleri.....	27
Tablo 4.2.1 Tanısal alt tipe göre sosyodemografik ve evlilik özellikleri verilerinin dağılımı	30
Tablo 4.3.1 Cinsiyete göre sosyodemografik ve evlilik özellikleri verilerinin dağılımı	32
Tablo 4.4.1 Genel hastalık özelliklerinin dağılımı	35
Tablo 4.4.2 Araştırma örnekleminin geçirmiş oldukları hastalık dönemi sayılarının dağılımı	36
Tablo 4.4.3 Araştırma örnekleminin geçirmiş oldukları hastalık dönemi sayılarının evliliğe göre dağılımı	36
Tablo 4.5.1 Aile değerlendirme ölçeği puan ortalamaları	38
Tablo 4.5.2 Çift uyum ölçeği puan ortalamaları.....	38
Tablo 4.5.3 Sosyal destek ölçeği puan ortalamaları	39
Tablo 4.5.4 Bipolar işlevsellik ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları.....	39
Tablo 4.6.10.1 Hastalık dönem sayıları ile çift uyum ölçeği arasındaki ilişki.....	48
Tablo 4.8 Sosyodemografik ve evlilik özellikleri ile evlilik ve aile işleyişine ilişkin ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişki	54
Tablo 4.9.1 Bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk ve tüm bipolar bozukluk tanılı hastalarda hastalık özellikleri (sürekli tip) ile ölçeklerin (ADÖ,ÇUÖ,SDÖ,BPİÖ) ilişkisi ve hastalık özelliklerine (kategorik tip) göre ölçek farklılıklarının anlamlılık dereceleri.....	56

KISALTMALAR DİZİNİ

EÜTF	: Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı
DSM IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (Akıl Sağlığı Bozuklukları için Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
BPB	: Bipolar Bozukluk
BP I	: Bipolar I Bozukluk
BP II	: Bipolar II Bozukluk
ADÖ	: Aile Değerlendirme Ölçeği
ÇUÖ	: Çift Uyum Ölçeği
BPIÖ	: Bipolar İşlevsellik Ölçeği
SDÖ	: Sosyal Destek Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Aile Değerlendirme Ölçeğinden 2'nin üzerinde alan hastaların yüzdeleri.....	37
---	-----------

BÖLÜM I

GİRİŞ

Duygudurum bozuklukları spekturumunda yer alan bipolar bozukluk uzun süreli, yineleyen dönemler ile giden, belirgin psikososyal bozulmaya ve yeti yitimine yol açabilen ve sağaltımındaki sınırlılıklar nedeniyle toplumda ciddi sorunlara yol açabilen hastalıkların başında gelmektedir. Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %1-2 olarak bildirilmektedir. Farklı tanımları olsa da bipolar yelpaze bozuklukları söz konusu olduğunda (bipolar I, bipolar II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk da dahil edildiğinde) bu oran daha da yükselerek %2.6'dan %6.5'e ulaşmaktadır (Angst 1998). 2020'de, bipolar bozukluğun dünyadaki tüm tıbbi hastalıklar içinde yıkıma yol açabilen altıncı büyük hastalık olacağı öngörülmektedir (Murray ve Lopez 1996).

Yinelemelerle giden bu hastalıkta, duygudurum dengeleyicilere uyum yüksek olduğunda bile hastalık iki yıl içinde %60, beş yıl içinde %75 tekrarlama eğilimindedir (Gitlin ve ark. 1995). Bipolar Bozukluk özkıyım girişimi riski açısından da yüksek riskli bir hastalıktır. Hastaların yaklaşık yarısı bir ya da birden çok özkıyım girişiminde bulunurken, %15inden fazlası hayatını sonlandırabilmektedir (Miklowitz ve Johnson 2006). Hastalar yaşamlarında ortalama her haftanın yarısını hastalığa bağlı belirtiler nedeniyle sıkıntılı geçirirken, okul, iş ve aile ilişkilerinde de birçok bozulma yaşayabilmektedirler (Judd ve ark. 2005). Hastaların her zaman eski işlevselliklerine dönebilmesi kolay olmamaktadır. 219 olgu ile yapılan bir izlem çalışmasında; ikinci yılda ancak %37.6'sının hastalık öncesi işlevselliklerine geri dönebildiği gösterilmiştir (Tohen ve ark. 2000). Son yıllarda bipolar bozuklukta daha etkili tedavi seçeneklerinin özellikle hastalık dönemlerinde başarıyla uygulanması ile birlikte, işlevsellik ve yaşam kalitesi gibi ölçütler ilgi odağı olmaktadır. Evlilik ve aile yaşamı ise, işlevselliğin ve yaşam kalitesinin içinde önemli yer tutmakta ve daha yakından incelenmeyi hak etmektedir.

1.1 Bipolar bozuklukta gen-çevre etkileşimi

Bipolar bozuklukta yapılan tüm biyolojik belirteç, nöro bilim, beyin görüntüleme, gen, endofenotip ve ikiz çalışmaları hastalığı anlamaya, farklı yollarla açıklamaya çalışmış, yeni yaklaşımların oluşmasına yardımcı olmuştur. Bu çalışmalar desenleri gereği duygudurum bozukluğu olan bireyin psikososyal bileşenini dışlamak durumundadır. Bipolar bozukluk, genetik ve çevresel etkenlerle tetiklenen ailesel bir hastalıktır (Althoff ve ark. 2005). Monozigot ikizlerdeki %60 uyum, çevresel etkenlerin de rol oynadığına dair bir kanıt olarak gösterilmektedir (Faraone ve ark. 2003) Gen-çevre çalışmaları, son yıllarda ilgi ve merakı; yeniden, değiştirilemez genetik miras olan biyolojik bileşenden, değiştirilebilir psikososyal bileşenle birleştirmiştir (Caspi ve Moffitt 2006, Althoff ve ark.2005). Bireyin biyopsikososyal bir varlık olduğunun altı yeniden çizilmiş, çevresel etkenlerin kişinin genlerine olan etkisi heyecan verici bilimsel bir gelişme olarak izlenmiştir.

Gen-çevre etkileşimi sadece bipolar hastanın kendisi için değil, çocukları için de tartışılmıştır. Bipolar ebeveyne sahip olmak çocukta bipolar olma riskini 5 kat arttırabilmektedir (Hodgins ve ark. 2002; akt: Du Rocher Schudlich ve ark. 2008). Bazı bipolar hastaların çocuklarının herhangi bir ruhsal hastalığının olmayışı, bazılarının ise ciddi duygudurum bozuklukları geliştirmesi başka çevresel etkenlerle de ilişkili mi sorusunu akla getirmiş; aile ve evlilik işleyişi gibi psikososyal koşullar araştırılmıştır (Hodgins ve ark. 2002; akt: Du Rocher Schudlich ve ark. 2008).

Tully ve arkadaşlarının (2008) genetik ve çevresel etkileri ayırtırmak için yaptıkları evlat edinme çalışmasında, 568 evlat edinilmiş ergen ile 416 evlat edinilmemiş ergenin aileleri karşılaştırılmış ve annesi depresyonda olan her bireyin majör depresyon ve diğer hastalıklar yönünden anlamlı risk altında olduğu saptanmıştır. Genetik ve çevresel etkiler birbirleriyle etkileşmekle beraber, kalıttan bağımsız olarak, annenin duygudurum bozukluğunun çocukta ciddi ruhsal hastalığa yol açması anlamlı çevresel etken olarak gösterilmiştir.

Ailedeki stres yükünün; sonraki yıllarda çocukta duygudurum bozukluğu geliştirme riskini anlamlı bir şekilde artırdığı, ailedeki olumsuz etkileşimlerin depresyon geçirmiş olmaktan daha fazla hastalığın gidişi için öngörücü olabildiği (Murray ve ark. 1999), aile içi çatışma yüksek ise; yatkın bireylerin depresyon geçirme riskinin de yükseldiği (Rice ve ark. 2006) vurgulanmıştır

Ailede anne ya da babadan birinin dönem dönem depresif, dönem dönem manik olması evdeki iklimi değiştirebilmektedir. Aile işleyişi sorunlu, çatışmalı bipolar ailelerde genetik açıdan yatkın çocuklarında önceki çalışmalara benzer olarak ruhsal hastalık daha sık görülebilmektedir (Du Rocher Schudlich ve ark. 2008). Aynı genetik mirasa sahip olunmasına karşın ailesinde sorun çözme ve iletişim kısıtlılığı belirgin, aile işlevleri yeterli olmayan bipolar hastaların çocuklarında, duygudurum bozukluğunun daha sık görülüyor oluşu anlamlıdır.

Aile işlevlerinin dolaylı ancak belirgin etkisi bipolarite açısından riskli diğer aile bireyleri açısından önemle vurgulansa da birincil etkisi hastanın kendinde; kendi hastalık gidişinde olmaktadır.

Psikososyal koşullar hastalığı etkileyebildiği gibi hastalık da bireyin kendi psikolojik ve sosyal alanını etkileyebilmektedir.

Sosyal ilişkilerde uyumsuzluğun, depresyonun gelişmesi ve sürmesinde kritik rolü olduğu (Rhebergen ve ark. 2009), evlilik doyumunun depresif belirtilerin ağırlığı ile negatif ilişki gösterdiği ve evlilik ilişkisinin kalitesinin hastalık yinelenmesinde önemli rol oynadığı (Hooley ve Teasdale 1989 akt; Martire ve ark. 2008), aile içi çatışmanın çocuk hastalarda bazı psikiyatrik hastalık belirtilerini alevlendirdiği (Edwards ve ark. 2001, Okon ve ark. 2003) gibi psikososyal alanların hastalığı etkileyebildiği; bipolar bozukluğun da, yaşam kalitesini ve psikososyal işlevselliği olumsuz yönde etkileyebildiği (Vojta ve ark. 2001, Goldberg ve ark. 2005, Michalak ve ark. 2005, Brissos ve ark. 2008, Goossens ve ark. 2008, Goppoldova ve ark. 2008) birçok çalışma tarafından saptanmıştır.

Biyolojik bileşeni belirgin bir hastalık olan bipolar bozukluğun görüngüsel özellikleri (başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastalık dönem sayıları ve süreleri, psikotik bulgular) ve hastalık gidişi ile ilişkili özellikleri (şiddet, hasta geçirilen süre, yatış öyküsü, özkıym öyküsü, baskın hastalık dönemi gidişi, dönemler arası iyileşme olması, mevsimsellik) ile evlilik ve aile işleyişi gibi psikososyal değişkenler arasındaki ilişkinin daha önce ancak kısmen tanımlanmış olması, bu alandaki ciddi bir eksikliklerdir.

1.2 Bipolar Bozukluk ve Aile

Bipolar bozukluğun tanı ve tedavisinde ciddi gelişmeler olmasına karşın duygudurum bozukluklarının etkisini kişiler arası ilişkilerde anlayabilmeye yönelik çalışmalar, bilimsel açıdan hala canlı bir alandır. Bipolar hastaların hastalık özellikleri ile evlilik ve aile işleyişlerinin nasıl ilişkilendiği sorusu tam olarak cevaplanmış değildir.

Bipolar hastaların, ailenin işlevlerini hangi alanlarda yerine getirdiği ya da getiremediğini, aile üyelerinin algılarına göre değerlendirmeyi sağlayan, problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler olmak üzere yedi alt ölçekten oluşan, aile işleyişini araştıran aile değerlendirme ölçeği literatürde birçok çalışmada kullanılmıştır.

Aile bireylerinin yakınlığı ve bağlılığı, soruna odaklı başa çıkma yollarını kullanmaları, birbirleriyle doğrudan iletişim kurmaları, ailede düzenin, karar verme süreçlerinin açık ve net olması hastalık süreçlerine ve sonuçlarına karşı koruyucu bir işlev görmektedir (Fisher ve Weihs 2000).

1980-2000 yılları arasında bipolar bozukluğun biyolojik yönü ve farmakoterapisine dair ciddi gelişmeler olması ile araştırmacılar heyecanla bu alana yönelmiş ve hastalığın psikososyal bileşeni ile ilgili çalışmalarda belirgin azalma olmuştur. Bu dönem boyunca, bipolar bozukluk tanılı hastaların evlilik ve aile yaşamına dair araştırmaların çok az oluşunun, bu önemli konular hakkındaki belli başlı soruların yanıtı kalmasına yol açtığı belirtilmiştir (Hale ve ark. 1998).

Aile işlevleri sıklıkla aile değerlendirme ölçeği (Friedmann ve ark. 1997, Koyama ve ark. 2004, Townsend ve ark. 2007, Du Rocher Schudlich ve ark. 2008, Ünal ve ark. 2004) ya da aile ortamı ölçeği ile (Chang ve ark. 2001, Cooke ve ark. 1999, Rice ve ark. 2006) değerlendirilmiştir.

Ebstein tarafından geliştirilen aile değerlendirme ölçeği ile bipolar bozukluk beş çalışmada araştırılmıştır. Bu çalışmaların üçünde aile işlevleri diğer hastalıklarla karşılaştırılmışken (Friedmann ve ark. 1997, Koyama ve ark. 2004, Ünal ve ark. 2004), birinde duygudurum belirtilerini artırıp artırmadığı (Townsend ve ark. 2007), diğerinde ise bipolar hastaların çocuklarında duygudurum bozukluğu ortaya çıkışını kolaylaştırıp kolaylaştırmadığı (Du Rocher Schudlich ve ark. 2008) araştırılmıştır.

Du Rocher Schudlich ve arkadaşlarının 2008'deki çalışmalarında anne ya da babadan herhangi birinin bipolar bozukluk tanısı almış bir ailede, aile işleyişinin çocuklarda bipolar bozukluk geliştirme riskine etkisini araştırılmıştır (Du Rocher Schudlich ve ark. 2008). Ailede anne ya da babadan birinin bipolar olması , unipolar depresyon olmasına göre; unipolar depresif ebeveyn olması da herhangi duygudurum bozukluğu olmayan ebeveyne göre aile işleyişini, özellikle genel işlevleri, problem çözme ve iletişimi daha kötü etkilemiştir (Du Rocher Schudlich ve ark. 2008). Bu çalışmaya göre; ailede sorunlu alanların aile içi çatışmaya yol açması; genetik açıdan riskli olan bipolar hastaların çocuklarında, duygudurum bozukluğu gelişimi için biyolojik yatkınlıktan bağımsız, dolaylı ve anlamlı bir öngörücüdür (Du Rocher Schudlich ve ark. 2008).

Birçok psikiyatrik hastalıkla karşılaştırılan bir çalışmada altmış bipolar hasta yakını aile değerlendirme ölçeğini doldurmuş ve tüm alanlarda aile işlevlerinin sağlıklı gidişine işaret edecek şekilde bozukluk saptanmıştır (Friedmann ve ark. 1997).

Türkiye'de Ünal ve arkadaşları (2004) bipolar, şizofrenik ve epileptik hastalarda aile değerlendirme ölçeği ile aile içi işlevsellikleri karşılaştırmışlardır. Bipolar bozukluk tanılı olgularda aile işlevselliği görece şizofreni ya da epilepsi grubuna göre daha iyi saptanmış olsa da hasta ve yakınlarına verilen ölçekte 25 bipolar hasta, aile değerlendirme ölçeğinin gereken ilgi gösterebilme alt ölçeğinden, kesme puanı olan, 2'nin üzerinde almışlardır. Bipolar ailelerinin gereken ilgi gösterebilme dışında problem çözme, roller ve duygusal tepki verebilme alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamasını 2'nin üzerinde saptamış olmalarını, ailedeki yürümeyen noktaları aile üyelerinin hastalardan daha çok tanımladıkları ve daha iyi olmasını bekledikleri şeklinde yorumlamış (Ünal ve ark. 2004) olmalarına karşın aile değerlendirmeyi dahil eden diğer çalışmalar (Friedmann ve ark. 1997, Koyama ve ark. 2004) hasta ve ailesi gözünden aile işlevlerinin anlamlı farklılık göstermediğini belirtmişlerdir.

Bir diğer çalışmada yaşları 5- 17 arasında değişen bipolar çocuk hastaların(n:55) aileleri, aile değerlendirme ölçeği ile değerlendirilmiş, aile içi çatışmaların hastalık gidişini nasıl etkilediği, bazalde ve 8 hafta sonraki depresif ve mani belirtilerinden aldıkları puanlar belli ölçekler üzerinden araştırılmıştır. Bipolar çocukların aileleri problem çözme, iletişim ve genel işlevler alt ölçeklerine göre aile işlevleri bozuk saptanmıştır(Townsend ve ark. 2007). İzlemede daha kötü aile işleyişi olanların

depresif semptomları daha ağır geçmiş, aile değerlendirme ölçeğinden daha yüksek puan alanların depresyonda aynı tedaviyi alan (lityum+ Valproat) diğerlerine göre tedavi cevabı daha azalmıştır (Townsend ve ark. 2007). Bu çalışmada hastalık özelliği olarak yalnızca 8 hafta içindeki depresif ya da mani belirtilerinin artışı ya da azalışı değişken olarak alınmış ve aile değerlendirme ölçeği puanları ile ilişkilendirilmiştir.

Japonya’da yapılan bir diğer karşılaştırma çalışmasında 28 depresif, 24 şizofrenik, 18 bipolar hasta ve aileleri aile değerlendirme ölçeği ile karşılaştırılmışlardır. Araştırmamıza benzer şekilde bipolar hastaların davranış kontrol, gereken ilgi gösterebilme alt ölçek puan ortalamaları; ikinin üzerindedir. Hasta yakınları ve bipolar hastalar arasında aile işleyişine dair ölçek puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Koyama ve ark. 2004).

Keitner ve arkadaşları 6 yıl evvel 12 aylık izlem çalışmasına alınmış, ağır şiddette depresif bozukluk tanısı ile yatarak tedavi görmüş 59 hastayı; hala hastalığı devam eden-sürengelik kazanmış 10 kişi, dönem dönem yinelemelerle gitmiş olan 30 kişi ve tamamen iyileşmiş 19 kişi olarak sınıflandırmışlardır. Altı yıl evvel akut hastalık döneminde ve 6 ay sonrasındaki dönemde aile değerlendirme ölçeği ile değerlendirilen hastaların ölçek verileri ve hastalık gidişi arasında anlamlı ilişkiler saptamışlardır (Keitner ve ark. 1997).

Akut dönemdeki aile işlevleri (roller ve gereken ilgi alt ölçekleri) ve kısa süreli hastalık gidişi (12 ay) arasında, taburculuktan 6 ay sonraki değerlendirmeler ile de uzun süreli hastalık gidişi arasında ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada uzun vadede sürengelik kazanacak hastaların ilk 6 ayda, aile işlevlerinde herhangi bir düzelme gözlenmezken ilerde tamamen ya da kısmen iyileşecek olanların aile değerlendirme ölçeği puanları iyileşmiştir. Hastaneden taburcu olduktan 6 ay sonraki aile işlevleri ve hastalık gidişi arasında anlamlı ilişki saptanmış ve iyi hastalık gidişi için; erken iyileşme ve iyi aile işlevleri öngörücü olarak tanımlanmıştır (Keitner ve ark. 1997).

Miller ve arkadaşlarına göre bozulmuş aile işlevleri depresyon için önemli bir belirteçdir (Miller ve ark. 1992 akt; Uelebecker ve ark.2009). On iki aylık izlem çalışmalarında aile işlevleri bozuk olan depresif hasta grubunun daha kötü gidiş gösterdiği, daha ağır hastalık dönemleri yaşadığı, daha az iyileştiğini göstermişlerdir.

Aile işlevlerinin depresif bozukluk için hem öngörücü hem de gidiş belirleyicisi olduğunu belirtilmiştir (Miller ve ark. 1992, Keitner ve ark. 1992). Aile işlevlerde bozulmayı işaret eder şekilde ortalaması 2'nin üzerinde saptanan roller ve gereken ilgi gösterebilme alt ölçekleri; Keitner ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada uzun vadede (6 yıl) kötü gidişi öngören bozulmuş aile değerlendirme alt ölçekleridir.

Aile işlevleri iyi aileler içinde roller açık, belirgin ve birbirini tamamlar niteliktedir. Bu tip ailelerde roller mümkün olduğunca değiştirilebilir ve esnek yapıdadır. Aile üyelerinden birisi geçici olarak rolünü yerine getiremezse diğer aile üyeleri bu rolü üstlenir. Aile üyeleri, rol değişimlerini sorunsuzca gerçekleştirirler ve diğer üyenin rolünün alınmasında ve devam etmesinde uyum sorunları yaşamazlar. Sağlıklı ailelerde roller, aile üyelerinin yaşına cinsiyetine ve kültürel değerlere uygundur. Aile işlevleri iyi olan ailelerdeki türkçeye gereken ilgiyi gösterebilme olarak çevrilmiş olan “affective involvement”ise; aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi,bakım ve sevgiyi gösterir.

Ailenin genel işlevleri ile hastalık arasında bipolar hastalarda bir ilişki olduğu bilgisi; hastanın ardından poliklinik odasına giren aileyi değerlendirecek, yönlendirecek ve bilgilendirecek hekimin göz önünde bulundurabileceği bir bilgidir. Ailede hissedilen çatışma ya da aile işlevlerinin yerine gelemediği farkındalığı öncesinde bir takım önlemlerin, tedavi yaklaşımlarının sağlanmasında öncül olabilir. Markowitz (2008) bir derlemesinde, son yıllardaki biyolojik gelişmelere odaklanan ruh sağlığı hekimlerinin insanın psikososyal bütünlüğünün göz ardı edilebildiğine dikkat çekmiş *“Bu değişim psikiyatrinin eski temellerinin, çekirdek ailenin dinamiklerinin_yok sayılması riskini doğurmaktadır”* diyerek gen-çevre çalışmalarından bahsetmiştir. Bipolar bozuklukta, aile dinamiklerini, hastalık gidişi ile ilişkisi bağlamında tanımlayabilen kapsamlı bir çalışmaya ihtiyaç vardır.

1.3 Bipolar Bozukluk ve Evlilik

Sosyal ilişkilerde sorunların depresyonun gelişmesi ve sürmesinde önemli rolü olduğunun fark edilmesi (Rhebergen ve ark. 2009) ile sosyal çerçeve içinde gözler sosyal ağdaki en yakın kişiye; eşe çevrilmiştir. Evlilik doyumunun depresif semptomların ağırlığı ile negatif ilişki gösterdiği ve ilişkinin kalitesinin hastalık yinelemesinde önemli rol oynadığı saptanmıştır (Hooley ve Teasdale 1989 akt: Levkovitz ve ark. 2000). Whisman 26 kesitsel çalışmadan derlediği makalesinde evlilik kalitesi ve depresif belirtiler arasında anlamlı ilişkiye dikkat çekmiştir (Whisman 2001). Bazalde evlilik doyumları sorgulanan 904 kişi içinde 12 aylık izlem sonunda evliliğinden yeterince doyum alamayanların yıl sonunda 3 kez daha fazla depresyon geçirdikleri, bu anlamlılığın birçok karıştırıcı faktörle de devam ettiği vurgulanmıştır (Whisman ve Bruce 1999 akt;Choi ve Marks 2008).

Aynı durumun, yine depresif dönemlerle giden diğer duygudurum bozukluklara sahip hastalarda da etkiyip etkimeyeceği merak uyandırmaya devam etmektedir. Evlilik ve aile işleyişini, bipolar bozukluklu hastalarda inceleyen çalışmalar henüz az sayıdadır. Bulgular ise çelişkilidir.

Bipolar bozukluk, kişinin evliliğini, mesleki yaşantısını ve yaşamının her yönünü etkileyebilir, şiddetli ve oldukça kalıcı bozukluklara yol açabilir (Coryell ve ark. 1993). Altı sene boyunca izlenen 148 bipolar bozukluklu hasta normal kontrollerle karşılaştırılan bir çalışmada, yaş olarak normal kontrollerle eşleştirilmiş olan hasta grubunda evlenme oranlarının yarı yarıya daha düşük, evli olanlarda boşanma ya da ayrılma oranlarını iki kat yüksek bulunmuştur (Coryell ve ark. 1993). Bipolar hastaların kişiler arası ilişkiler, cinsel işlevler, eğlenme-dinlenme uğraşları ve hayattan genel doyum alabilme açısından da kontrollere göre daha kötü durumda oldukları çalışmanın bir diğer bulgusudur.

Evlilik ve depresyon arasındaki ilişkiye dair birçok çalışma olmasına karşın bipolar bozukluk ve evlilik ilişkisine dair kısıtlı çalışma olması bu alandaki birçok soruyu yanıtsız bırakmıştır. Bipolar bozukluk tanısı al alt tiplerinin, ailesel yüklülüğün, psikotik bulgulu hastalık dönemleri geçirmiş olmanın, özkıyım girişiminde bulunmanın, hastalık dönemi sıklığı ya da şiddetinin aileye nasıl etkiyebileceği, aile işlevlerinin hastalığa ne oranda yansıyabileceği, aralarındaki ilişkinin boyutu tanımlanmamış sorularıdır.

Çiftlerin algıladıkları biçimde ikili ilişkilerinin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiş, tatmin, kohezyon, fikir birliği ve duygusal ifade olmak üzere dört alt ölçekten oluşan çift uyum ölçeği literatürde sıklıkla kullanılmasına karşın bipolar bozuklukta kullanılan iki çalışma mevcuttur.

Levkovitz ve arkadaşları (2000) 23 depresif bozukluk ve 11 bipolar bozukluk tanılı olgunun eşlerini ve kontrol grubunu çift uyum ölçeği ile değerlendirmiş ancak duygudurum bozuluklarına sahip hastaların eşleri ve normal kontroller olmak üzere iki sınıflandırma yapmışlardır. Hasta gruba ölçeğin verilmemesi, bipolar hastalar ve depresif hastalar arasındaki farkın ortaya konmaması gibi kısıtlılıklar içeren bu çalışmada eşler, kontrollere kıyasla çift uyum ölçeği duygusal ifade, bağlılık ve tatmin alt ölçeklerinden anlamlı düzeyde kontrollere göre düşük puanlar almışlardır. Ayrıca bu çalışmada, hastalar eşlerinin olumlu özelliklerini kontrollere kıyasla daha az, olumsuz özelliklerini daha fazla belirtmişlerdir. Araştırma deseninin kesitsel oluşu ve örneklem sayısının azlığı kısıtlılık olarak belirtilmiştir (Levkovitz ve ark. 2000).

Depresif bozukluk tanılı hastaların evlilikleri ile bipolar bozukluk tanılı hastaların evliliklerini çift uyum ölçeği karşılaştıran 23 bipolar ve 11 depresif bozukluklu, remisyonda hasta ve eşlerinin ve 34 kontrolün alındığı bir diğer çalışmada; bulgular depresif bozukluklu hastaların evliliklerinin ve ikili ilişkilerinin bipolar bozukluk tanılı hastalara kıyasla daha kötü gittiği yönündedir. Hastaların sağlıklı eşlerine göre; aralarındaki duygusal ifade, fikir birliği ve kohezyon kontrollere kıyasla daha kötüdür (Horesh ve Fennig 2000).

Bipolar hasta ile evli olan eş ilişkiden yeterince doyum alamadığında, hasta eşini çok daha negatif algıladığı belirtilmiştir (Horesh ve Fennig 2000). İlişkideki olumsuz hava ve “algılanan negatiflik” içinde; duygudurum açısından dalgalı seyir gösteren diğerinin, çok daha olumsuz davranabildiği böylece sağlıklı eşin atfettiği olumsuzlukları karşıladığı, bu durumun kısır döngüyle tekrarlanıp ilişkileri hastalık dönemleri dışında da olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir (Horesh ve Fennig 2000).

Bipolar bozukluk; doğası gereği evlilikte sorunlara yol açabilen bir belirtiler kümesine sahiptir (Lam ve ark. 2005). Bipolar bozuklukta; en çok sorun yaratan hastalık belirtileri; depresyonda, yoğun karamsarlık ve hareketlerin yavaşlaması iken,

manide, anlamsız maddi harcamalar, sözel şiddet ve saldırgan davranışlar olarak bildirilmiştir (Lam ve ark. 2005). Kırkbir bipolar bozukluk tanılı hasta ve ailesi ile görüşmeler yapılarak elde edilen şiddetle ilişkili bir diğer veri de %44 oranında aileden birinin, hasta kötüleştiğinde şiddete maruz kaldığıdır. Hasta yakınları arasında en sık şiddete uğrayanların; eşler olduğu bildirilmiştir. Şiddet davranışının, hastalığın ağırlığından (yatış/hastalık süresi) bağımsız olduğu, bu çalışmanın bir diğer bulgusudur (Dore ve ark. 2001).

1.4 Bipolar Bozukluk ve Psikososyal İşlevsellik

Bipolar bozukluğun, yaşam kalitesini ve psikososyal işlevselliği olumsuz yönde etkileyen bir hastalık olduğu birçok araştırmacı tarafından vurgulanmıştır (Vojta ve ark. 2001, Goldberg ve ark. 2005, Michalak ve ark. 2005, Brissos ve ark. 2008, Goossens ve ark. 2008, Goppoldova ve ark. 2008). Bipolar bozukluğu olan kişinin, geçirdiği bir hastalık döneminin sonrasında, özellikle de depresyon döneminin sonrasında, hastalık döneminden önceki işlevselliğine yaklaşık bir yıl sonra dönebildiği belirtilmiştir (Robb ve ark. 1997).

Yatham ve arkadaşları (2004), Bipolar I Bozukluğu olan 920 hastayla yaptıkları çalışmada, hastaların yaşam kalitesinde önemli derecede bozulma saptamış ve bu bozulmanın depresyon dönemlerinin şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Özellikle depresyon dönemleri olmak üzere bipolar bozukluğun, hastalar üzerinde önemli derecede stres yarattığını, psikososyal işlevlerde bozulmaya yol açtığını bildirilmiştir.

Judd ve arkadaşları (2005), 158 bipolar I bozukluklu ve 133 bipolar II bozukluklu hastayla yaptıkları çalışmada, hastaların depresyon ve mani dönemlerindeki işlevselliklerini çalışma hayatı, kişiler arası ilişkiler, keyif alarak yapılan uğraşlar ve yaşamdan yeterince doyum alma açısından değerlendirmişlerdir. Hem bipolar I bozukluğu olan hastalarda hem de bipolar II bozukluğu olan hastalarda, psikososyal işlevselliğin depresyon döneminde mani dönemine oranla daha fazla olumsuz etkilendiğini bulmuşlardır. Bunun yanı sıra, hem bipolar I bozukluğu olan hastaların hem de bipolar II bozukluğu olan hastaların psikososyal işlevselliğinin hastalık dönemleri dışında, sağlıklı kontroller kadar iyi olmasa da büyük oranda iyileştiğini bildirmişlerdir.

Gutierrez – Rojas ve arkadaşları (2008), bipolar bozukluğu olan hastalarla sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları çalışmalarında, hastalar için sosyal desteğin önemini göstermişlerdir. Sosyal desteği olan hastaların yaşam kalitelerinin (mental QoL) düşük olmadığını bulmuşlardır. Hastaların yaşam kalitesini yükseltmede, depresif dönem belirtilerini azaltmak kadar sosyal desteğin ulaşılabilirliğini arttırmanın da önemini vurgulamışlardır. Psikiyatrik bozukluklarda hastanın sosyal desteğinin olması iyileşme sürecindeki önemli etmenlerden biridir.

Bipolar bozukluğun tanı ve tedavisinde ciddi gelişmeler olmasına karşın duygudurum bozukluklarının etkisini kişiler arası ilişkilerde anlayabilmeye yönelik çalışmalar, bilimsel açıdan hala canlı bir alandır. Bipolar hastaların hastalık özellikleri ile evlilik ve aile işleyişlerinin nasıl ilişkilendiği sorusu tam olarak cevaplanmış değildir.

Bipolar Bozuklukta hastalık dönemleri her hasta için özeldir. Bazı hastaların polis müdahalesi dahi gerektirebilen manik dönem ajitasyonları olabilirken bazı hastaların yataktan çıkmadıkları, ağır şiddette depresyonları, hastalık dönemi içinde psikotik bulguları, özkıym girişimleri olabilmektedir. Bu zor koşullar çerçevesinde evlilik ve ailenin özellikle hangi hastalık özelliği ile ilişkilendiğini bilmek, hastaların biopsikososyal değerlendirilmeleri açısından anlamlı olacaktır.

Tüm bu veriler ışığında Bipolar bozukluk hastalık özellikleri ile evlilik ve aile işleyişi ilişkisini anlayabilmek önem kazanmaktadır.

BÖLÜM II

AMAÇ ve VARSAYIMLAR

2.1 Amaç

1. Bipolar bozuklukta hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastalık dönemi içinde geçen toplam süre, hastaneye yatış öyküsü, psikotik bulgulu dönemler, özkıyım girişimi, dönemler arası iyileşme, mevsimsellik, geçirilen hastalık dönemi sayısı ve şiddeti gibi özelliklerin evlilik ve aile işleyişi ile ilişkisini araştırmaktır.
2. Bipolar I bozukluk ile Bipolar II bozukluk tanılı bireylerde evlilik ve aile işleyişine ilişkin özellikleri karşılaştırmaktır.

2.2 Varsayımlar

1. Bipolar bozukluğun başlangıç yaşının erken oluşu ile evlilik ve aile işleyişinde bozulma arasında ilişki vardır.
2. Hastalık süresinin uzunluğu ile evlilik ve aile işleyişinde bozulma arasında ilişki vardır.
3. Hastalık döneminde geçirilen sürenin uzunluğu ile evlilik ve aile işleyişinde bozulma arasında ilişki vardır.
4. Hastaneye yatış sayısı ile evlilik ve aile işleyişinde bozulma arasında ilişki vardır.
5. Bipolar I bozukluk tanılı bireylerin evlilik ve aile işleyişi Bipolar II bozukluk tanılı bireylere göre daha bozuktur.

6. Psikotik özelliklerin varlığı ile evlilik ve aile işleyişinde bozulma arasında ilişki vardır.
7. Özkıyım girişimi varlığı ile evlilik ve aile işleyişinde bozulma arasında ilişki vardır.
8. Dönemler arası iyileşmenin yokluğu ile evlilik ve aile işleyişinde bozulma arasında ilişki vardır.
9. Mevsimsellik ile evlilik ve aile işleyişinde bozulma arasında ilişki vardır.
10. Hastalık dönemi sayısı ile evlilik ve aile işleyişinde bozulma arasında ilişki vardır.
11. Hastalık dönemlerinin şiddeti ile evlilik ve aile işleyişinde bozulma arasında ilişki vardır.

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1 Çalışmanın evreni

EÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Affektif Hastalıklar Birimince Bipolar I ve II bozukluk tanısı ile izlenen hastalardır.

3.2 Araştırmanın tipi

Kesitsel, tanımlayıcı, karşılaştırmalı ve kısmen geriye dönük verilere dayalı bir çalışmadır.

3.3 Örneklem

a) Bipolar I bozukluk tanılı, evli, 53 hasta

b) Bipolar II bozukluk tanılı, evli, en az 21 hasta olmak üzere, alım ölçütlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm bipolar bozukluk tanılı hastalar 14.12.09 tarihinden itibaren ardışık olarak çalışmaya alınmıştır.

3.3.1. Hasta Grubu

Alım ölçütleri:

- 1.DSM – IV’e göre Bipolar I ya da II bozukluk tanısı almak
- 2.En az iki aydır remisyonda olmak
- 3.En az iki yıldır evli olmak
- 4.Okuduğunu anlayabilecek düzeyde okuma yazma bilmek
- 5.Gönüllü olur vermektir.

3.4 Uygulama

1. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Affektif Hastalıklar Birimi Polikliniği'ne gelen, alım ölçütlerini karşılayan bipolar bozukluk tanılı hastalar ardışık olarak çalışmaya davet edilmiştir.
2. Hastalara çalışma anlatılmış ve kabul edenlere gönüllü olur formu imzalatılmıştır.
3. Hastanın klinik durumu Young Mani Derecelendirme Ölçeği ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği-17 item kullanılarak değerlendirilmiştir.
4. Sosyodemografik veriler (bakınız ek-2) alınmıştır.
5. Sırasıyla Aile Değerlendirme Ölçeği, Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği, Sosyal Destek Ölçeği, Çift Uyum Ölçeği verilmiştir.
6. Hastadan, en az bir yakınından, Affektif Hastalıklar Birimi kartlarından ve yatış dosyalarından toplanan bilgiler kullanılarak her bir hasta için yaşam boyu hastalık çizelgesi oluşturulmuş ve hastalık bilgilerinin dökümü yapılmıştır.

Öz bildirim ölçeklerinin doldurulması sırasında hasta yalnız olarak, sessiz bir odaya alınmış, anlamadığı noktalarda açıklamalar getirilmiştir.

Hastalık özellikleri ve bipolar bozukluk yaşam çizelgesi veri kalitesi için hastayla ayrıntılı görüşme dışında poliklinik izlem kartlarından, hasta yakınlarından, hastayı görmüş hekimlerinden, hastaneye yatmışsa daha evvelki yatış dosyası ve notlarından bilgiler alınmıştır. 59 hasta ile araştırmayı yürüten 5.yıl psikiyatri asistanı (Dr. Nesli Keskinöz Bilen), 13 hasta ile 3.yıl psikiyatri asistanı (Dr. Özlem Kuman), 2 hasta ile diğer 4.yıl psikiyatri asistanı (Dr. Serhan Işıklı) görüşmüştür. Her hastanın tanısal alt tipi, hastalık özellikleri ve yaşam çizelgesi verileri araştırmayı yürüten kişi tarafından yeniden değerlendirilmiştir. Herhangi bir hastalık özelliği konusunda hasta ve yakınları ile görüşme, poliklinik kayıtları, hastaneye yatış dosyası, izlemiş hekimlerden alınan bilgilerin yorumlanmasında görüşmeciler ortak net karara varamadığı noktalarda Affektif Hastalıklar Birimi öğretim üyelerine (Prof. Dr. Simavi Vahip ve Doç.Dr. Fisun Akdeniz) danışmışlardır.

3.5 Veri Toplama Araçları:

3.5.1 Aile Değerlendirme Ölçeği-ADÖ (Family Assessment Scale)

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Epstein ve ark. 1983), ailenin işlevlerini hangi alanlarda yerine getirdiği ya da getiremediğini, aile üyelerinin algılarına göre değerlendirmeyi sağlayan, problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler olmak üzere yedi alt ölçekten oluşan 60 sorulu bir öz bildirim ölçeğidir.

ABD’de Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde geliştirilmiş olup, ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğini belirleyen ve sorun alanlarını ortaya çıkaran bir ölçü aracıdır. Ölçeğin geçerlilik çalışması 1983’te Epstein ve Bishop tarafından yapılmıştır. Daha sonra ikinci geçerlilik ve güvenirlik çalışması Miller, Bishop, Epstein ve Keitner tarafından 1985 yılında yapılmıştır. Türkiye’de geçerlilik ve güvenirlik çalışması Bulut tarafından yapılmıştır (Bulut ve ark. 1990).

Ölçek McMaster Aile İşlevleri Modelinin klinik olarak aileler üzerine uygulanması ile elde edilmiştir. Bu ölçek ailenin yapısal ve örgütsel özelliğini ve aile üyeleri arasındaki etkileşimi, ”sağlıklı” ve “sağlıksız” olarak ayırt edilebilecek şekilde tanımlamıştır. ADÖ, 7 alt ölçekten oluşmuştur. Yedi alt ölçeğin tanımları aşağıda belirtilmiştir.

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

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

3.Roller: Roller, ailenin maddi ve manevi gereksinimlerini karşılayan davranış kalıplarıdır. Ailenin kaynaklarını kullanımı, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme gibi konularda bir davranış kalıbı geliştirip geliştirmediği üzerinde odaklanmaktadır. İlave olarak roller ile ilgili boyut, görevlerin belirgin ve eşit olarak üyelere dağılımı ile aile üyeleri tarafından sorumlu

bir şekilde yerine getirilip getirilmemesini içermektedir. Para, konut, giyim, yeme gibi maddi ihtiyaçların karşılanması rollere bağlı olarak ele alınmaktadır. Bu konuda işlevsel bir aile, çocukların ve anne-babanın bakımı, beslenme ve gelişmesini sağlayacak şekilde rollerini belirlemiş olan ailedir. İşlevler; para ve sağlık gibi konularda kural koymayı ve karar vermeyi gerektirir.

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

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

6. Davranış Kontrolü: Aile üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Bu modelde psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir. Ayrıca kontrolün esnek, katı, serbest ve düzensiz oluşu da bu alt ölçekte ele alınmaktadır.

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

Aile değerlendirme ölçek uygulaması sırasında her madde için “Aynen katılıyorum”, “Büyük ölçüde katılıyorum”, “Biraz Katılıyorum”, “Hiç katılmıyorum” maddelerinden biri seçilerek işaretlenir.

Ölçeği oluşturan maddelerde iki tür ifade bulunmaktadır. Bunlar sağlık ve sağlıksızlık gösteren ifadelerdir. Bazı maddelerde “Aynen katılıyorum” seçeneği sağlıklı aile işlevlerini gösterdiği halde, diğerlerinde “hiç katılmıyorum” seçeneği sağlıklılık göstergesi olmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde, puanların hesaplanmasında kolaylık sağlamak amacıyla sağlıksızlık gösteren sorulara verilen puanlar 5’ten çıkarılarak her maddede “Aynen katılıyorum” seçeneğinin en sağlıklı aile işlevini “Hiç katılmıyorum” seçeneğinin ise en az sağlıksız aile işlevini göstermesi sağlanmaktadır. Tüm maddelerde 1 en sağlıklı cevabı, 4 en sağlıksız cevabı temsil etmektedir. Bu şekilde elde edilen puanların her alt boyut için toplanarak ortalaması alınır. Her bir boyutta, o boyutun içerdiği maddelerin

%40'ından fazlası cevapsız bırakılmış ise, ortalama puan hesaplanmaz ve o kişi için elde edilen puan geçersiz sayılır. Test uygulanan her kişi için yedi alt ölçek puanı elde edilmektedir.

Bulut, her alt ölçek için hesaplanan puan ortalamaları 4'e yaklaştıkça o işlev açısından sağlıksızlığın arttığı yolunda bir yorum yapmakla beraber, sağlıklılığı ve sağlıksızlığı ayırt edecek bir puan saptama yoluna da gidildiğini belirtmiştir. En sağlıksız puan 4 olduğuna göre, teorik olarak 2'nin sağlıklı ve sağlıksız işlevleri ayırt eden bir puan olabileceğini belirtmektedir.

Bulut 2'nin üzerindeki puan ortalamalarının aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru bir gidişin göstergesi olduğuna dikkat çekerek, teorik olarak 2'nin ayırt edici bir sayı olarak kabul edildiğini ifade etmektedir.

Aynen katılıyorum : bir (1) puan

Büyük ölçüde katılıyorum : iki (2) puan

Biraz katılıyorum : üç (3) puan

Hiç katılmıyorum : dört (4) puan

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

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

3.5.2 Çift uyum Ölçeği-ÇUÖ (Dyadic Adjustment Scale-DAS)

Spainer tarafından 1976 yılında geliştirilmiştir. Spainer evlilik uyumunun; eşler arasında sorun yaratan farklılıklar, kişiler arası gerginlik ve kişisel anksiyete, eşler arası tatmin, eşler arası bağlılık, yapılmakta olan işlerin önemi konusunda eşler arasındaki fikir birliğinin dereceleriyle karar verilecek bir süreç olduğunu belirtmiştir. Tutum, davranış ve bilişsel süreçleri bir arada ele alan çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir ve çift uyumunun yanı sıra evlilik doyumunun da ölçülmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Çift Uyum Ölçeği çiftlerin algıladıkları biçimde ikili ilişkilerinin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiş 32 maddelik bir ölçektir. Dört alt ölçekten oluşur.

1. Eşler arası **tatmin** alt ölçeği; negatif ve pozitif düşünce modelleri ve iletişimi sorgulayan 10 madde içerir.
2. Eşler arası **kohezyon** alt ölçeği; birlikte geçirilen zamanı ve konuşmaları anlatan 5 maddeden oluşur.
3. Eşler arası **fikir birliği** alt ölçeği; evlilik ilişkisindeki temel konular hakkındaki anlaşma düzeyini gösteren 13 maddeden oluşur.
4. **Duygusal ifade** alt ölçeği; sevgi gösterme şekillerinde anlaşma derecesini gösterir ve sevgi gösteren davranışları yapmayı içeren 4 maddeyi içerir.

Toplam ölçüm puanları evlilik doyumu ve tatmin derecesini yansıtmaktadır. Testten alınabilecek puanların dağılımı 0-151'dir. Toplam uyum puanının yüksek oluşu, bireyin ilişkisinin ya da evlilik uyumunun daha iyi olduğunu gösterir. Çift Uyum Ölçeği'nin Türkiye örnekleminde geçerlik güvenirlik çalışması Fışiloğlu ve Demir tarafından yapılmıştır. ÇUÖ temel psikometrik gereksinimleri tahmin eden, mükemmel ayırıcı, uygun ve yordayıcı geçerliği olan bir ölçek olduğu bildirilmiştir (Fışiloğlu ve Demir, 1997). Ek 5'de sunulmuştur.

Alt Ölçek Madde Numarası Toplam	32 madde
Memnuniyet-doyum 16,17,18,19,20,22,23,31,32	10
Fikir birliği 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15	13
Bağlılık 24,25,26,27,28	5
Duygusal İfade 4,6,29,30	4

3.5.3 Sosyal Destek Ölçeği-SDÖ

Bu ölçek iki ayrı araçtan oluşmaktadır.

1.Sosyal Ağ ve Sırdaş Listesi: 1980 yılında Hirsch tarafından hazırlanmıştır. Sosyal ağın büyüklüğünü, ağın içindeki akraba sayısını, arkadaş sayısını, sırdaş sayısını, ağ içindeki diğer üyeleri, stres verici durumlarda en fazla destek veren arkadaşları belirlemeyi amaçlar (Sorias, 1988).

2.Algılanan Arkadaş ve Aile Desteği Ölçekleri: Sosyal ilişkinin ne ölçüde destekleyici olduğunu, kişiye verdiği doyumu değerlendirmek amacıyla kullanılan “Algılanan Arkadaş Desteği” ve “Algılanan Aile Desteği” ölçekleri Procidona ve Heller (1983) tarafından geliştirilmiştir.

Ülkemizde bu ölçeklerin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Sorias tarafından yapılarak güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olarak kullanılabileceği belirtilmiştir (Sorias 1988, 1992). Sosyal Destek Ölçeği Ek 5’de sunulmuştur.

Algılanan Aile Desteği Ölçeği maddelerinin puanlaması 3,4,16,19 ve 20. maddeler için evet:0, kısmen:1 ve hayır:2 biçiminde arasındaki maddeler için 2-1-0 biçiminde olmaktadır. Yani evet:2, kısmen:1 ve hayır:0 biçiminde puanlanmaktadır.

Algılanan Arkadaş Desteği Ölçeği maddelerinin puanlaması 2,6, 7,15, 18 ve 20. maddeler için evet:0, kısmen:1 ve hayır:2 biçiminde arasındaki maddeler için 2-1-0 biçiminde olmaktadır. Yani evet:2, kısmen:1 ve hayır:0 biçiminde puanlanmaktadır.

3.5.4 Bipolar İşlevsellik Ölçeği –BPIÖ

52-maddeli Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BPIÖ) Aydemir ve arkadaşları tarafından 2007’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, arkadaşlarla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobiler, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve iş alanları alt ölçeklerinden oluşur. Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur. Madde-toplam puan ilişkileri 0.22-0.86 arasındadır. Test-yeniden test güvenilirliğinde, iki ölçüm arasındaki ilişki katsayısı yüksektir ($r:0,82$ $p<0.0001$).

Yanıt ölçeğinde 1 puan hayır ya da hiç, 2 puan kısmen ya da bazen ve 3 puan evet ya da her zaman karşılığındadır. Buna göre, ölçeğin 58-maddeli biçimi toplam puanı 58 ile 174 arasında olabilmektedir. Ek-6’da sunulmuştur.

Ölçek puanlaması maddelerin aritmetik toplanması esasına göre oluşturulmaktadır. Her alt ölçeğin puanı kendi alt ölçek maddelerin toplanması ile elde edilir. Alt ölçeklerin toplanması ise ölçeğin genel toplam puanını verir.

Maddelerin puanlaması 2,4,6,9 ve 12 ile 48 arasındaki maddeler için 1-2-3 biçiminde olmaktadır. Yani evet/çok az:1, kısmen/orta:2 ve hayır/yeterince fazla:3 biçiminde puanlanmaktadır.

Maddelerden 1,3,5,7,8,10,11,49,50,51 için ise puanlama 3-2-1 olarak yapılmaktadır. Yani evet/çok az:3, kısmen/orta:2 ve hayır/yeterince fazla:1 biçiminde puanlanmaktadır.

3.5.5 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği - HAMD (Hamilton Depression Rating Scale)

Ölçek, Hamilton (1960) tarafından geliştirilmiştir. Hastada depresyonun düzeyini ölçer. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır. 17 sorudan oluşur. En fazla 53 puan alınır. 14 puan ve üzeri depresyona işaret eder Bu maddelerden beşi somatik belirtiler (anksiyete, gastrointestinal, genel, genital, kilo) ve üçü her üç aşamasında uykusuzluk (erken, orta ve geç) üzerinedir. Çalışma kapasitesi ve ilgi kaybı (anhedoni) bir maddede birleştirilmiştir. Diğer maddeler depresif duygudurum, suçluluk duygusu, özkıyım düşünceleri, ajitasyon ve ruhsal anksiyeteyi içerir. Türkçe formunun test-tekrar test korelasyonu 0.85'dir. İç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.75, Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı 0.76'dır. Değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayıları 0.87 ile 0.98 değerleri arasındadır (Yazıcı ve ark. 1998).

3.5.6 Young Mani Derecelendirme Ölçeği –YMRS (Young Mania Rating Scale)

Mani belirtilerinin şiddetini belirlemeye yönelik toplam 11 maddeden oluşan bir ölçektir. Bu ölçek, 11 maddeden oluşmakta ve her biri 5 aşamalı belirti şiddeti ölçmektedir (Young ve ark. 1978). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Karadağ ve ark. 2002). Ölçekteki maddeler, bipolar bozukluk manik nöbetteki tanımlanmış çekirdek belirtileri (hafiften ağıra doğru derecelendirecek biçimde) kapsamaktadır. Ölçeğin doldurulması hastayla son 48 saatlik süre dilimi içindeki durumu esas alınarak yapılan görüşmeye ve görüşme sırasındaki gözlemlere dayanarak yapılır. İki bağımsız görüşmecinin toplam puanlar arasındaki doğrusal bağıntı katsayısı 0,93 ve her bir madde puanları arasındaki doğrusal bağıntı katsayılarının 0,66-0,92 arasında değiştiği bulunmuştur. Türkçe formunda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,79, madde toplam puan korelasyon katsayıları 0,407-0,847 arasında elde edilmiştir. (Karadağ ve ark. 2002).

3.6 Araştırmanın değişkenleri

Hastalık özellikleri değişkenleri (hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastalık dönemi içinde geçen toplam süre, hastaneye yatış öyküsü, tanısız alt tip, psikotik bulgulu dönemler, özkıyım girişimi, dönemler arası iyileşme, mevsimsellik, geçirilen hastalık dönemi sayısı ve şiddeti) bağımsız, evlilik ve aile işleyişine, sosyal destek ve işlevselliğine yönelik ölçekler'den elde edilen veriler (ADÖ, SDÖ, ÇUÖ, BPIÖ) bağımlı sosyodemografik değişkenler (cinsiyet, yaş, eğitim, kişi başı gelir, meslek grubu) ve evlilik özellikleri ile ilişkili değişkenleri (evlenme yaşı, evlilik süresi, evlenme biçimi, evlilik yaşamlarının bir döneminde ebeveynlerle yaşamış ya da halen yaşıyor olma) karıştırıcı değişkenleridir.

3.6.1 Araştırmanın bağımsız ve karıştırıcı değişkenleri

3.6.1.1 Hastalık özellikleri

Tablo 3.6.1.1 Hastalık özellikleri bağımsız değişkenlerinin tanımları ve analiz ölçümleri

Değişken	Değişken Tanımı	Ölçüm
1.Hastalık başlangıç yaşı	Görüşülen kişinin ilk hastalandığı tarihteki yaşı (Hastalık başlangıç tarihi-doğum tarihi)	Sürekli
2.Hastalık süresi	Görüşülen kişinin ilk hastalandığı tarihten görüşme tarihine kadar/ ilk hastalandığı tarihten evliliğe kadar/ evlilik sonrası hastalığından görüşme tarihine kadar geçen süre (yıl)	Sürekli
3.Hasta dönemde geçirilen süre	Görüşülen kişinin hastalık süresince/ evlilik öncesi/evlilik sonrası/ son 2 yılı aktif hastalık döneminde olduğu zamanların toplamı (ay olarak)	Sürekli
4.Hastaneye yatış	Hastalık süresi boyunca hastaneye yatışın olma durumu/ Yatış sayısı	Kategorik İkili (var/ yok) Kesikli
5.Tanısal alt tip	Bipolar Bozukluk alt tipi	Kategorik İkili (BPB I/ BPB II)

Değişken	Değişken Tanımı	Ölçüm
6.Psikotik bulgu	Görüşülen kişinin herhangi bir hastalık döneminde/manik/depresif/karma psikotik bulguların semptomlara eşlik etme durumu	Kategorik İkili (var/ yok)
7.Özkıym girişimi	Hastalığı sürecinde herhangi bir özkıym girişiminde bulunmuş olma	Kategorik İkili (var/ yok)
8.Dönemler arası iyileşme	DSM IV'e göre dönemler arası eşik-altı duygudurum belirtilerinin olmaması	Kategorik İkili (var/ yok)
9. Mevsimsellik	DSM IV'e göre mevsimsellik kriterlerinin karşılanmış olması	Kategorik İkili (var/ yok)
10. Hastalık dönemi sayısı	Hastalık başlangıcından itibaren geçirilen hastalık dönemi sayısı/depresif / manik/hipomanik/ karma dönem sayısı	Kesikli
11. Hastalık dönemi şiddeti	DSM IV'e göre psikotik bulgulu ağır /ağır/orta/ hafif	Kesikli

Tablo 3.6.1.2 Sosyodemografik değişkenlerin tanım ve ölçümleri

Değişken	Değişken Tanımı	Ölçüm
Yaş	Görüşülen kişinin görüşme tarihindeki yaşı [2010- doğum yılı]	Kesikli
Cinsiyet	Görüşülen kişinin cinsiyeti	İkili (kadın/erkek)
Eğitim süresi	Görüşülen kişinin görüşme tarihi itibarıyla bir eğitim kurumunda tamamlamış olduğu toplam eğitim yılı	Kategorik ve Ordinal
Meslek	Görüşülen kişinin görüşme tarihindeki çalışma durumu evhanımı/ işsiz/çalışıyor/emekli	Kategorik
Kişibaşı gelir	Görüşülen kişinin yaşadığı hanenin aylık ortalama gelirinin hanede yaşayan sayısına bölümü ile elde edilen değer	Kategorik Ordinal

Tablo 3.6.1.3 Evlilik özellikleri değişkenlerin tanım ve ölçümleri

Değişken	Değişken Tanımı	Ölçüm
Evlenme yaşı	Görüşülen kişinin evlendiği zaman bulunduğu yaşı [evlilik tarihi- doğum yılı]	Kesikli
Evlilik süresi	Görüşülen kişinin en son evliliğinden bu yana geçen süre (yıl olarak) [2010- evlenme yılı]	Sürekli
Evlenme biçimi	Görüşülen kişinin eşiyle nasıl evlendiği [Anlaşarak, görücü usulü, kaçarak, akraba evliliği gibi...]	Kategorik
Çocuk sahibi olma	Görüşülen kişinin çocuk sahibi olma durumu	Kategorik İkili (var/ yok)
Geniş aileyle birlikte yaşama	Kişinin evlilik sürecinde herhangi bir dönem eşinin ya da kendisinin ailesiyle birlikte yaşamış olma durumu	Kategorik İkili (var/ yok)

3.6.2 Araştırmanın bağımlı değişkenleri

Aile işleyişine ilişkin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler olmak üzere yedi alt ölçekten oluşan **Aile Değerlendirme Ölçeği değişkenleri ve tanımları** tablo 3.6.2.1’de özetlenmiştir.

Tablo 3.6.2.1 Aile Değerlendirme Ölçeği değişkenleri ve tanımları

Değişken	Değişken Tanımı	Ölçüm
Problem Çözme	ailenin bütünlüğünü tehdit eden sorunları ailenin işlevselliğini sürdürecektir düzeyde çözebilme yeteneğine işaret etmektedir. Görüşülen kişilerin ölçekten aldığı puana göre değerlendirilmiştir.	Sürekli
	aile işlevlerinde sağlıksızlığa gidişi gösteren >2 ve ≤2 olmak üzere puanlar kategorize edilmiştir.	Kategorik
İletişim	aile bireyleri arasında bilginin değişimi olarak tanımlanır, mesajın içeriği ve kimin amaçlandığı ile ilgili olarak sözel mesajın açık ve doğrudan olup olmadığına odaklanır.	Sürekli
	aile işlevlerinde sağlıksızlığa gidişi gösteren >2 ve ≤2 olmak üzere puanlar kategorize edilmiştir.	Kategorik
Roller	ailenin farklı aile görevlerini ele alışlarını ve bu görevlerin nasıl dağıldığı ve yerine getirildiğiyle ilgili davranış modelleri oluşturma ve sürdürme becerilerine ilişkindir.	Sürekli
	aile işlevlerinde sağlıksızlığa gidişi gösteren >2 ve ≤2 olmak üzere puanlar kategorize edilmiştir.	Kategorik
Duygusal Tepki	aile bireylerinin duygularını açıkça ifade edip edemediğini değerlendirir.	Sürekli
	aile işlevlerinde sağlıksızlığa gidişi gösteren >2 ve ≤2 olmak üzere puanlar kategorize edilmiştir.	Kategorik

Gereken İlgiyi Gösterme	aile bireylerinin birbirlerinin etkinliklerine ve onları ilgilendiren şeylere karışma boyutunu değerlendirir.	Sürekli
	aile işlevlerinde sağlıksızlığa gidişi gösteren >2 ve <2 olmak üzere puanlar kategorize edilmiştir.	Kategorik
Davranış Kontrolü	bir ailenin bireylerinin davranış standartlarının belirleme ve sürdürme yollarını değerlendirir.	Sürekli
	aile işlevlerinde sağlıksızlığa gidişi gösteren >2 ve <2 olmak üzere puanlar kategorize edilmiştir.	Kategorik
Genel İşlevler	ailenin önceki tüm alanlardaki genel işlevselliğini değerlendirir.	Sürekli
	aile işlevlerinde sağlıksızlığa gidişi gösteren >2 ve <2 olmak üzere puanlar kategorize edilmiştir.	Kategorik

Tatmin, kohezyon, fikir birliği ve duygusal ifade olmak üzere dört alt ölçekten oluşan **Çift Uyum Ölçeği değişkenleri ve tanımları** tablo 3.6.2.2’de özetlenmiştir.

Tablo 3.6.2.2 Çift Uyum Ölçeği değişkenleri ve tanımları

Değişken	Değişken Tanımı	Ölçüm
Tatmin	Negatif ve pozitif düşünce modelleri ile doyumu ve iletişimi sorgulayan 10 madde içerir.	Sürekli
Kohezyon	Birlikte geçirilen zamanı ve konuşmaları anlatan 5 maddeden oluşur.	Sürekli
Fikir birliği	Evlilik ilişkisindeki temel konular hakkındaki anlaşma düzeyini gösteren 13 maddeden oluşur	Sürekli
Duygusal ifade	Sevgi gösterme şekillerinde anlaşma derecesini gösterir ve sevgi gösteren davranışları varlığını	Sürekli

Ağ sayısı, sırdaş sayısı, sosyal destek aile desteği alt ölçeği, sosyal destek arkadaş alt ölçeğinden oluşan **Sosyal Destek Ölçeği** değişkenleri ve ölçümleri tablo 3.6.2.3’de özetlenmiştir.

Tablo 3.6.2.3 Sosyal Destek Ölçeği değişkenleri ve ölçümleri

Değişken	Ölçüm
Sosyal ağdaki kişi sayısı	Kesikli
Sırdaş sayısı	Kesikli
Algılanan aile desteği	Kesikli
Algılanan arkadaş desteği	Kesikli

Duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, arkadaşlarla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobiler, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve iş alt ölçeklerden oluşan **Bipolar İşlevsellik Ölçeği** değişkenlerinin hepsi **sürekli** değişkenlerdir.

3.7 Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Her değişken, istatistiksel herhangi bir analiz yapılmadan önce Shapiro-Wilk ile normal dağılım gösterip göstermesi bakımından değerlendirilmiştir. Sıklıkla, verilerin normal dağılmadığı gözlenmiştir. Kategorik değişkenler için (nominal, dikotom ve ordinal) iki bağımsız gruptaki oranlar; beklenen değerler >5 olduğu için; Ki Kare uygulanmıştır. İki den fazla grup için Ki kare çapraz tablo istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma uyan, örneklem büyüklüğü yeterli olan ve bağımsız iki grupta sayısal veriler için ortalamalar; t testi ile değerlendirilmiştir.

Normal dağılıma uymayanlara nonparametrik testlerden Mann Whitney U testi ve gruplar arası ilişkide Kruskal-Wallis ANOVA uygulanmıştır.

Değişkenler arasındaki ilişki; normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Spearman ilişki analizleri ile belirlenmiştir.

Verilerin analizinde ilk olarak tanımlayıcı analiz yöntemleri uygulanmıştır. Tanımlayıcı analizlerle **sosyodemografik değişkenlerinin** (cinsiyet, yaş, eğitim,

kişibaşı gelir, meslek grubu) ve **evlilik özellikleri ile ilişkili değişkenlerin** (evlenme yaşı, evlilik süresi, evlenme biçimi, evlilik yaşamlarının bir döneminde ebeveynlerle yaşamış ya da halen yaşıyor olma) diğer **hastalık özellikleri değişkenlerinin** (hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastalık dönemi içinde geçen toplam süre, hastaneye yatış öyküsü, tanısal alt tip, psikotik bulgulu dönemler, özkıyım girişi, dönemler arası iyileşme, mevsimsellik, geçirilen hastalık dönemi sayısı ve şiddeti) ve **ölçek verileri değişkenlerinin** (ADÖ, ÇUÖ, SDÖ, BPIÖ) genel dağılımına dair bilgi sağlanmıştır.

Daha sonra bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında çözümleyici analiz yöntemleri uygulanmıştır. Öncelikle hastalık özellikleri ve ölçek değişkenleri arasındaki ilişki, nonparametrik testler ile analiz edilmiştir. Hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastalık dönemi içinde geçen toplam süre, hastaneye yatış sayısı, geçirilen hastalık dönemi sayısı ve şiddeti gibi sayısal değişkenler Spearman ilişki analizleri ile, hastaneye yatış öyküsü, tanısal alt tip, psikotik bulgulu dönemler, özkıyım girişi, dönemler arası iyileşme, mevsimsellik gibi kategorik değişkenler Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

Sosyodemografik ve evlilik özellikleri değişkenleri ile araştırmanın ölçek değişkenleri arasındaki ilişki analiz edilirken, cinsiyet, evlenme biçimi, evlilik yaşamlarının bir döneminde geniş aileyle yaşamış ya da halen yaşıyor olma değişkenleri Mann Whitney U testi ile, yaş, evlenme yaşı, evlilik süresi Spearman ilişki analizleri ile, eğitim, kişibaşı gelir, meslek grubu değişkenleri gruplar arası ilişkide Kruskal-Wallis ANOVA ile incelenmiştir.

Tüm çözümlemelerde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Versiyon 13.0 programı kullanılarak önemliliklerde $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Katılımın değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında alım ölçütlerini karşılayan ve ardışık olarak Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Affektif Hastalıklar Birimine başvuran tüm bipolar hastalar çalışmaya davet edilmiş ve 74 kişi ile görüşülmüştür. Zaman kısıtlılığı gerekçesiyle 3 olgu çalışmaya katılmak istemediğini belirtmiş, öz bildirim ölçeklerindeki veri kalitesinin yeterli olmadığı gözlenen 2 olgu yeniden araştırma için çağrılmış ancak randevularına gelmemişlerdir. Toplamda 5 hasta dışında en az 2 yıldır evli, remisyonda 74 bipolar hasta çalışmaya ardışık olarak alınmıştır. Ellidokuz hasta ile araştırmayı yürüten Dr. Nesli Keskinöz Bilen, 13 hasta ile Dr. Özlem Kuman, 2 hasta ile Dr. Serhan Işıklı görüşmüştür. Her hastanın tanısal alt tipi, hastalık özellikleri ve yaşam çizelgesi verileri araştırmayı yürüten kişi tarafından yeniden değerlendirilmiştir. Herhangi bir hastalık özelliği konusunda çalışmanın deseninde belirtildiği üzere hasta ve yakınları ile görüşme, poliklinik kayıtları, hastaneye yatış dosyası, izlemiş hekimlerden alınan bilgiler yeterli olmadığı koşullarda hasta affektif hastalıklar birimi toplantılarında öğretim üyelerine danışılarak ayrıntılı bilgi alınması sağlanabilinmiştir.

4.2 Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri

Araştırmanın sosyodemografik değişkenlerinin ve evlilik özellikleri değişkenlerinin kısa tanımları ve analiz ölçümleri tablo 3.6.1.2 ve tablo 3.6.1.3’de verilmiştir. Tanısal alt tipe göre (tablo 4.2.1) ve cinsiyete göre sosyodemografik ve evlilik özellikleri verilerinin dağılımı tablo 4.2.2’de verilmiştir.

Tablo 4.2.1 Tanısal alt tipe göre sosyodemografik ve evlilik özellikleri verilerinin dağılımı

Değişken	BPB I	BPB II	Toplam	χ^2	p
	n	n	n %		
Eğitim yılı				(χ^2 :1,568 p:0,667)	
1-5	12	5	17 (%23)		
6-8	10	2	12 (%16,2)		
9-11	17	6	23 (%31,1)		
>12	14	8	22 (%29,7)		
Meslek				(χ^2 :3,957 p:0,266)	
Ev hanımı	17	10	27 (%36,5)		
Çalışıyor	17	8	25 (%33,8)		
Emekli	15	3	18 (%24,3)		
Çalışmıyor	4	0	4 (%5,4)		
Kişi başı gelir				(χ^2 :1,031 p:0,794)	
<500 TL	14	4	18 (%24,3)		
500-1000 TL	25	10	35 (%47,3)		
1000-2000 TL	6	2	8 (%10,8)		
> 2000 TL	8	5	13 (%17,6)		
Evlenme biçimi				(χ^2 :1,146 p:0,766)	
Görücü usulü	27	12	39 (%52,7)		
Anlaşarak	24	8	32 (%43,2)		
Akraba evliliği	1	1	2 (%2,7)		
Kaçarak	1	0	1 (%1,4)		
Geniş aile ile yaşama				(χ^2 :2,637 p:0,104)	
Var	17	11	28 (%37,8)		
Yok	36	10	46 (%62,2)		
Toplam	53	21	74 (%100)		

Değişken	BPB I ort. SS	BPB II ort. SS	Tüm örneklem ort. SS	t	p
Yaş	47,5 (10,5)	48,8(12,7)	45,2 (1,3)	(t:0,436 p:0,664)	
Evlenme yaşı	25,6 (6,5)	23,3(5,1)	25 (6,7)	(t:1,479 p:0,144)	
Evlilik süresi	21,6(12,2)	25,6(14,3)	22,7(12,9)	(t:1,225 p:0,225)	
Toplam	n: 53	n: 21	n:74		

Çalışmaya alınan 74 hastanın %55,4'i kadın (n:41), %44,6'u erkektir (n:33). Örneklemin yaş ortalaması 47,9 yıl (SS: 11,1) olup, 25 ile 72 yaş aralığında bulunmaktadır. Araştırma örnekleminin %71,6'sı (n:53) Bipolar I Bozukluk tanısı alt tipine sahipken %28,4'ü (n:21) Bipolar II Bozukluk tanısı alt tipine sahiptir. Hastaların ortalama young mani derecelendirme ölçeği puanı 0 ile 5 arasında değişmiş ve ortalaması; 0,5'dir (SS:1,1). Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği puanı ise; 0 ile 7 arasında değişmiş ve 1,9 (SS:2,1) ortalama sahiptir.

Yaş; örnekleimde kadınlar için ortalama 45,2 (SS:11,3) iken erkekler için 51,1 (SS:10,1) olması ile cinsiyetler arasında anlamlı farklılık göstermektedir (t:2,348 p:0,022).

Eğitim yılı; örneklemin yaklaşık dörtte biri 5 yıl ve altında eğitim seviyesine sahiptir. Sekiz yıl ve üstü eğitim görmüş olanların oranı %77'dir. İlkokul mezunlarının çok büyük bir kısmını (%82,4) kadınlar oluşturmaktadır. Kadın ve erkek bipolar hastalar arasında eğitim yılı açısından anlamlı bir farklılık yoktur (χ^2 :6,957 p:0,060).

Meslek; ev hanımı olma, herhangi bir işte çalışıyor olmama, çalışıyor olma ya da emekli olmuş olma durumuna göre sınıflandırılmıştır. Kadınların yarısından fazlası (%62,8) ev hanımı iken erkeklerin yarıya yakını (%48,4) çalışmışlardır. Bu durum istatistiksel açıdan anlamlılık göstermiştir (χ^2 :31,436 p<0,0001).

Kişi başı gelir; Hastaların yarıya yakını (%47,3) aylık 500-1000 TL kişi başı gelire sahiptir. Kişi başı geliri 500 TL'den az olanlarla beraber toplam örnekleimde aylık kişi başı geliri 1000 TL'den az olanların oranı %71,6'dır. Kişi başı gelir dağılımında cinsiyete göre kategoriler arasında anlamlı farklılık yoktur (χ^2 :1,089 p:0,780).

4.3 Araştırma grubunun evlilik özellikleri

Evlenme yaşı 15 ve 49 yıl aralığında değişmiş olup ortalama 25 (SS: 6,25) yıldır. Cinsiyete göre evlilik özellikleri verilerinin dağılımı tablo 4.2.3'te verilmiştir.

Kadınların (23,1) erkeklere (27,3) göre daha erken evlenmiş olma durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (t:2,954 p:0,004).

Tablo 4.2.1 Cinsiyete göre sosyodemografik ve evlilik özellikleri verilerinin dağılımı

Değişken	Kadın n %	Erkek n %	Toplam n %	χ^2	p
Eğitim yılı				(χ^2 :6,119 p:0,106)	
1-5	13 (%31,7)	4 (%12,1)	17 (%23)		
6-8	5 (%12,2)	7 (%21,2)	12 (%16,2)		
9-11	14 (%34,1)	9 (%27,3)	23 (%31,1)		
>12	9 (%23,3)	13 (%38,7)	22 (%29,7)		
Meslek				(χ^2 :36,072 p<0,0001)	
Ev hanımı	27 (%65,9)	0 (%0)	27 (%36,5)		
Çalışıyor	9 (%22)	16 (%48,5)	25 (%33,8)		
Emekli	5 (%12,2)	13 (%39,4)	18 (%24,3)		
Çalışmıyor	0 (%0)	4 (%12,1)	4 (%5,4)		
Kişi başı gelir				(χ^2 :1,089 p:0,780)	
<500 TL	8 (%19,5)	10 (%30,3)	18 (%24,3)		
500-1000 TL	21 (%51,2)	14 (%42,4)	35 (%47,3)		
1000-2000 TL	4 (%9,8)	4 (%12,1)	8 (%10,8)		
> 2000 TL	8 (%19,5)	5 (%15,2)	13 (%17,6)		
Evlenme biçimi				(χ^2 :2,692 p:0,442)	
Görücü usulü	20 (%48,8)	19 (%57,6)	39 (%52,7)		
Anlaşarak	18 (%43,9)	14 (%42,4)	32 (%43,2)		
Akraba evliliği	2 (%4,9)	0 (%0)	2 (%2,7)		
Kaçarak	1 (%2,4)	0 (%0)	1 (%1,4)		
Çocuk sahibi olma				(χ^2 :2,517 p:0,113)	
Var	38 (%92,7)	33 (%100)	71 (%95,9)		
Yok	3 (%7,3)	0 (%0)	3 (%4,1)		
Geniş aile ile yaşama				(χ^2 :0,055 p:0,815)	
Var	16 (%37,2)	12 (%38,7)	28 (%37,8)		
Yok	25 (%61)	21 (%63,6)	46 (%62,2)		
Toplam	41 (%100)	33 (%100)	74 (%100)		

Değişken	Kadın ort. SS	Erkek ort. SS	Tüm örneklem ort. SS	t	p
Evlenme yaşı					(t:2,954 p:0,004)
	23,1(5,5)	27,3(6,3)	25 (6,7)		
Evlilik süresi					(t:0,568 p:0,572)
	21,9(13,4)	23,7(12,2)	22,7 (12,9)		

Evlilik süresi 2 ile 50 yıl arasında dağılmış olmakla beraber ortalama 22,7 (SS:12,9) yıldır. Cinsiyetler arası farklılık göstermemektedir ($t:0,568$ $p: 0,572$).

Evlenme biçimi; görücü usulü, anlaşılarak, akraba evliliği ve kaçarak olmak üzere 4 ana başlık altında sınıflandırılmıştır. Araştırma örnekleminde 2 kişi akraba ile, 1 kişi kaçarak, 39 kişi görücü usulüyle, 32 kişi anlaşılarak evlenmiştir. Ayrıntılar tablo 4.3.1 ve tablo 4.3.2'dedir. Kadınlarla erkekler arasında evlenme biçimi açısından anlamlılık yoktur ($\chi^2:2,692$ $p:0,442$). Kadınlardan 5 kişi ve erkeklerden 3 kişi ikinci kez evlenmişlerdir. Örneklemin büyük çoğunluğunun ilk evliliğidir (%89,2). Bipolar hastaların eşleri de büyük oranda (%91,9) ilk evliliklerini halen sürdürmektedirler. Araştırmadaki bipolar hastaların hemen hemen hepsinin **çocuğu** vardır ($n:71$ %95,6). Evlilik süresince herhangi bir dönem kendisinin ya da eşinin ailesi ile **beraber yaşama** yüzdesi 37,8'dir. Kadınlarda ya da erkeklerde bu durum anlamlı farklılık göstermemektedir ($\chi^2:0,055$ $p:0,815$). Geniş aile ile beraber yaşayan hastalara bakıldığında; birbirlerinden eğitim yılı ($\chi^2:3,250$ $p:0,355$), kişi başına düşen gelir miktarı ($\chi^2:0,017$ $p:0,896$), meslek ($\chi^2:4,815$ $p:0,186$). ve evlenme biçimi ($\chi^2:1,066$ $p:0,785$), ortalama yaşları ($U:558$ $p:0,337$) açısından farklılık göstermemişlerdir. Aileleri ile birlikte yaşayan çiftlerin daha erken yaşlarda evlendiği ($U:429,5$ $p:0,016$), evlilik sürelerinin de ($U:456$ $p:0,036$) daha uzun olduğu bulgusu, geniş aileyle yaşamayanlara göre anlamlı farklılık gösterir.

4.4 Araştırma grubunun hastalık özellikleri

Hastalık başlangıç yaşı ortalaması 28,7 (SS:11,2).

Araştırma grubundaki bipolar bozukluk tanılı olgular 19,5 yıldır hastadırlar (En kısa 3 ile en uzun 50 yıldır). Hastalık döneminde geçen sürelerin toplamı her hasta için ortalama 24,6 aydır. Evlilik öncesi hastalık tanısı almış olanlar 34 kişidir. Evlilik sonrası geçirilen hastalık süresi (16,4 yıl SS:11) ve hastalık döneminde geçen süre (hastalık dönemi içinde geçen sürelerin toplamı) ortalamaları (24,6 ay SS: 22,4) evlilik öncesine (6,7 yıl SS: 4,8 ve 9,8 ay SS: 8,8) kıyasla daha fazladır. Hastaların %80'ine yakın bir kısmı hayatında en az bir kez hastaneye yatmıştır. Hastaneye yatış gerekliliği ortalama 2 kezdir. Hastaların %21,1'i 3 kez bir psikiyatri kliniğine yatarak tedavi görmüştür. Erkeklerin(30/33 %90,9) kadınlara kıyasla (27/41 %65,9) çok büyük bir kısmının yatarak tedavi görmesi ($\chi^2:6,485$ $p:0,011$) ve evlilik yaşına

göre hastaneye yatışın anlamlı farklılık göstermesi ($t:2,101$ $p:0,039$) dışında sosyodemografik ve evlilik özellikleri değişkenleri ile hastaneye yatış öyküsü arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hastaların %71,4'ü (n:53) bipolar I bozukluk tanısına sahiptir. Bipolar II bozukluk tanısı olanlar 74 hastanın 21'ini oluşturmaktadır. Bipolar I ve II bozukluk, sosyodemografik değişkenler (cinsiyet, yaş, eğitim, kişi başı gelir, meslek grubu) ve evlilik özellikleri ile ilişkili değişkenlere (evlenme yaşı, evlilik süresi, evlenme biçimi, geniş aile ile yaşama) göre farklılık göstermemektedir. Bipolar hastaların 45'inin psikotik bulgusu bulunmaktayken 29'unun hayatının herhangi bir döneminde psikotik bulgusu bulunmamaktadır. Bipolar bozukluk tanılı 30 kişi (%40,5) en az bir kez özkıyım girişiminde bulunmuştur. Özkıyım girişiminde bulunmuş hastaların yaş ortalaması (43,3 yıl SS:10,9) hiç özkıyım girişiminde bulunmamışlara (51yıl SS:10,3) kıyasla anlamlı olarak farklıdır ($U:378$ $p:0,002$). Örneklemde kadınların özkıyım girişimi erkeklere oranla anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur ($\chi^2:12,352$ $p<0,0001$). Bu durum özkıyım girişiminde bulunan 30 kişinin yarıdan fazlasının (%56,7 n:17) ev hanımı olması, çalışan kesimin (n:25) büyük bir çoğunluğunun (n:17 % 68) özkıyım girişimi yapmamış olması anlamlıdır ($\chi^2:10,792$ $p:0,013$). Bipolar I ve II bozukluğu olan hastaların 33'ü mevsimsellik gösterirken 41'inde mevsimsellik görülmemektedir. Örneklemen(n:74) yaklaşık dörtte biri (n:18 %24,3) hastalık dönemleri arasında tam remisyon sağlayamaz iken 56 kişi dönemler arasında iyileşme gösterebilmiştir. Kadınlarda dönemler arası iyileşme anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($\chi^2:6,218$ $p:0,013$). Genç yaşta evlenen hastaların dönemler arasında daha az iyileştikleri bulunmuştur ($U:295,5$ $p:0,008$). Geçirilmiş hastalık dönemi sayısı incelendiğinde; görücü usulü evlenenlerde hastalık dönem sayısının anlaşılarak evlenenlere kıyasla daha fazla olduğu saptanmıştır ($U:484$ $p:0,036$). Kadınlarda depresif hastalık dönemi sayısının daha fazla oluşu anlamlıdır ($U:398$ $p:0,002$). Evlilik yaşamlarının herhangi bir döneminde anne-babaları ile hiç yaşamamış olan hastalarda ağır şiddette dönemler anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır ($U:418,5$ $p:0,012$).

Tablo 4.4.1 Genel hastalık özelliklerinin dağılımı

Değişken	BPB I ort. SS	BPB II ort. SS	Tüm örneklem ort SS
1.Hastalık başlangıç yaşı	27,2(10,8)	32,6 (11,4)	28,7 (11,2)
2.Hastalık süresi (yıl)	20,1 (9,7)	18 (13,7)	19,5 (10,9)
Evliliğe kadar geçen hastalık süresi (yıl)	3,8 (5,1)	1,1 (2,5) *(Evlilik öncesi hastalığı olanlar için)	6,7 (4,8) * n:34
Evlilikten görüşmeye kadar geçen hastalık süresi (yıl)	16,3 (10)	16,8 (13,4)	16,4 (11)
3.Hasta geçirilen süre (ay)	241,8(116,7)	216,2 (165,1)	234,5(131,5)
Evlilik öncesi hasta geçirilen süre (ay)	45,9 (61,6)	13,7 (30,1)	197,7 (132,5)
Evlilik sonrası hasta geçirilen süre (ay)	195,8 (120,6)	202,5 (161,9)	36,8 (56,2)

Kategorik Değişken	Var n (%)	Yok n (%)
4.Hastaneye yatış	57 (%77)	17 (%23)
Hastaneye yatış sayısı ortalaması 2 (SS: 1,2) ve (1-5) değer aralığında kümelenmiştir.		
5.Tanısal alt tip	BPB I n:53 (%71,6)	BPB II n:21 (%28,4)
6.Psikotik bulgu	45 (%60,8)	29 (%39,2)
psikotik bulgulu mani	33 (%44,6)	41 (%55,4)
psikotik bulgulu depresyon	21 (%28,4)	53 (%71,6)
psikotik bulgulu karma dönem	8 (%10,8)	66 (%89,2)
7.Özkiyım girişimi	30 (%40,5)	44 (%59,5)
8.Dönemler arası iyileşme	56 (%75,7)	18 (%24,3)
9. Mevsimsellik	33 (%44,6)	41 (%55,4)

Tablo 4.4.2 Araştırma örnekleminin hastalık dönemi sayılarının dağılımı

Değişken	Değer aralığı	Ortalama (Standart Sapma)
Hastalık dönemi sayısı (toplam)	2-30	9,4 (6,3)
depresif dönem sayısı	0-22	5 (4,4)
manik dönem sayısı	0-12	2,4 (2,5)
hipomanik dönem sayısı	0-13	1,7 (2,6)
karma dönem sayısı	0-4	0,2 (0,6)
Hastalık dönemi şiddeti		
Psikotik bulgulu ağır şiddette hastalık dönemi sayısı		0,6 (1,8)
Psikotik bulgusuz Ağır şiddette hastalık dönemi sayısı		1,8 (2,1)
Orta şiddette hastalık dönemi sayısı		1,5 (2,2)
Hafif şiddette hastalık dönemi sayısı		1 (2,3)

Tablo 4.4.3 Araştırma örnekleminin hastalık dönemi sayılarının evliliğe göre dağılımı

Değişken	Evlilik öncesi ort (SS)	Evlilik sonrası ort (SS)	Son 2 yıl ort(SS)
depresif dönem sayısı	2,1 (2,6)	4 (4)	0,6 (0,8)
manik dönem sayısı	1,2 (1,2)	1,8 (2,3)	0,2 (0,6)
hipomanik dönem sayısı	0,6 (2,3)	1,4 (2,2)	0,2 (0,6)
karma dönem sayısı	0 (0,1)	0,1 (0,5)	0 (0,2)
Toplam	4 (4,8)	7,7 (5,9)	1,1 (1,2)

4.5 Araştırma grubunun ölçek verileri

Araştırmanın ölçek ve alt ölçek tanımları ve analiz ölçümleri yöntem bölümünde 3.6.2’de ayrıntılı verilmiştir.

4.5.1 Aile Değerlendirme Ölçeğinden alınan puanların dağılımı

Aile Değerlendirme Ölçeği herhangi bir alt ölçeğinden 2 puanın üzerinde almak ailenin o işlevinde bozulmaya işaret eder. Bipolar hastaların %32,4’ü problem çözme (n:24), %39,2’si iletişim (n:29), %50’si roller (n:37), %31,1’i duygusal tepki verme (n:23), %75,7’si gereken ilgi gösterme (n:56), %62,2’si davranış kontrolü (n:46), %37,8’i genel işlevler (n:28) alt ölçeğinden 2 puanın üzerinde almışlardır. Aile Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçek tanımları ve analiz ölçümleri yöntem bölümünde tablo 3.6.2.1’dedir. Tüm araştırma grubundaki alt ölçek ortalamaları tablo 4.4.1’de verilmiştir.

Şekil 1: Aile Değerlendirme Ölçeğinden 2’nin üzerinde alan hastaların yüzdeleri



Tablo 4.5.1 Aile Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları

Değişken	Değer aralığı	Ortalama (SS)
Problem cozme	0,5-3,5	1,8 (0,6)
İletisim	1-3;11	1,9 (0,5)
Roller	1- 3,4	2,1 (0,5)
Duygusal tepki	1-4,16	1,8 (0,7)
Gereken ilgi	1,2-4	2,4 (0,5)
Davranış kontrolü	1- 3,11	2,2 (0,4)
Genel işlevler	1- 3,75	1,8 (0,6)

4.5.2 Çift Uyum Ölçeğinden alınan puanların dağılımı

Bipolar hastaların Çift Uyum Ölçeğinden aldığı puanların ortalama ve standart sapmaları tablo 4.4.2’de verilmiştir. Ölçek tanımları ve analiz ölçümleri yöntem bölümünde tablo 3.6.2.2’dedir. Ölçekten alınan toplam puan erkeklerde 100,9 (SS:15,9) ve kadınlarda 91,9. (SS:23,6) olmak üzere ortalama 95,9’dur (SS:20,9).

Tablo 4.5.2 Çift Uyum Ölçeği puan ortalamaları

Değişken	Ortalama	Standard Sapma (SS)
Tatmin alt ölçeği	28,6	(5,3)
Kohezyon alt ölçeği	13	(5,4)
Fikir birliği alt ölçeği	46,3	(12,5)
Duygusal ifade alt ölçeği	8,7	(3,3)
Toplam puan (ÇUÖ)	95,9	(20,9)

4.5.3 Sosyal Destek Ölçeğinden alınan puanların dağılımı

Bipolar hastaların algılanan sosyal ağdaki kişi sayısı, sırdaş sayısı ortalamaları ve algılanan sosyal destek aile ve arkadaş alt ölçeğinden aldığı puanların ortalama ve standart sapmaları tablo 4.4.3’de verilmiştir. Sosyal Destek Ölçek tanımları ve analiz ölçümleri yöntem bölümünde tablo 3.6.2.3’dedir.

Tablo 4.5.3 Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları

Değişken	Ortalama	Standard Sapma (SS)
Sosyal ağdaki kişi sayısı	10,2	(5,9)
Sosyal ağdaki sırdaş sayısı	4,7	(3,4)
Algılanan aile desteği	29,9	(7,3)
Algılanan arkadaş desteği	27,6	(9,1)

Altmışbir hasta (%82,4) sosyal ağda eşini ilk 3 sıraya yerleştirmiştir. Elli hasta (%67,6) ilk üç sırdaşı içine eşini koymuştur.

4.5.4 Bipolar İşlevsellik Ölçeğinden alınan puanların dağılımı

Bipolar hastaların Bipolar İşlevsellik Ölçeğinden aldığı puanların ortalama ve standart sapmaları tablo 4.4.4’de verilmiştir. Ölçek tanımları ve analiz ölçümleri yöntem bölümünde tablo 3.6.2’dedir.

Tablo 4.5.4 Bipolar İşlevsellik Ölçeği puan ortalaması

Değişken	Ortalama	Standard Sapma (SS)
Bipolar İşlevsellik Ölçeği toplam puanı	104,5	(14,3)

4.6 Hastalık özellikleri ile evlilik ve aile işleyişi ile ilgili ölçekler arasındaki ilişki

Araştırmanın hastalık özellikleri değişkenlerinin kısa tanımları ve analiz ölçümleri özet tablo 3.6.1.1’de verilmiştir.

Hastalık özellikleri; Hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastalık dönemi içinde geçen toplam süre, hastaneye yatış öyküsü, tanısal alt tip, psikotik bulgulu dönemler, özkıyım girişimi, dönemler arası iyileşme, mevsimsellik, geçirilen hastalık dönemi sayısı, şiddeti şeklinde 11 ana başlık altında toplanmıştır.

Araştırmanın ölçek ve alt ölçek tanımları ve analiz ölçümleri özet tablo 3.6.2’de verilmiştir.

Hastalık özellikleri ile evlilik (**Çift Uyum Ölçeği**) ve aile işleyişine ilişkin ölçeklerin (**Aile Değerlendirme Ölçeği**) ilişkisi araştırılmıştır. Bipolar hastaların sosyal desteklerinin ve (**Sosyal Destek Ölçeği**) işlevselliklerinin (**Bipolar İşlevsellik Ölçeği**) nasıl ilişkilendiği incelenmiştir.

Ölçeklerden alınan puanlar ile hastalık özellikleri sürekli değişken ise spearman ilişki testi ile kategorik ise Mann Whitney U nonparametrik test ile araştırılmıştır.

4.6.1 Hastalık başlangıç yaşı

Yedi alt ölçekten oluşan aile değerlendirme ölçeğinin puan ortalamaları ve hastalık başlangıç yaşı ile bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile Değerlendirme alt ölçeklerinden iki puanın üzerinde alanlar ve almayanlar arasında hastalık başlangıcı açısından anlamlı farklılık yoktur($p>0,05$).

Çift Uyum Ölçeği dört alt ölçek ve toplam puan ortalamaları ile hastalık başlangıç yaşı arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sosyal Destek Ölçeğinde; ağıdaki kişi sayısı, sırdaş sayısı, algılanan aile desteği puanı, algılanan arkadaş desteği puanı ile hastalık başlangıç yaşı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bipolar İşlevsellik Ölçeğinden alınan puan ile hastalık başlangıç yaşı arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.6.2 Hastalık süresi

Toplam hastalık süresi ile Aile Değerlendirme Ölçeğinin alt ölçekleri ile ilişki saptanmamıştır. Aile Değerlendirme Ölçeği, alt ölçekleri ikinin üzerinde alanlarla almayanlar iki gruba sınıflandırıldığında; aile değerlendirme ölçeğinin gereken ilgi alt ölçeğinden ikinin üzerinde puan alanlarla almayanlar arasında toplam hastalık süresi ile ilişki saptanmıştır ($U:336,5$ $p:0,035$) Gereken ilgi alt ölçeğinden ikinin üzerinde alanların (ort:21 yıl) almayanlara göre (ort:14,7 yıl) hastalık süreleri anlamlı daha uzundur.

Hastalık süresi ile çift uyum ölçeği eşler arası kohezyon alt ölçeği arasında negatif ilişki ($r: -0,307$ $p:0,008$) dışında tatmin, fikir birliği, duygusal ifade ve çift uyum ölçeği toplam puan ortalamaları ile ilişki saptanmamıştır.

Evlilikten görüşme tarihine kadar geçen hastalık süresi ile çift uyum ölçeği eşler arası tatmin ($r:-0,259$ $p:0,026$), eşler arası kohezyon ($r:-0,389$ $p:0,001$) alt ölçekleri arasında ilişki saptanmıştır.

Evlilik öncesi hasta olan 34 kişide evlilik öncesi hastalık süresi ile Çift Uyum Ölçeği arasında ilişki yoktur ($p>0,05$).

Evlilik öncesi, sonrası ve toplam hastalık süresi ile Bipolar İşlevsellik Ölçeğinden elde edilen puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Sosyal Destek Ölçeği ağ sayısı ile toplam hastalık süresi pozitif ilişki gösterirken ($r: 0,233$ $p:0,046$), Sosyal Destek Ölçeği sırdaş sayısı, aile desteği alt ölçeği, arkadaş alt ölçeği ile evlilik öncesi, sonrası ve toplam hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.6.3 Hastalık döneminde geçirilen süre

Hastalık döneminde geçirilen toplam süre, depresif dönemde geçen süre, manik dönemde geçen süre, hipomanik dönemde geçen süre, karma dönemde geçen süre, evlilik öncesi hasta geçirilen süre, evlilik sonrası hasta geçirilen süre ve son 2 yılda aktif hastalık döneminde geçen süre ile evlilik (Çift Uyum Ölçeği) ve aile işleyişine ilişkin ölçeklerin (Aile Değerlendirme Ölçeği) ilişkisi ve bipolar hastaların sosyal desteklerinin ve (Sosyal Destek Ölçeği ağ sayısı, sırdaş sayısı, algılanan aile desteği

ve arkadaş desteği alt ölçeği) işlevselliklerinin (Bipolar İşlevsellik Ölçeği) ilişkisi incelenmiştir.

Hastalık döneminde geçirilen toplam süre; ADÖ alt ölçeklerinden duygusal tepki verme ($r:0,274$ $p: 0,018$) ve genel işlevlerle ($r:0,230$ $p:0,048$) pozitif, ÇUÖ toplam puanı ($r:-0,266$ $p:0,022$) , eşler arası fikir birliği ($R:-0,239$ $p:0,040$) ve eşler arası tatminle ($r:-0,300$ $p:0,009$) negatif ilişkilidir. Aile değerlendirme ölçeği, problem çözme, iletişim, roller, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü alt ölçekleri ve hasta geçirilen toplam süre arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile değerlendirme alt ölçeklerinden iki puanın üzerinde alanlar ve almayanlar arasında hasta geçirilen toplam süre açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Kohezyon ve duygusal ifade çift uyum alt ölçekleri ile ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Sosyal destek ölçeği ağ sayısı, sosyal destek ölçeği sırdaş sayısı, sosyal destek aile desteği alt ölçeği, sosyal destek ölçeği arkadaş alt ölçeği ve bipolar işlevsellik ölçeği ile hastalık dönemi içinde geçirilen süre arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Toplam depresif dönemde geçen süre ile ÇUÖ toplam puanı ($r:-0,276$ $p:0,017$) , eşler arası fikir birliği ($r:-0,258$ $p:0,027$), eşler arası tatmin ($r:-0,264$ $p:0,023$), eşler arası kohezyon ($r:-0,280$ $p:0,016$) ve BPİÖ ($r:-0,237$ $p:0,042$) ile negatif ilişkilidir. ADÖ alt ölçeklerinden genel işlevler ($r:0,270$ $p: 0,020$) alt ölçeği ile pozitif ilişki vardır. ADÖ'nin diğer alt ölçekleri, çift uyum alt ölçeklerinden duygusal ifade ve sosyal destek ölçeği ağ ve sırdaş sayısı, aile desteği ve arkadaş alt ölçeği ile depresif dönemde geçen süre arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Manik ya da hipomanik dönemde geçen süre ile herhangi bir ölçek arasında ilişki yoktur ($p>0,05$).

Karma dönemde geçen süre ile SDÖ aile desteği ölçeği puanları ($r:-0,232$ $p:0,047$) negatif ilişkilidir. ADÖ alt ölçeklerinden problem çözme ($r:0,333$ $p: 0,004$) ve genel işlevler ($r:0,297$ $p: 0,010$) alt ölçeği puanları ile karma dönemde geçen süre arasında pozitif bir ilişki vardır.

Evlilik öncesi hastalık döneminde geçirilen süre ile ADÖ, CUÖ, SDÖ, BPİ ölçekleri ve alt ölçeklerinden hiçbirisi ile ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak **evlilik sonrası hastalık döneminde geçirilen süre** ÇUÖ toplam puanı ($r:-0,232$ $p:0,046$) , eşler arası kohezyon ($r:-0,320$ $p:0,005$) ve eşler arası tatminle ($r:-0,316$ $p:0,006$)

negatif ilişkilidir. **Son 2 yılda hastalık döneminde geçirilen süre** ile ADÖ roller alt ölçeği ($r:0,271$ $p: 0,020$) arasında pozitif ilişki saptanmıştır.

ADÖ genel işlevler alt ölçeğinden ikinin üzerinde alanlarla almayanlar arasında hastalık dönemi içinde geçirilen toplam süre.($U:419$ $p:0,012$) ve evlilik sonrası hasta geçirilen süre ($U:467,5$ $p:0,049$) arasında anlamlı farklılık vardır. Genel işlevler alt ölçeğinden iki puanın üzerinde alanların (ort:21,5 ay) almayanlara göre (ort:13,7 ay) toplam hasta geçirilen süreleri anlamlı daha uzundur. ADÖ alt ölçeklerinden genel işlevler alt ölçeği dışında iki puanın üzerinde alanlarla almayanlar arasında hasta geçirilen toplam süre, evlilik öncesi hasta geçirilen süre, evlilik sonrası hasta geçirilen süre, son iki yılda hasta geçirilen süre açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

4.6.4 Hastaneye yatış

Bipolar hastaların hastaneye yatışının olup olmaması, yatış sayısı ile problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler olmak üzere yedi alt ölçekten oluşan Aile Değerlendirme Ölçeğinin puan ortalamaları arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile değerlendirme alt ölçeklerinden iki puanın üzerinde alanlar ve almayanlar arasındahastaneye yatış açısından anlamlı farklılık yoktur($p>0,05$).

Çiftlerin algıladıkları biçimde ikili ilişkilerinin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiş, tatmin, kohezyon, fikir birliği ve duygusal ifade olmak üzere dört alt ölçekten oluşan Çift Uyum Ölçeği puan ortalamaları ve hastaneye yatmış olma ile anlamlı farklılık, yatış sayısı ile bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sosyal Destek Ölçeği ağıdaki kişi sayısı, sırdaş sayısı, algılanan aile desteği alt ölçeği, algılanan arkadaş alt ölçekleri ile hastaneye yatış sayısı arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bipolar İşlevsellik Ölçeği toplam puanı ile hastaneye yatış arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.6.5 Tanısal alt tip

Sorun çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler olmak üzere yedi alt ölçekten oluşan Aile Değerlendirme Ölçeğinin puan ortalamaları, tanısal alt tip açısından anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Aile değerlendirme alt ölçeklerinden iki puanın üzerinde alanlar ve almayanlar arasında tanısal alt tip yönünden anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çiftlerin algıladıkları biçimde ikili ilişkilerinin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiş, tatmin, kohezyon, fikir birliği ve duygusal ifade olmak üzere dört alt ölçekten oluşan Çift Uyum Ölçeği puan ortalamalarında tanısal alt tip açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bipolar I ya da bipolar II bozukluk açısından Sosyal Destek Ölçeği ağıdaki kişi sayısı, sırdaş sayısı, algılanan aile desteği alt ölçeği, algılanan arkadaş alt ölçekleri ve bipolar işlevsellik ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Tüm bipolar hastaların ölçek verilerinde tanısal alt tipe göre farklılık saptanmamış olması ayrı ayrı; bipolar I ve II bozuklukta hastalık özelliklerinin evlilik ve aile işleyişine dair ölçeklerde anlamlı değişiklik yapıp yapmadığı sorusunu akla getirmiştir. Bipolar I bozuklukta hastalık özelliklerinin ölçeklerden alınan puanlarla ilişkisi ve bipolar II bozuklukta hastalık özelliklerinin ölçeklerden alınan puanlarla ilişkisi tablo 4.9.1’de ayrıntılı bir biçimde verilmiştir.

4.6.6 Psikotik bulgular

Herhangi bir hastalık döneminde, manik, depresif ya da karma dönemde psikotik bulguların semptomlara eşlik etme durumu ile evlilik ve aile işleyişine dair ölçeklerden alınan puanlar arasında anlamlı farklılık olup olmadığı araştırılmıştır.

Problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler olmak üzere yedi alt ölçekten oluşan Aile Değerlendirme Ölçeğinin puan ortalamaları psikotik bulgular açısından anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). ADÖ genel işlevler alt ölçeğinden ikinin üzerinde alanların psikotik bulgulu karma hastalık dönemi geçirme açısından anlamlılık göstermeleri ($\chi^2:5,267$ $p:0,022$) dışında aile değerlendirme alt ölçeklerinden iki

puanın üzerinde alanlar ve almayanlar arasında psikotik bulgulu bir ya da daha fazla dönem geçirme açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tatmin, kohezyon, fikir birliği ve duygusal ifade olmak üzere dört alt ölçekten oluşan Çift Uyum Ölçeği puan ortalamalarında da psikotik bulgululuk yönünden anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Psikotik bulgulu herhangi bir hastalık dönemi, manik, depresif ya da karma dönemi olma açısından Ağ sayısı, sırdaş sayısı, sosyal destek aile desteği alt ölçeği, sosyal destek arkadaş alt ölçeğinden oluşan Sosyal Destek Ölçeği ve Bipolar İşlevsellik Ölçeği, anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

4.6.7 Özkıyım girişimi

Hayatının herhangi bir döneminde özkıyım girişiminde bulunup bulunmama ile Aile Değerlendirme Ölçeğinin alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile değerlendirme alt ölçeklerinden 2 puanın üzerinde alanlar ve almayanlar arasında özkıyım girişimi açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çiftlerin algıladıkları biçimde ikili ilişkilerinin özelliklerini ölçen Çift Uyum Ölçeği toplam puanı ve tatmin, kohezyon, fikir birliği ve duygusal ifade alt ölçekleri ile özkıyım girişiminde bulunma arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sosyal ağdaki kişi sayısı, sırdaş sayısı, aile desteği alt ölçeği, arkadaş alt ölçekleri ile özkıyım girişiminin olması arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bipolar işlevsellik ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları özkıyım girişiminin olmasına göre anlamlı farklılaşma göstermemektedir ($p>0,05$).

4.6.8 Mevsimsellik

Aile Değerlendirme Ölçeğinin alt ölçeklerinden alınan puanlar mevsimselliğe göre anlamlı farklılaşma göstermemektedir ($p>0,05$). Aile değerlendirme alt ölçeklerinden iki puanın üzerinde alanlar ve almayanlar arasında mevsimsellik açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çift Uyum Ölçeğinden alınan toplam puan ve alt ölçeklerden alınan toplam puanlar ile hastalık dönemlerinin mevsimsel özellik göstermesi açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Sosyal Destek Ölçeği ağ sayısı, sırdaş sayısı, algılanan aile destek alt ölçeği ve arkadaş destek alt ölçeği ile mevsimsellik özelliği arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, arkadaşlarla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobiler, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve iş alt ölçekleri puanları ve Bipolar İşlevsellik Ölçeği toplam puanı ile dönemlerin mevsimsel seyretmesi arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

4.6.9 Dönemler arası iyileşme

DSM IV'te boylamsal gidiş belirleyicileri olarak hastalık dönemleri arası tam düzelme olan ve olmayan olmak üzere iki sınıf vardır. DSM IV'e göre en son iki duygudurum dönemi arasında tam remisyona sağlanmışsa bu dönemler arası iyileşme olduğunu gösterir. Araştırma örneklemini hastalık özellikleri dönemler arası tam düzelme olması açısından da taranmıştır. Hastalık dönemleri arası tam düzelme olan ve olmayan gruplar evlilik ve aile ilişkisine dair ölçeklerden aldıkları puanlar açısından karşılaştırılmıştır.

Aile Değerlendirme Ölçeğinin genel işlevler alt ölçeği (U:335,5 $p:0,034$) dışında problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alt ölçekleri puan ortalamaları dönemler arası iyileşme açısından anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). ADÖ genel işlevler alt ölçeğinden ikinin üzerinde alanların anlamlı farklılık göstermeleri ($\chi^2:8,405$ $p:0,004$) dışında aile değerlendirme alt ölçeklerinden iki puanın üzerinde alanlar ve almayanlar arasında hastalık dönemleri arasında tam düzelme olması açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Eşler arası tatmin (U:345 $p:0,045$) dışında; kohezyon, fikir birliği ve duygusal ifade olmak üzere dört alt ölçekten oluşan Çift Uyum Ölçeği puan ortalamalarında da hastalık dönemleri arası tam düzelme olması yönünden anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Sosyal Destek Ölçeği ağ sayısı, sırdaş sayısı, algılanan aile

destek alt ölçeği ve arkadaş destek alt ölçeği ve Bipolar İşlevsellik Ölçeği ile hastalık dönemleri arasında tam düzelme olması arasında anlamlı farklılık yoktur($p>0,05$).

4.6.10 Hastalık dönemi sayısı

Araştırma örneklemindeki bipolar hastalarda hastalık dönemi sayısı ile evlilik ve aile işleyişine dair ölçeklerden alınan puanlar arasında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır.

Toplam hastalık dönemi sayısı ile ÇUÖ tatmin ($r:-0,261$ $p:0,024$) ve kohezyon ($r:-0,298$ $p:0,010$) alt ölçeği ile negatif ilişki saptanmıştır. Toplam hastalık dönemi sayısı ile ADÖ duygusal tepki verme ($r: +0,265$ $p:0,023$) pozitif ilişkilidir. SDÖ, BPİÖ ölçekleri ve alt ölçeklerinden alınan puan ile hastalık dönem sayısı arasında ilişki saptanmamıştır.

Toplam depresif hastalık dönemi sayısı ile ÇUÖ toplam puanı ($r:-0,236$ $p:0,043$), fikir birliği ($r:-0,238$ $p:0,041$) ve kohezyon ($r:-0,332$ $p:0,004$) alt ölçeğinden alınan puanlar arasında i negatif ilişki saptanmıştır. ADÖ, SDÖ, BPİÖ ölçekleri ve alt ölçeklerinden alınan puan arasında toplam depresif hastalık dönemi sayısı ile ilişki saptanmamıştır.

Toplam manik hastalık dönemi sayısı ile ADÖ, CUÖ, SDÖ, BPİ ölçekleri ve alt ölçeklerinden alınan puan arasında ilişki saptanmamıştır.

Toplam hipomanik hastalık dönemi sayısı ile ADÖ, CUÖ, SDÖ, BPİ ölçekleri ve alt ölçeklerinden alınan puan arasında ilişki saptanmamıştır.

Toplam karma hastalık dönemi sayısı ile ADÖ problem çözme ($r: +0,336$ $p:0,003$) pozitif ilişkili ve SDÖ aile destek alt ölçeği ($r:-0,232$ $p:0,047$) negatif ilişkilidir. ÇUÖ, BPİ ölçekleri ve alt ölçeklerinden alınan puan arasında Toplam karma hastalık dönemi sayısı ile ilişki saptanmamıştır.

Tablo 4.6.10.1: Hastalık dönem sayıları ile Çift Uyum Ölçeği arasındaki ilişki

ÇÜÖ	depresif			manik			hipomanik			karma			toplam dönem sayı		
	e.ö	e.s	thds.	e.ö	e.s	top.	e.ö	e.s	top.	e.ö	e.s	top.	e.ö	e.s	top.
Tatmin	a.d	*r:-0,328 p:0,004	a.d	a.d			a.d			a.d*			r:-0,261 * p:0,024		
Kohezyon	a.d*	r:-0,370 p:0,001	*r :-0,332 p:0,004	a.d			a.d			a.d			r:-0,298 *p:0,01		
Duygusal ifade	a.d	a.d	a.d	a.d			a.d			a.d			a.d		
Fikir Birliği	a.d	a.d	*r:-0,238 p:0,041	a.d			a.d			a.d			a.d		
ÇÜÖ	a.d	a.d	r:-0,236 p:0,043	a.d			a.d			a.d			a.d		

(a.d)*: p>0,05 istatistiksel olarak anlamlı değil.

Evlilik öncesi geçirilen hastalık dönemi sayısı ile ADÖ problem çözme alt ölçeği (r:0,346 p:0,045) ve roller (r:0,348 p:0,044) pozitif ilişkilidir, ÇÜÖ, SDÖ, BPİ ölçekleri ve alt ölçeklerinden alınan puan ile anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Evlilik öncesi depresif hastalık dönemi sayısı ile (e.ö.depresif hastalık dönemi sayısı) ADÖ, CUÖ, SDÖ, BPİÖ ölçekleri ve alt ölçeklerinden alınan puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Evlilik öncesi manik hastalık dönemi sayısı (e.ö.manik hastalık dönemi sayısı) ile ADÖ, CUÖ, SDÖ, BPİ ölçekleri ve alt ölçeklerinden alınan puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Evlilik öncesi hipomanik hastalık dönemi sayısı (e.ö.hipomanik hastalık dönemi sayısı) ile ADÖ, CUÖ, SDÖ, BPİ ölçekleri ve alt ölçeklerinden alınan puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Evlilik öncesi karma hastalık dönemi sayısı (e.ö.karma hastalık dönemi sayısı) ile ADÖ, CUÖ, SDÖ, BPİ ölçekleri ve alt ölçeklerinden alınan puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Evlilik sonrası geçirilen toplam hastalık dönemi sayısı ile CUÖ tatmin (r:-0,328 p:0,004) ve kohezyon(r:-0,370 p:0,001)alt ölçeği arasında negatif ilişki saptanmış, ADÖ, SDÖ, BPİ ölçekleri ve alt ölçeklerinden alınan puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Evlilik sonrası geçirilen depresif hastalık dönemi sayısı (e.s.depresif hastalık dönemi sayısı) ile CUÖ toplam puan ($r:-0,258$ $p:0,026$), tatmin ($r:-0,328$ $p:0,004$) ve kohezyon($r:-0,359$ $p:0,002$) alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif ilişki saptanmış, ADÖ, SDÖ, BPİ ölçekleri ve alt ölçeklerinden alınan puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Evlilik sonrası geçirilen manik hastalık dönemi sayısı (e.s.manik hastalık dönemi sayısı) ile SDÖ Aile destek alt ölçeğinden alınan puanlar ($r:-0,273$ $p:0,019$) negatif ilişkilidir. ADÖ, CUÖ, BPİ ölçekleri ve alt ölçeklerinden alınan puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Evlilik sonrası geçirilen hipomanik hastalık dönemi sayısı (e.s.hipomanik hastalık dönemi sayısı) ile CUÖ kohezyon ($r:-0,250$ $p:0,031$) alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif ilişki saptanmış, ADÖ, SDÖ, BPİ ölçekleri ve alt ölçeklerinden alınan puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Evlilik sonrası karma hastalık dönemi sayısı (e.s.karma hastalık dönemi sayısı) ile ADÖ problem çözme ($r: +0,336$ $p:0,003$) ve genel işlevler ($r:+0,293$ $p:0,011$) alt ölçeklerinden alınan puanlar pozitif ilişkili, SDÖ Aile destek alt ölçeğinden alınan puanlar ($r:-0,231$ $p:0,048$) ile negatif ilişkilidir. CUÖ, BPİ ölçekleri ve alt ölçeklerinden alınan puan ile e.s.karma hastalık dönemi sayısı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Son iki yılda geçirilen toplam hastalık dönemi sayısı ile ADÖ roller ($r: +0,305$ $p:0,008$) alt ölçeğinden alınan puanlar pozitif ilişkilidir. CUÖ ve SDÖ ile anlamlı ilişki yoktur.

Son iki yılda geçirilen toplam depresif hastalık dönemi sayısı ile ADÖ genel işlevler ($r: +0,263$ $p:0,023$) ve roller ($r:+0,245$ $p:0,036$) alt ölçeklerinden alınan puan arasında pozitif ilişki vardır. CUÖ ve SDÖ alt ölçeklerinden alınan puan ile ilişki yoktur.

Son 2 yılda geçirilmiş karma hastalık dönemi sayısı ile ADÖ problem çözme ($r:+0,238$ $p:0,042$) alt ölçeğinden alınan puan pozitif ilişkili, CUÖ ve SDÖ alt ölçeklerinden alınan puan ile ilişki yoktur.

Son iki yılda geçirilen toplam manik ya da hipomanik hastalık dönemi sayısı ile ADÖ, CUÖ ve SDÖ, BPIÖ alt ölçeklerinden alınan puan arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

4.6.11 Hastalık dönemi şiddeti

Ağır şiddette (toplam[evlilik sonrası-evlilik öncesi] /depresif /manik/karma) hastalık dönemi sayısı ,Psikotik bulgulu ağır şiddette hastalık dönemi sayısı, Psikotik bulgusuz ağır şiddette hastalık dönemi sayısı, Orta şiddette (toplam/depresif /manik/karma) hastalık dönemi sayısı, Hafif şiddette (toplam/depresif /manik/karma) hastalık dönemi sayısı ile ölçekler arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Ağır şiddette hastalık dönemi sayısı ile CUÖ toplam puan ($r:-0.262$ $p:0.024$) fikir birliği ($r:-0.249$ $p:0.032$) ve tatmin ($r:-0.259$ $p:0.026$) alt ölçeklerinden alınan puan arasında negatif ilişki, ADÖ genel işlevler alt ölçeğinden alınan puan ($r:0.229$ $p:0.049$) arasında pozitif ilişki saptanmıştır.

Orta şiddette geçirilmiş hastalık dönemi sayısı ile CUÖ kohezyon ($r:-0.250$ $p:0.032$) alt ölçeğinden alınan puan arasında negatif ilişki var diğer ölçeklerden alınan puanlarla anlamlı bir ilişki yoktur.

Hafif şiddette geçirilmiş hastalık dönemi sayısı ile ölçeklerden alınan puan arasında anlamlı bir ilişki yoktur. (CUÖ,ADÖ, BPIÖ, SDÖ)

Depresyon/mani/karma dönemi ve hastalık şiddeti

Toplam ağır şiddette depresif hastalık dönemi sayısı ile CUÖ toplam puanı ($r:-0.257$ $p:0.028$) fikir birliği ($r:-0.284$ $p:0.015$) ve kohezyon ($r:-0.232$ $p:0.048$) alt ölçeklerden alınan puan arasında negatif ilişki, ADÖ genel işlevler alt ölçeği ($r:0.260$ $p:0.026$) ve roller ($r:0.231$ $p:0.049$) arasında pozitif ilişki saptanmıştır. BPIÖ, SDÖ ölçekleri ve alt ölçeklerinden alınan puan ile toplam ağır şiddette depresif hastalık dönemi sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Mani ve karma dönem hastalık dönemi şiddetleri ile de ilişki bakılmıştır ancak CUÖ, ADÖ, BPIÖ, SDÖ ile ilişki saptanmamıştır.

ADÖ alt ölçeklerinden **genel işlevler**, 2'nin üzerinde alanlarla almayanlar arasında tüm hastalık süresince geçirilmiş ağır şiddette depresif hastalık dönemi sayısı (U:394 $p:0.008$), tüm hastalık süresince geçirilmiş ağır şiddette karma hastalık dönemi sayısı

(U:513,5 p:0.010), evlilik sonrası ağır şiddette toplam hastalık dönemi sayısı (U:459,5 p:0.038) açısından anlamlı farklılık vardır.

ADÖ alt ölçeklerinden **problem çözme**, 2'nin üzerinde alanlarla almayanlar arasında tüm hastalık süresince geçirilmiş ağır şiddette karma hastalık dönemi sayısı (U:485 p:0.019) açısından anlamlı farklılık vardır. ADÖ alt ölçeklerinden roller, duygusal tepki, gereken ilgi, davranış kontrolü, iki puanın üzerinde alanlarla almayanlar arasında şiddet ile anlamlı farklılık saptanmamıştır.

4.7 Diğer Özellikler

Örneklem ilk hastalık dönemi tipi, psikiyatrik ve tıbbi hastalık ek tanı, ailede psikiyatrik hastalık, bipolar bozukluğu, bipolar bozukluk dışı duygudurum bozukluğu, diğer psikiyatrik hastalıklar, özkıymıla ölüm açılarından da incelenmiştir.

4.7.1 İlk hastalık dönemi tipi

İlk hastalık dönemi tipi depresyon olanlar bipolar hastaların çoğunluğudur (n:43 %58,1). Sırasıyla mani (n:25 %33,8) ve hipomani (n:6 %8,1) gelmektedir. Erkeklerde ilk hastalık dönemi mani (n:17) kadınlarda depresyondur (n:29). İlk hastalık dönemi depresyon olanların çift uyum ölçeği; kohezyon alt ölçeğinden anlamlı daha düşük puan almaları (U:356,5 p:0,029) dışında diğer ölçeklerde (ADÖ, ÇUÖ diğer alt ölçekleri ve toplam puanı, BPİÖ, SDÖ) anlamlı farklılık saptanmamıştır.

4.7.2 Baskın hastalık dönemi tipi

74 hastanın 36'sında depresyon baskın (%48,6; nBPBI:21 nBPBII:15) , 20'sinde mani (%27), 4'ünde ise hipomani (%5,4, nBPBI:1 nBPBII:3), 1'inde karma (%1,4) baskın hastalık dönemidir. 8 hastada depresyon ve maniler(%10,8), 5 hastada da depresyon ve hipomaniler (%6,8 nBPBI:2 nBPBII:3) eşit sayıdadır. Baskın hastalık dönemi tipine göre herhangi bir ölçekle anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

4.7.3 Hastalık dönemlerinin sıklığı/ döngülerin kısalığı

Hastalık dönem sayısının toplam hastalık süresine ay olarak bölümünden elde edilen sayı ile ölçeklerin ilişkisine bakılmış ancak ölçeklerden alınan puanlar (ADÖ, CUÖ, BPİÖ, SDÖ) ile ilişki saptanmamıştır.

4.7.4 Psikiyatrik ek tanı

Örneklemdaki 74 hastanın yalnızca 8'inde (%10,8) DSM IV'e göre eksen I psikiyatrik ek tanı gözlenmiştir. Bu hastaların 2'si ek olarak obsesif kompulsif bozukluk tanısı alırken biri alkol kullanım bozukluğu, üç hasta anksiyete bozukluğu bir olgu travma sonrası stres bozukluğu, bir olgu da konversif bozukluk tanısı almıştır.

Psikiyatrik ek tanı almayanlar ile alanlar; tüm ölçekler (ADÖ, CUÖ, BPIÖ, SDÖ) ve alt ölçekleri açısından karşılaştırılmıştır. Ölçek puanlarında psikiyatrik ek tanı alma değişkeni anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Hastalık özellikleri değişkenlerine (hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastalık dönemi içinde geçen toplam süre, hastaneye yatış öyküsü, tanısız alt tip, psikotik bulgulu dönemler, özkıyım girişimi, dönemler arası iyileşme, mevsimsellik, geçirilen hastalık dönemi sayısı, sıklığı ve şiddeti) göre dağılımı incelenmiş ancak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

4.7.5 Bedensel hastalık ek tanı

Bedensel hastalığı olanlar 41 (%55,4) kişidir. Bedensel ek hastalık tanısı almayanlar ($n:33$ % 44,6) ile alanlar; tüm ölçekler (ADÖ, CUÖ, BPIÖ, SDÖ) ve alt ölçekleri açısından karşılaştırılmıştır. Ölçek puanlarında bedensel ek tanı alma değişkeni anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

4.7.6 Ailesel yüklülük

Ailede herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı mevcut olan hastalar, örneklemin yarıdan fazlasını oluşturur ($n:44$ %59,5). Kendisi dışında aileden en az bir kişinin daha bipolar bozukluk tanısı olan 25 (% 33,8) kişidir. Bipolar bozukluk dışı duygudurum bozukluğu tanısı da yine örneklemin üçte birini oluşturmaktadır ($n:25$ %33,8). Diğer psikiyatrik hastalıklar başlığı altında duygudurum bozukluğu tanısı hariç DSM IV tanılarından birini, aileden en az bir kişinin almış olması araştırılmıştır. Örneklemda 12 hasta (%16,2) aileden başka birilerinin duygudurum bozukluğu dışında DSM IV eksen I psikiyatrik tanısı almış olduğunu ifade etmiştir. Bipolar hastaların yaklaşık beşte biri ($n:13$ %17,6) aileden en az bir kişiyi özkıyım ile ölüm nedeni ile kaybetmiştir.

4.8 Sosyodemografik ve evlilik özellikleri ile evlilik ve aile işleyişine ilişkin ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişki

Kadın ve erkek bipolar hastalar arasında eşi sosyal ağda koydukları sıralama ($t:2,688$ $p:0,09$) ve eşi ilk 3 sıraya yerleştirmiş olma açısından ($\chi^2:4,552$ $p<0,033$) farklılık vardır. Erkek bipolar hastaların tamamına yakını (%93,5) sosyal ağ sıralamasında eşlerini ilk üçe koymuş olmalarına karşın kadınlarda bu oran %74,4'tür. Çift Uyum Ölçeğinin eşler arası kohezyon alt ölçeğinden alınan puanlar ($r:-0,249$ $p:0,032$) ile yaş arasında negatif ilişki tespit edilmiştir. Sosyal Destek Ölçeğinde; sırdaş sayısı ($\chi^2:10,888$ $p:0,012$) ve algılanan aile desteği puanı ($\chi^2:15,416$ $p:0,001$) Kruskal Wallis testi ile eğitim açısından farklılık göstermiştir. Eğitim seviyesindeki artış ile aile desteği puanı artışı ($r:+0,278$ $p:0,046$) pozitif ilişkilidir. ADÖ, gereken ilgi puanı çalışmayan kişilerde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($\chi^2:8,055$ $p:0,018$). Genel işlevler puanı da çalışmayan kişilerde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($\chi^2:7,783$ $p:0,020$). Çift Uyum Ölçeğinin alt ölçeklerinden fikir birliği, çalışanlarda çalışmayanlara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($\chi^2: 6,911$ $p:0,032$). Evlenme yaşı ile roller ($r:-0,41$ $p: 0,003$), davranış kontrolü ($r:-0,267$ $p:0,021$) ve gereken ilgi ($r:-0,249$ $p:0,032$) ve ÇUÖ, kohezyon ($r:-0,303$ $p:0,009$) alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif ilişki saptanmıştır. Evlilik süresine göre gereken ilgiyi gösterme ($r:+0,254$ $p:0,029$) alt ölçeği arasında pozitif ilişki vardır. ÇUÖ, Kohezyon ($U:490,5$ $p:0,043$) alt ölçeğinden alınan puanlar, anlaşarak evlenenlerde anlamlı olarak fazla saptanmıştır. Evlilik yaşamlarının bir döneminde ebeveynlerle yaşamış ya da halen yaşıyor olan hastalarda ailenin farklı aile görevlerini ele alışlarını ve bu görevlerin nasıl dağıldığı ve yerine getirildiğiyle ilgili davranış modelleri oluşturma ve sürdürme becerilerine ilişkin aile değerlendirme ölçeğinin roller ($U: 448$ $p:0,029$) alt ölçeği ve ÇUÖ, duygusal ifade ($U: 449$ $p:0,029$) ve kohezyon ($U:447,5$ $p:0,028$) alt ölçeği farklılık göstermiştir.

Tablo 4.8 Sosyodemografik ve evlilik özellikleri ile evlilik ve aile işleyişine ilişkin ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişki

Sosyodemografik ve Evlilik özelliği Değişkenleri	ADÖ	ÇUÖ	SDÖ	BPiÖ
Cinsiyet	(a.d)	(a.d)	(a.d)	(a.d)
Yaş	(a.d)	ÇUÖ kohezyon (r: - 0,249 p:0,032)	(a.d)	(a.d)
Eğitim süresi	(a.d)	(a.d) SDÖ Aile destek (χ^2 :15,416 p:0,001) SDÖ Sırdaş sayısı (χ^2 :10,888 p:0,012)		(a.d)
Meslek				
Çalışan	(a.d)	ÇUÖ kohezyon (χ^2 :6,911 p:0,032)	(a.d)	(a.d)*
Çalışmayan	ADÖ genel işlevler (χ^2 :7,783 p:0,020) ADÖ gereken ilgi (χ^2 :8,055 p:0,018)	(a.d)	(a.d)	(a.d)
Kişi başı gelir	(a.d)	(a.d)	(a.d)	(a.d)
Evlenme yaşı	ADÖ roller (r:-0,41 p: 0,003) ADÖ gereken ilgi (r:-0,249 p:0,032) ADÖ davranış kontrolü (r:-0,267 p:0,021)	ÇUÖ kohezyon (r:-0,303 p:0,009)	(a.d)	(a.d)
Evlilik süresi	ADÖ gereken ilgi (r:0,254 p:0,029)	(a.d)	(a.d)	(a.d)
Evlenme biçimi				
anlaşarak	(a.d)	ÇUÖ kohezyon (U: 490,5 p:0,043)	(a.d)	(a.d)
Geniş aile ile beraber yaşama				
var	ADÖ roller (U: 448 p:0,029)	(a.d)	(a.d)	(a.d)
yok		ÇUÖ kohezyon (U: 447,5 p:0,028) ÇUÖ duygusal ifade (U: 449 p:0,029) (a.d)*: p>0,05 istatistiksel olarak anlamlı değil.	(a.d)	(a.d)

4.9 Bulguların özeti

Bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk ve tüm bipolar bozukluk tanılı hastalarda hastalık özellikleri (hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastalık dönemde geçen toplam süre, hastalık dönemi sayısı ve şiddeti) ile ölçeklerden (ADÖ,ÇUÖ,SDÖ,BPIÖ) alınan puanların ilişkisi ve hastalık özelliklerine (hastaneye yatış öyküsü, tanısal alt tip, psikotik bulgular, özkıym girişimi, dönemler arası iyileşme, mevsimsellik) göre ölçeklerden alınan puanların anlamlı farklılık göstergeleri tablo 4.9.1’de özetlenmiştir.

Tablo 4.9.1 Bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk ve tüm bipolar bozukluk tanılı hastalarda hastalık özellikleri (sürekli tip) ile ölçeklerden alınan puanların (ADÖ,ÇUÖ,SDÖ,BPİÖ) ilişkisi ve hastalık özelliklerine (kategorik tip) göre ölçeklerden alınan puanların anlamlı farklılık göstergeleri

Değişken	BPB I (n:53)	BPB II (n:21)	tüm BPB (n:74)
1.Hastalık başlangıç yaşı	(a.d)	(a.d)	(a.d)*
2.Hastalık süresi	ÇUÖ kohezyon (r: - 0,290 p:0,035)	(a.d)	ADÖ gereken ilgi>2 (U:336,5 p:0,035) ÇUÖ kohezyon (r: - 0,307 p:0,008)
Evlilik öncesi hastalık süresi	(a.d)	(a.d)	(a.d)
Evlilik sonrası hastalık süresi	ÇUÖ tatmin (r:-0,319 p:0,020) ÇUÖ kohezyon (r:-395 p:0,003)	(a.d)	ÇUÖ tatmin (r:-0,259 p:0,026) ÇUÖ kohezyon (r:-389 p:0,001)
3.Hasta dönemde geçirilen süre	ADÖ problem çözme (r:0,314 p: 0,022) ÇUÖ tatmin (r:0,318 p: 0,020)	SDÖ ağıdaki kişi sayısı (r:-0,528 p:0.014) SDÖ sırdaş sayısı (r:-0.506 p:0.019)	ADÖ duygusal tepki verme (r:0,274 p: 0,018) ADÖ genel işlevler (r:0,230 p:0,048) ÇUÖ toplam puanı (r:-0,266 p:0,022) ÇUÖ fikir birliği (r:-0,239 p:0,040) ÇUÖ tatmin (r:-300 p:0,009)
Depresif geçen süre	ADÖ problem çözme (r:0,362 p: 0,008)	ADÖ genel işlevler (r:0,484 p: 0,026) CUÖ toplam puanı (r:-0,469 p:0,032) ÇUÖ duygusal ifade (r:-0,513 p:0,017) ADÖ iletişim (r:+0,515 p:0,017) ÇUÖ kohezyon (r:-0,507 p:0,019) SDÖ aile destek (r:-0.637 p:0.003) SDÖ ağıdaki kişi sayısı (r:-0,493 p:0.023) SDÖ sırdaş sayısı (r:-0.608 p:0.003)	ADÖ genel işlevler (r:0,270 p: 0,020) CUÖ toplam puanı (r:-0,276 p:0,017) ÇUÖ fikir birliği (r:-0,258 p:0,027) ÇUÖ tatmin (r:-0,264 p:0,023) ÇUÖ kohezyon (r:-0,280 p:0,016) BPİÖ (r:-0,237 p:0,042)
4.Hastaneye yatış	(a.d)	(a.d)	(a.d)
5.Tanısal alt tip	-	-	(a.d)
(a.d)*: p>0,05 istatistiksel olarak anlamlı değil.			

Değişken	BPB I (n:53)	BPB II (n:21)	tüm BPB (n:74)
6.Psikotik bulgu	(a.d)	(a.d)	(a.d)*
Psikotik bulgulu karma hastalık dönemi		-	ADÖ genel işlevler >2 (χ^2 :5,267 p:0,022)
7.Özkıyım girişi	(a.d)	(a.d)	(a.d)
8.Dönemler arası iyileşme	(a.d)	(a.d)	ADÖ genel işlevler >2 (χ^2 :8,405 p:0,004) ÇUÖ tatmin (U:345 p:0,045)
9. Mevsimsellik	(a.d)	(a.d)	(a.d)
10. Hastalık dönemi sayısı	ADÖ Problem çözme (r: +0,286 p:0,038) ÇUÖ tatmin (r:-0,280 p:0,043) ÇUÖ kohezyon (r:-0,306 p:0,026)	(a.d)	ADÖ duygusal tepki verme (r: +0,265 p:0,023) ÇUÖ tatmin (r:-0,261 p:0,024) ÇUÖ kohezyon (r:-0,298 p:0,010)
Depresif hastalık dönemi sayısı	ADÖ Problem çözme (r: +0,277 p:0,044)	(a.d)	ÇUÖ toplam puanı (r:-0,236 p:0,043) ÇUÖ fikir birliği (r:-0,238 p:0,041) ÇUÖ kohezyon (r:-0,332 p:0,004)
11. Hastalık dönemi şiddeti	ÇUÖ fikir birliği (r:-0.284 p:0.039)	SDÖ Aile destek (r:-0.443 p:0.045)	ADÖ genel işlevler (r:0.229 p:0.049) ÇUÖ toplam puan (r:- 0.262 p:0.024) ÇUÖ fikir birliği (r:-0.249 p:0.032) ÇUÖ tatmin (r:-0.259 p:0.026)
Ağır şiddette depresif hastalık dönemi sayısı	ADÖ Problem çözme (r:0.343 p:0.013)	SDÖ Aile destek (r:-0.443 p:0.045)	ADÖ genel işlevler (r:0.260 p:0.026) ADÖ roller (r:0.231 p:0.049) ÇUÖ toplam puanı (r:-0.257 p:0.028) ÇUÖ fikir birliği (r:-0.284 p:0.015) ÇUÖ kohezyon (r:-0.232 p:0.048)

(a.d)*: p>0,05 istatistiksel olarak anlamlı değil.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu araştırmada, biyolojik bileşeni belirgin bir hastalık olan bipolar bozukluğun görüngüsel özellikleri (başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastalık dönem sayıları ve süreleri, psikotik bulgular) ve hastalık gidişiyle ilişkili özellikleri (şiddet, hasta geçirilen süre, yatış öyküsü, özkıyım öyküsü, dönemler arası iyileşme olması, mevsimsellik) ile aile işleyişi ve evlilik gibi psikososyal değişkenlerin ilişkisi incelenmiştir. Araştırmanın bulguları ayrı başlıklar altında tartışılacaktır.

5.1 Bipolar Bozukluk ve Aile

Araştırmaya alınan 74 bipolar hastanın aile değerlendirme ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında, aile işlevlerini temsil eden birçok alt ölçeğin normal sınırın üzerinde, yani aile işlevlerinin bozulmuş olduğu görülmektedir (Bkz:Tablo 4.5.1). Bipolar aile işlevlerindeki belirgin bozulma daha önce başka araştırmacılar tarafından da bildirilmiştir (Friedmann ve ark. 1997, Koyama ve ark. 2004, Townsend ve ark. 2007, Du Rocher Schudlich ve ark. 2008, Ünal ve ark. 2004) Chang ve ark. 2001, Cooke ve ark. 1999, Rice ve ark. 2006). Aile işleyişi; farklı desenlerdeki çalışmalarda, sıklıkla diğer hastalık grupları ile karşılaştırılmıştır (Friedmann ve ark. 1997, Koyama ve ark. 2004, Ünal ve ark. 2004).

Bipolar bozuklukta aile işlevlerinde bozukluk bulgusundan öte, araştırmamızın esas amacı; hangi hastalık özelliğinin diğer hastalık özelliklerinden ayrılarak, aile işleyişi ile ilişkide öne çıktığını belirlemektir. Çalışmamızda bipolar bozukluğun görüngüsel ve gidiş hastalık özellikleri içinde aile işlevleri ile ilişki; sıklıkla depresyon ve depresyona dair dönem sayısı, süresi ve şiddeti için bulundu. Önceki çalışmalarda (Miller ve ark. 1992, Keitner ve ark. 1992), özellikle depresyon- aile işleyişi- hastalık gidişi ilişkisi vurgulanmış, izlem çalışmaları ile (Townsend ve ark. 2007, Miller ve

ark. 1992 akt:Uelebecker ve ark.2009, Keitner ve ark. 1997) kötü aile işlevlerinin depresyon için bir belirteç ve öngörücü olduğu belirtilmiştir. Ancak bu çalışmalardan yalnızca biri (Townsend ve ark. 2007) bipolar hastalarla yapılmış, diğerleri depresif bozukluk örnekleminde araştırılmıştır. Bipolar hasta grubuyla yapılan çalışma ise 5-17 yaş aralığında bipolar bozukluk tanısı alan çocuk ve ergen bipolar hastaların aileleri ile yapılmıştır. Araştırmamızda; bipolar I ya da II olmak; genel aile işleyişi açısından anlamlı farklılık göstermezken; kendi içinde bakıldığında, her tanısal alt grubun ilişkili olduğu farklı alt ölçekler olduğu saptandı. Hastalık dönemlerinin sayısı, toplam süresi ve şiddetinin yanı sıra, dönemler arası iyileşmenin olmaması, aile işleyişinde öne çıkan ilişkili diğer hastalık özellikleri olarak bulundu. Hangi aile işlevlerinin hangi hastalık özelliği ile ilişkisi olduğu ayrıntıları ile bu bölümde tartışılmıştır.

Araştırmamızda kullanılan problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler olmak üzere yedi alt ölçekten oluşan Aile Değerlendirme Ölçeği ile ilişkili değişkenler; bipolar bozukluk ve aile kavramı içinde ele alınmıştır.

Bu çalışmadaki bipolar hastaların yaklaşık üçte biri (%32,4 n:24); ailelerini, sorunları çözmekte yetersiz bulmuştur. Bipolar ailelerin işleyişini araştıran önceki bazı çalışmalarda da **problem çözme** alt ölçeği ortalama puanları 2'nin üzerinde bulunmuştur (Freidman ve ark. 1997, Koyama ve ark. 2004, Townsend ve ark. 2007, Du Rocher Schudlich ve ark. 2008). Ailenin bütünlüğünü tehdit eden sorunları etkili bir şekilde çözebilme yeteneği, bizim araştırmamıza katılan bipolar ailelerin üçte birinde azalmıştır.

Araştırmamızda Aile Değerlendirme Ölçeği-alt ölçeklerinden “problem çözme” ya da sorunları çözebilme aile işlevi bipolar I hastalarının geçirmiş olduğu hastalık dönem sayısı ve hasta dönemde geçirdiği toplam süre ile ilişkili bulunmuştur.

Bulguların ayrıntılarına girecek olursak; bipolar I bozukluk grubunda, depresif hastalık dönemi sayısı, depresif dönemde geçen toplam süre ve ağır şiddette depresif hastalık dönemi sayısı ile ADÖ-problem çözme puanları arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulduk. Bu bulgu iki yönlü yorumlanabilir. Depresyonları ağır şiddette, sık ve uzun olan hastaların ailelerinde sorunlar çözülememekte ya da evdeki çözümsüzlük ortamı ve sorunlar kişinin depresyonlarını tetiklemekte ya da kötüleştirmekte olabilir. Her iki yönün birbirine katkı sağlayarak bir kısır döngü oluşturması da olasıdır.

Tedaviye yanıtta ailenin etkisini araştıran bir çalışma, problem çözme alt ölçek puanı yüksek, sorunlu ailelerde; 8 haftalık izlem sonunda bipolar hastaların depresif belirtilerinin daha da arttığını, manik belirti ölçeği puanları için bu anlamlılığın geçerli olmadığını saptamışlardır (Townsend ve ark. 2007). Depresif belirtilerin ağırlaşmasını ve ilaca cevabın azalmasını yordayan aile değerlendirme alt ölçeklerinden problem çözme; diğer alt ölçeklere kıyasla, çok daha büyük etki gücüne sahip olduğu bildirilmiştir (Townsend ve ark. 2007).

Dore ve arkadaşları (2001), bipolar hasta ailelerinin %61'inin (sıklıkla eşler) sosyal hayatının ciddi bir şekilde etkilendiğini, %56'sının hastalığın aile, arkadaş ve çevre ilişkilerinde sorunlara neden olduğunu vurgulamışlardır. Aynı çalışmada 41 bipolar aile üyesinin %27'si hastalık nedeni ile aile bütçelerinde zorlanmalar yaşayabildiğini, ailelerin yaklaşık yarısının (%49) hastalık sırasında hastanın ekonomik sorumluluğunu aldığını, %37'sinde hasta iyileşse de bu durumun devam ettiğini ve evde gerginliklere yol açabildiğini bildirmişlerdir (Dore ve ark. 2001).

Bipolar bozuklukta, ailenin işleyişi birkaç yönden önemlidir. Bazı araştırmacılara göre, hastalığın gidişinde rol oynar. Townsend ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları izlem çalışmasında ailedeki sorunların çözülebilme yetisinin, valproat ve lityum ilaç tedavisi alan grupta 8 hafta sonraki depresif belirtilerin ön işareti olabildiği ifade edilmiştir.

Bir diğer önemli mesele gen-çevre etkileşimidir. Bipolar hastaların çocuklarındaki olası genetik yüklülük, aile işleyişindeki bozukluk gibi çocuklar için belirleyici olan bir çevresel etken ile birleşince, hastalığın ortaya çıkmasında tetikleyici rol oynayabilir. Bu görüşü destekleyen bir çalışmanın sonuçlarına göre, aile içi çatışmalar; genetik açıdan riskli olan bipolar hastaların çocuklarında, duygudurum bozukluğu gelişimi için biyolojik yatkınlıktan bağımsız, dolaylı ve anlamlı bir öngörücüdür (Du Rocher Schudlich ve ark. 2008)). Gen-çevre etkileşimini sorgulayan 3 yıllık bir izlem çalışmasında, duygudurum bozukluğu olan ebeveynlerle yaşayan 5-16 yaşları arasındaki çocukların sorunlu bir aile ortamında depresif belirtiler oluşturabileceği bildirilmiştir (Rice ve ark. 2006).

Araştırmamızda problem çözme alt ölçeği ile herhangi bir sosyodemografik ya da evlilik özelliği arasında ilişki bulunmamıştır. Ailede sorunları çözme becerisi; ailenin eğitim durumundan, kişi başı gelir düzeyinden, hastanın yaşı, cinsiyeti ya da mesleğinden bağımsız, evlenme yaşı, biçimi ve süresiyle ilişkisizdir. Depresif

dönem sayısı, depresif dönemde geçen toplam süre ve ağır şiddette depresif dönem geçirme ile ilişkili bulunmuş olması; depresyonun aile içindeki işlevler ile olan birebir ilişkisine dair önemli bir bulgu olabilir. İlişkinin gücüne dair Cohen yaptığı sınıflandırmada; $r: 0,1-0,23$ ise az, $r:0,24-0,36$ ise orta, $r>0,36$ ise büyük olarak tanımlamıştır (Cohen ve ark. 2003). Buna göre depresif dönemde geçen toplam süre araştırmamızda, ilişki gücü en büyük değişkendir.

Bipolar hastaların yaklaşık %40'ı (%39,2 n:29) ailelerinin **iletişim** becerilerini kısıtlı bulmuştur. Aile içi iletişim kısıtlılığı, bipolar hasta ailelerinde Aile Değerlendirme Ölçeğinin kullanıldığı önceki çalışmalarda da bildirilmiştir (Friedmann ve ark. 1997, Townsend ve ark. 2007, Du Rocher Schudlich ve ark. 2008). Araştırmamızda, tanısallık altı tipe göre, aile işleyişi anlamlı farklılık göstermemiş ancak her hasta grubunun kendi içinde aile işlevleri ve ölçeklerden aldıkları puanlarla ilişkisine bakılmıştır. Bipolar II hasta grubunda, iletişim alt ölçeği ile depresif dönemde geçen toplam süre arasında güçlü bir ilişki (Cohen ve ark. 2003) bulunmuştur ($r:0,515$). Depresif geçen süre uzadıkça, aile bireyleri arasında paylaşımın azalabildiği ya da aile içi iletişimsizliğin depresyonda geçen süreyi uzatabildiği ya da her iki durumun birbirini beslemesi olasıdır. Bipolar II hastaların aile işlevleri ve hastalık gidişleri ile ilgili çalışma olmayışı, tüm ilişki olasılıklarının teorik saptamalar olarak kalmasına yol açar. Uzunlamasına kurgulanmış desenlere, izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Araştırmamızda bipolar hastaların yarısı **roller** alt ölçeğinden 2 puanın üzerinde almışlardır. Bipolar bozukluk tanılı bireye sahip ailelerin yarısında (%50 n:37) aile içi roller karışmıştır. Friedmann ve arkadaşları (1997) da bipolar hastalarda roller de dahil olmak üzere tüm alt ölçekleri normal sınırın üzerinde bulmuşlardır. Araştırmamızda son 2 yılda geçirilen toplam hastalık dönemi sayısı, son 2 yılda hastalık döneminde geçirilmiş toplam süre, son 2 yılda geçirilmiş toplam depresif dönem sayısı ve ağır şiddette geçirilmiş toplam depresif dönem sayısı ile roller alt ölçeği ilişkili bulunmuştur. Son 2 yılda özellikle depresyon olmak üzere geçirilen hastalık dönemleri aile içi rollerin değişmesine yol açıyor olabilir. Akıl hastalığı olan ebeveynlerle yaşayan ve onlara bakım veren çocukların deneyimlerini konu alan bir çalışmada, sıklıkla annesi bipolar ya da depresif bozukluk olan çocuklarda uzun dönemde ev içi rollerin karışabildiğine, çocukların basit ev işlerinden (yemek, çamaşır, temizlik...) karmaşık hastabakıcılık ya da hemşirelik tarzı (ebeveynin

tuvalet ihtiyacını karşılayabilme, yıkama, yedirme...) sorumluluklar alabildiklerine dikkat çekilmiştir (Aldridge ve ark. 2006).

Aile işlevleri iyi aileler içinde roller açık, belirgin ve birbirini tamamlar niteliktedir. Aile üyelerinden birisi geçici olarak rolünü yerine getiremezse diğer aile üyeleri bu rolü üstlenir. Aile üyeleri, rol değişimlerini sorunsuzca gerçekleştirirler ve diğer üyenin rolünün alınmasında ve devam etmesinde uyum sorunları yaşamazlar.

Araştırmamızda bipolar hastaların yaklaşık üçte birinde (%31,1 n:23), **duygusal tepki verebilme** alt ölçeği normal sınırın üzerindedir. Duygularını açıkça ifade edebilme ve duygusal tepki verebilmenin bipolar hastaların aileleri için zor olabildiği başka çalışmalarca da gösterilmiştir (Freidman ve ark. 1997, Koyama ve ark. 2004). Çalışmamızda hastalık döneminde geçirilen süre ile bu alt ölçek arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. Aileden birinin hastalık döneminde oluşu; ona karşı hissedilenleri açıkça ifade etme konusunda çekince yaratıyor olabileceği gibi hastalık döneminde olan kişi için duygusal tepkiler verebilme daha kolaylaşıyor (özellikle manik dönemde) ya da zorlaşıyor (depresyon dönemlerinde sıklıkla eşlik edebilen içe kapanma belirtisi gibi) olabilir.

Araştırmamızda aile değerlendirme ölçeğinin diğer alt ölçeklerden farklı olarak **gereken ilgi gösterebilme** alt ölçeği bipolar hastaların büyük çoğunluğunda (%75,6 n:56) anlamlı olarak 2'nin üzerinde puan almışlardır. Gereken ilgi alt ölçeği; aile üyelerinin birbirlerine gösterdiği ilgi, sevgi ve bakımı içerir.

Bipolar hastaların ailelerinde hastalık süresi ile bu alt ölçekten alınan puan arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Hastalık süresinin artışı ile aile içi ilgi, sevgi ve bakımın azalabileceği ya da bu ilginin az olduğu ailelerin uzun süredir, bipolar bozukluk tanılı ebeveyne sahip aileler olabileceği gibi iki ilişki düşünülmüştür. Ünal ve arkadaşları bipolar ailelerin gereken ilgi gösterebilme dışında problem çözme, roller ve duygusal tepki verebilme alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamasını 2'nin üzerinde saptamış olmalarını ailedeki yürümeyen noktaları, ailenin diğer üyelerinin hastalardan daha çok tanımladıkları ve daha iyi olmasını bekledikleri şeklinde yorumlamış (Ünal ve ark. 2004) olmalarına karşın hasta yakınlarını da aile değerlendirmeye dahil eden diğer çalışmalar (Friedmann ve ark. 1997, Koyama ve ark. 2004) hasta ve ailesinin gözünden aile işlevlerinin anlamlı farklılık göstermediğini belirtmişlerdir.

Araştırmamızda bipolar hastaların yarısından fazlası (%62,2 n:46), **davranışlarını kontrol edebilme** alt ölçeği normal sınırın üzerindedir. Bipolar hasta ailelerinin ruhsal ve sosyal tehlike karşısında ailelerinin davranışlarını kontrol edemediği, her türlü duyguyu ağırlıklı bir şekilde sözle ve hareketle ifade edemediği Koyama ve arkadaşları (2004) tarafından da bildirilmiştir. Evlenme yaşı; roller, davranış kontrolü ve gereken ilgi alt ölçeği ile negatif ilişkili saptanmıştır. Erken yaşta evlenmiş çiftlerin, aile içinde rolleri, birbirlerine gösterdikleri ilgi ve sevgi, duygu ve düşüncelerini sözel olarak ifade edebilme becerileri geç yaşta evlenenlere kıyasla daha fazla zorluk çektikleri düşünülebilir.

Araştırmamızda bipolar hastaların üçte birinde de (%37,8 n:28) tüm bu işlevleri kapsayacak şekilde **genel işlevler** alt ölçeği 2'nin üzerinde bulunmuştur. Bu daha önce bipolar ailelerinde genel işlevleri sorunlu bulan diğer çalışmalarla uyumludur (Friedmann ve ark. 1997, Townsend ve ark. 2007, Du Rocher Schudlich ve ark. 2008). Araştırmamızda ailenin genel işlevleri bir çok hastalık özelliği değişkeni ile ilişkilendirilmiştir. Hastalık döneminde geçirilen toplam süre ve evlilik sonrası hastalık döneminde geçirilen süre ile genel işlevler ilişkilidir. Depresif dönemde geçirilen süre, ağır şiddette depresif dönem sayısı, son 2 yılda geçirilen toplam depresif dönem sayısı ile genel işlevler ilişkilidir. Dönemler arası iyileşme gösteren hastalar genel işlevler alt ölçeğine göre farklılık göstermişlerdir. İlişkinin yönüne dair bu kesitsel çalışmada, nedensellik kurulmasa da hastalığın daha ağır, daha sık ve özellikle depresif dönem süresinin daha uzun geçmesi ile ailenin genel işlevlerinde anlamlı bir bozulma olabileceği ya da aile işlevlerindeki çatışmaların hastalığın gidişini olumsuz etkileyebileceği, ya da her iki yönde bir ilişki olabileceği bulgusu sonraki çalışmalar ve hasta-hekim görüşmeleri için yol gösterici olabilir.

Her bir alt ölçeğin tüm bipolar hastalarda ortalaması tablo 4.5.1'de ayrıntılı verilmiştir. Aile değerlendirme alt ölçeğinden 2 puanın üzerinde almış olmak o aile işlevinde bozulmayı gösterir. Buna göre 2'nin üzerinde ortalaması olan alt ölçekler; roller, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolüdür. Bu alt ölçeklerdeki bozukluk örneklemenin çoğunluğunu temsil etmektedir.

Araştırmamızın genel tablosu içinde, bipolar hasta popülasyonunun aile işlevlerinin önceki çalışmalarla uyumlu olarak belirgin düzeyde bozulduğu söylenebilir. Bu bozulma genel ortalamaya göre en fazla; aile üyelerinin birbirlerine gösterdiği ilgi, sevgi ve bakımı içeren gereken ilgiyi gösterme alt ölçeğinde olmuştur (ort:2,4 %75,7

n:56). Sırasıyla ruhsal ve sosyal tehlike karşısında davranışlarını kontrol edememe (ort: 2,2 SS:0,4) ve aile içi rollerin karışması (ort:2,1 SS:0,5) genel olarak tüm ortalamaya yansımış ve kesme noktasını geçmiştir. İletişimin azalması (ort: 1,9 SS:0,5), duygularını açıkça ifade edememe ya da duygusal tepki verememe (ort: 1,8 SS:0,7), aile içi sorunları çözmekte yetersiz kalma (ort: 1,8 SS:0,6) ve ailenin genel tüm işlevlerinde bozulma (ort: 1,8 SS:0,6) hastaların yaklaşık üçte birinde görülmüştür.

Bipolar I bozukluk tanılı olguların; hastalık döneminde geçen toplam süreleri ve depresif dönemde geçen toplam süreleri, hastalık dönem sayıları, depresif dönem sayıları, ağır şiddette depresif dönem sayıları ile aile değerlendirme ölçeği problem çözme alt ölçeği arasında ilişki bulunmuştur. Aile işlevlerinden; sıklıkla ailedeki sorunları çözebilme alanı ilişkilendirilmiştir. Problem çözme alt ölçeği; ailenin bütünlüğünü tehdit eden sorunlarda ailenin işlevselliğini sürdürecektir düzeyde, problem çözebilme yeteneğini gösterir. Hastalık döneminde geçen süre uzadıkça, depresif dönemde geçen süre uzadıkça, ağırlaştıkça, dönem sayısı arttıkça aile sorunlarla başedememeye başlayabilir. Ailenin problemlerin üzerinden gelememeleri ve aile içinde sorunların birikmesi hastalık gidişini süre, sayı ve şiddet açısından artırabileceği gibi her iki olasılık da bu bulguya yol açıyor olabilir. Miller ve arkadaşlarına göre bozulmuş aile işlevleri depresyon için önemli bir belirteçdir (Miller ve ark. 1992 akt:Uelebecker ve ark.2009). On iki aylık izlem çalışmalarında aile işlevleri bozuk olan depresif hasta grubunun daha kötü gidiş gösterdiği, daha ağır hastalık dönemleri yaşadığı, daha az iyileştiğini göstermişlerdir. Aile işlevlerinin depresif bozukluk için hem öngörücü hem de gidiş belirleyicisi olduğu belirtilmiştir (Miller ve ark. 1992, Keitner ve ark. 1992).

Araştırmamızda da depresif dönemler ile aile işlevleri arasındaki anlamlı ilişki literatürle uyumludur.

Bipolar II hastalar için bu ilişki yalnızca depresif dönemde geçen toplam süre ve aile değerlendirme genel işlevler alt ölçeği arasında bulunmuştur. Bipolar I hastaların ailelerinde hastalık döneminin sayısı, süresi ve şiddeti sıklıkla problem çözme alt ölçeği ile ilişkili iken bipolar II hastalarda depresif geçen süre ile ailenin genel işlevler alt ölçeği ile ilişkili bulunması; bipolar II hasta örneklem sayısının bipolar I hastalar kadar fazla olmaması ve ölçeklere yansımış olamayabileceği ya da bu iki

grup hastanın aile dinamikleri arasında farklılık olup olmadığı sorusunu akla getirmiştir. Aile içi dinamikleri daha derin ve daha ayrıntılı inceleyebilecek çalışmalar bu duruma ışık tutabilir. Keitner ve arkadaşlarına göre daha iyi aile işlevleri depresyon sağaltımında en önemli 5 unsurdan biridir (Keitner ve ark. 2009). Keitner ve arkadaşları (1997) 6 yıl evvel 12 aylık izlem çalışmasına alınmış, ağır şiddette depresif bozukluk tanısı ile yatarak tedavi görmüş 59 hastayı; hala hastalığı devam eden-sürengenlik kazanmış 10 kişi, dönem dönem yinelemelerle gitmiş olan 30 kişi ve tamamen iyileşmiş 19 kişi olarak sınıflandırmışlardır. Altı yıl evvel akut hastalık döneminde ve 6 ay sonrasındaki dönemde aile değerlendirme ölçeği ile değerlendirilen hastaların ölçek verileri ve hastalık gidişi arasında anlamlı ilişkiler saptamışlardır. Akut dönemdeki aile işlevleri (roller ve gereken ilgi alt ölçekleri) ve kısa süreli hastalık gidişi (12 ay) arasında, taburculuktan 6 ay sonraki değerlendirmeler ile de uzun süreli hastalık gidişi arasında ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada uzun vadede sürengenlik kazanacak hastaların ilk 6 ayda, aile işlevlerinde herhangi bir düzelme gözlenmezken ilerde tamamen ya da kısmen iyileşecek olanların aile değerlendirme ölçeği puanları iyileşmiştir. Hastaneden taburcu olduktan 6 ay sonraki aile işlevleri ve hastalık gidişi arasında anlamlı ilişki saptanmış ve iyi hastalık gidişi için; erken iyileşme ve iyi aile işlevleri öngörücü olarak tanımlanmıştır (Keitner ve ark. 1997).

Araştırmamızda da aile işlevlerde bozulmayı işaret eder şekilde ortalaması 2'nin üzerinde saptanan **roller ve gereken ilgi gösterebilme** alt ölçekleri; Keitner ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada uzun vadede (6 yıl) kötü gidişi öngören bozulmuş aile değerlendirme alt ölçekleridir.

Ailenin genel işlevleri ile hastalık arasında bipolar hastalarda bir ilişki olduğu bilgisi; hastanın ardından poliklinik odasına giren aileyi değerlendirecek, yönlendirecek ve bilgilendirecek hekimin göz önünde bulundurabileceği bir bilgidir. Ailede hissedilen çatışma ya da aile işlevlerinin yerine gelemediği farkındalığı öncesinde bir takım önlemlerin, tedavi yaklaşımlarının sağlanmasında öncül olabilir. Markowitz (2008) bir derlemesinde, son yıllardaki biyolojik gelişmelere odaklanan ruh sağlığı hekimlerinin insanın psikososyal bütünlüğünün göz ardı edilebildiğine dikkat çekmiş *“Bu değişim psikiyatrinin eski temellerinin, çekirdek ailenin dinamiklerinin_yok sayılması riskini doğurmaktadır”* diyerek gen-çevre çalışmalarından bahsetmiştir. Araştırmamızın bulguları, aile dinamiklerinin önemini, hastalık gidişi ile ilişkisi bağlamında yeniden vurgulamaktadır.

Hastalık özellikleri ile evlilik ve aile işleyişi arasındaki ilişki bu çalışmanın ana sorusu olduğundan; hastalık özelliklerinin sosyodemografik değişkenlerle, evlilik özellikleri ile, sosyal destek sistemleri ve işlevsellik ile ilişkisi tartışılmamıştır. Bu bulgular, bipolar bozukluk ile evlilik ve aile işleyişi arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi ve bu ilişkinin yorumlanmasında örneklemin diğer özelliklerinin de göz önünde bulundurulabilmesi açısından değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda, işlevselliğin sadece depresif dönemde geçen süre ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu durumun daha önce bipolar bozuklukta özellikle depresyon ile ilişkili bulmuş diğer işlevsellik çalışmaları ile (Judd ve ark. 2005, Yatham ve ark. 2004, Robb ve ark. 1997) uyumludur. Aile işleyişi ve evlilik ilişkisine bu durumun olumsuz katkısı olabilir.

Sosyal destek sistemleri ve hastalık özellikleri ilişkisi araştırılan çalışmamızda anlamlı ilişkinin yalnızca bipolar II hastalarda depresif geçen süre, hastalık döneminde geçirilen süre ve hastalık dönemlerinin şiddeti ile olması; bu grup hastanın ayrıca ilerde farklı desende çalışmalarca incelenmesini gerektirir.

Gutierrez – Rojas ve arkadaşları (2008), bipolar bozukluğu olan hastalarla sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları çalışmalarında, hastalar için sosyal desteğin önemini belirtmişlerdir. Sosyal desteği olan hastaların yaşam kalitelerinin (mental QoL) düşük olmadığını bulmuşlardır. Hastaların yaşam kalitesini yükseltmede, depresif dönem belirtilerini azaltmak kadar sosyal desteğin ulaşılabilirliğini arttırmanın da önemini vurgulamışlardır. Benzer şekilde çalışmamızda da Sosyal Destek Ölçeği tüm alt ölçekleri ile negatif ilişki ve Bipolar İşlevsellik Ölçeği ile negatif ilişki depresif dönemde geçen süreye özgüdür.

5.2 Bipolar Bozukluk ve Evlilik

Araştırmamızda çift uyum ölçeğinden alınan toplam puan erkeklerde 100,9 (SS:15,9) ve kadınlarda 91,9. (SS:23,6) olmak üzere ortalama 95,9'dur (SS:20,9). Orijinal ölçeğin puan ortalamaları evli örneklem için 114,8 (SS:17,8), boşanmış örneklem için ise 70,7 (SS: 23,8) dir. Spanier (1976) tarafından geliştirilen bu ölçeğin Fırsıloğlu ve Demir (2000) tarafından Türk örneklemini için yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında; puan ortalaması erkeklerde 103,7 (SS:18,8) ve kadınlarda 105,2 (SS:18,4) olmak üzere ortalama 104,5 (SS: 18,6) olarak bulunmuştur.

Evlilik ve depresyon arasındaki ilişkiye dair birçok çalışma olmasına karşın bipolar bozukluk ve evlilik ilişkisine dair kısıtlı çalışma olması bu alandaki birçok soruyu yanıtsız bırakmıştır. Bipolar hastaların evliliklerinin kötü gittiği hatta boşanma oranlarının yüksekliği (Sadock 2007) bilgisinden öte; araştırmamızda hangi hastalık özelliği ile ilişkilendiği merak edilmiştir. Çift Uyum Ölçeğinden alınan puanlar sıklıkla depresif dönemde geçen süre, depresif dönem sayısı ve şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Depresyonlar; aile işleyişi ile ilişkili olduğu gibi evlilikler için de bipolar hastalarda ilişkili bir hastalık özelliğidir. Özkıyım girişi, psikotik bulgular, hastaneye yatış ya da manik dönemler ile çift uyumu arasında ilişki olmaması, sıklıkla çoğu alt ölçeğin depresyon dönemlerine ait özellikleri işaret etmesi anlamlıdır. Önceki çalışmalar ve çift uyum alt ölçeklerinin öne çıkan hastalık özellikleri ile olan ilişkisi bu bölümde ayrıntılandırılmıştır.

Çiftlerin algıladıkları biçimde ikili ilişkilerinin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiş, tatmin, kohezyon, fikir birliği ve duygusal ifade olmak üzere dört alt ölçekten oluşan çift uyum ölçeği araştırmalarda sıklıkla kullanılmasına karşın bipolar bozuklukta bu ölçeği kullanan iki çalışma mevcuttur.

Araştırmamızda da özellikle bipolar hastaların **depresyon dönemi sayısı, şiddeti ve süresi** ile çift uyum ölçeği toplam puanı ve birçok alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki saptanmış olması; önceki çalışmalar ile benzer şekilde özellikle depresyon döneminde, bireyin evliliğinde ciddi sıkıntılar yaşayabileceği olasılığını akla getirmektedir. Araştırmamızın deseni gereği yalnızca evli bipolar hastalar alınmış olması, hastalık ve hastalığa bağlı etkiler nedeni ile ya da başka nedenden ötürü boşanmış bireylerin çalışmaya dahil edilmemiş olması; hastalık ve evlilik ilişkisine, halen evliliği devam eden ya da henüz boşanmamış çiftler gözünden bakmayı zorunlu kılmıştır.

Depresif bozukluk tanılı hastaların evlilikleri ile bipolar bozukluk tanılı hastaların evliliklerini çift uyum ölçeği kullanarak karşılaştıran, 23 bipolar ve 11 depresif bozukluklu, remisyonda hasta ve eşlerinin ve 34 kontrolün alındığı bir diğer çalışmada; bulgular depresif bozukluklu hastaların evliliklerinin ve ikili ilişkilerinin bipolar bozukluk tanılı hastalara kıyasla daha kötü gittiği yönündedir. Hastaların sağlıklı eşlerine göre; aralarındaki duygusal ifade, fikir birliği ve kohezyon

kontrollere kıyasla daha kötüdür (Horesch ve Fennig 2000). Araştırmamızda eşlere, bu çalışmada da hastalara çift uyum ölçeği verilmemiştir. Bu durum; her iki çalışmanın kısıtlılığıdır. Horesch ve Fennig, makalelerinde bipolar bozukluğun depresyona kıyasla evliliğe olumsuz yansımalarının daha az saptanmasını şaşırtıcı bir bulgu olarak tariflemişlerdir. Bipolar bozuklukta boşanma oranlarının fazla oluşu evliliğin iyi gitmediğine işaret eden bir belirti olmakla beraber (Sadock 2007), bu çalışmada çift uyumsuzluğunun beklenen düzeyde çıkmaması, evlenmeyi sürdürebilen ve hastalığın zorluklarını aşabilenlerin, birbirleri ile olan bağlılıklarının ve uyumlarının daha yüksek olması ile açıklanmıştır.

Bir diğer çalışmada ise; 37 bipolar hastanın eşleri ile yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Üçte ikisinin sosyal hayatlarında kısıtlamalar, finansal endişeler ve hasta eşten dolayı artmış sorumluluklar sonucu evliliklerinde gerginlik hissi yaşadıkları saptanmıştır (Lam ve ark. 2005).

Araştırmamızda sıklıkla çift uyum ölçeği toplam puanının, fikir birliği ve kohezyon alt ölçeği puanlarının **depresif dönemde geçen toplam süre, geçirilmiş toplam depresif dönem sayısı ve ağır şiddette depresif dönem sayısı** ile ilişkilendiği gözlenmiştir (Tablo 4.8.1). Ek olarak depresif dönemde geçen toplam süre ile eşler arası tatmin puanları negatif ilişkilendirilmiştir. Depresyonla ilişkili bu üç değişkenin(süre, şiddet ve dönem sayısı) üçünde de çift uyum ölçeğinin sadece **toplam puan, fikir birliği ve kohezyon** üç alt ölçeği puanlarının ilişkilendirilmiş olduğu gözlenmiştir. Evlilik ilişkisinde temel konular hakkında anlaşabilmenin, fikir birliğinin, uyumun, birlikte zaman geçirebilme ve anlaşabilmenin, genel olarak ilişkiden doyum alabilmenin depresyonla bozulabileceği ya da depresyonun buna yol açabileceği düşünülebilir. Her ikisinin etkileşim içinde olabileceği de bir diğer olasılıktır.

Levkovitz ve arkadaşları (2000) 23 depresif bozukluk ve 11 bipolar bozukluk tanısı alan hasta eşleri ile sağlıklı kontrol grubunu çift uyum ölçeği ile karşılaştırmışlardır. Hasta gruba ölçeğin verilmemesi, bipolar hastalar ve depresif hastalar arasındaki farkın ortaya konmaması, örneklem sayısının azlığı gibi kısıtlılıklar içeren bu çalışmada eşler, kontrollere kıyasla çift uyum ölçeği; duygusal ifade, kohezyon ve tatmin alt ölçeklerinden anlamlı düzeyde kontrollere göre düşük puanlar almışlardır. Araştırmamızda kontrol grubu olmaması ölçeklerden alınan puanları kıyaslayamama açısından bir kısıtlılıktır.

Bazalde evlilik doyumlari sorgulanan 904 kişide, içinde 12 aylık izlem sonunda evliliğinden yeterince doyum alamayanların yıl sonunda 3 kez daha fazla depresyon geçirdikleri, bu anlamlılığın birçok karıştııcı etkenle devam ettiğİ vurgulanmıştır (Whisman ve Bruce 1999 akt; Choi ve Marks 2008).

Araştırmamızda bipolar I ve II hasta grubu kendi içinde ayrıca incelendiğinde bipolar II hastalarda, **depresif dönemde geçen toplam süre** ile çift uyum **toplam puanında**, **kohezyonda ve duygusal ifade** alt leğİ arasında diğİer hastalık değİşkenleri ile olmayan, anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. nceki araştırmalarda, bipolar II hasta grubunu ayrıca araştıran ya da bipolar I hastalarla evlilik uyumu açısından karşılaştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Önceden bipolar II bozukluk depresyonları, şiddet ve gidiş açısından bipolar bozukluk ile unipolar depresyonları arasında bir yerde olarak tanımlanmaktaydı (Akiskal ve ark. 2003). Son yıllarda bipolar II bozukluk, depresyon dönemleri için özellikle özkiyım davranışının daha sık, depresif dönemleri şiddetinin daha ağıır, süresinin daha uzun ve sreğİen, dnglenmenin daha fazla, dönemler arası iyileşmenin daha az olduğİ bulgularının artması ile her iki duygudurum bozukluğundan da bipolar II depresyonlarının ayrımlaştığının, altı çizilmektedir (Novick ve ark. 2010).

Araştırmamızda, bipolar I hastaların manik dönemleri ya da psikotik dönemleri ile çift uyum leğİ arasında ilişki saptanmamış olmasına karşın, bipolar II hastaların depresif dönemleri ile; hemen hemen her alt leğİinde olmak üzere çift uyum leğİ arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır.

Bipolar II hastalarda **depresyon süresinin** uzunluğının diğİer değİşkenlerden farklı olarak evlilik uyumu ile anlamlı ilişkisi ileride bu konuya göre ayrıntılandırılmış desenli çalışmalarla irdelenmelidir.

Bipolar I hastalarda ise; bazı hastalık özellikleri ile sıklıkla; evlilikten alınan **tatmin** ve eşlerin karşılıklı anlaşabilmelerinden aldıkları doyum (**kohezyon**) arasında ilişki vardır. Özellikle evlilikten sonra geçen hastalık süresi ve tüm hastalık süresince geçirilen toplam hastalık dönemi sayısı ile eşler arası kohezyon ve tatmin negatif ilişkilidir. Hasta dönemde geçirilen süre ile eşler arası tatmin, toplam hastalık süresi

ile çift uyum ölçeği kohezyon alt tipi arasında anlamlı negatif ilişki araştırmamızın bir diğer bulgusudur.

Bipolar hasta ile evli olan eş ilişkiden yeterince doyum alamadığında, hasta eşini çok daha negatif algıladığı bildirilmiştir (Horesh ve Fennig 2000). İlişkideki olumsuz hava ve “algılanan negatiflik” içinde; duygudurum açısından dalgalı seyir gösteren diğerinin, çok daha olumsuz davranabildiği böylece sağlıklı eşin atfettiği olumsuzlukları karşıladığı, bu durumun kısır döngüyle tekrarlanıp ilişkileri hastalık dönemleri dışında da olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir (Coyne 1991 akt; Horesh ve Fennig 2000).

Araştırmamızda bulunan depresif dönem süre, sayı ve şiddetinin evlilikten alınan doyum ve evlilikteki uyum ile olan negatif ilişkisi; literatür ile uyumlu ve anlaşılır kuramlarla da desteklense de bir çok soruyu beraberinde getirmiştir. Öncelikle mani ya da karma dönemlerden çok depresyon dönemleri ile ilişkili böyle bir bulgu saptanması; maninin evlilik ilişkisinde olası evlilik sorunlarına yol açabilecek; dışa dönüklük, dürtüsellik, para harcamada artış, sinirlilik, büyülenmecilik, riskli davranışlarda bulunabilme ya da çok konuşma gibi belirtilerinin depresyon kadar evlilik üzerinde negatif ilişki gücü olmayabilir midir?

Araştırmamızdaki bir diğer bulgu ağır şiddette depresyonlarla çift uyum ölçeği arasında ilişki saptanmasına karşın ağır şiddette manik dönem sayısı ile ya da psikotik bulgularla ya da hastaneye yatış ile ilişki saptanmamış olmasıdır. Eşin ve aile üyelerinin bipolar bozukluğun daha görünür ve daha normallikten uzak formlarını “hastalık” olarak tanımlıyor, içe kapanıklık gibi, hayattan zevk alamama ya da iştahsızlık gibi daha az “gürültülü ve görülebilen” belirtileri daha sıklıkla “kişilik” olarak tanımlıyor olabilirler mi?

Lam ve arkadaşları (2005) bipolar bozukluk tanımlı hastaların davranışlarını eşlerin büyük çoğunluğu, hastalık ya da ilaç gibi dışsal etkenlere atfederken üçte biri ise, kişinin mizacı ve seçimleri gibi içsel nedenlerden kaynaklandığını düşündüğünü bildirmiştir.

Evin içindeki karamsar hava ya da eşlerden birinin depresyonda olması unipolar ya da bipolar oluşundan bağımsız birebir evliliğin olumsuz gidişi için risk etmeni midir? Tam tersi de bu ilişkide sorulabilir sorulardandır: Evlilikteki kötü gidiş depresyonu öngörür mü?

Keitner ve arkadaşlarının (1997, 2009) aile işlevleri ve duygudurum bozukluğu hastalık gidişi için söyleyebildiklerini, bipolar bozukluk, depresif dönemler ve evlilik ilişkisi için söyleyebilmek ve tüm bu soruların cevabı için uzunlamasına izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

5.3 Araştırmanın kısıtlılıkları ve güçlü yönleri

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri, kontrol grubu olmayışıdır. Bir diğer kısıtlılık ise psikososyal çalışmalarda sıklıkla karşılaşılan ölçek sorunudur. Biyolojik ölçümlerden elde edilen hassaslıkta ölçümler, ne yazık ki psikososyal ölçümlerden elde edilemez. Biz de çalışmamızda, öz bildirim ölçekleri kullandık. Dolayısıyla elde ettiğimiz veriler mutlak gerçekler değil, hastaların algılarıdır. Bu kısıtlılığı gidermek üzere, bazı çalışmacılar aynı öz bildirim ölçeklerini hasta eşlerine de uygulamışlardır. Hastalar ve eşlerinin algılarındaki paralellığa ve ayrılığa bakmışlardır. Bu tarz çalışmalara alınan hasta sayısı daha azdır. Koyama ve arkadaşları (2004) 18 bipolar çifti aile değerlendirme ölçeği kullanarak, Horesh ve Fennig (2000) 23 bipolar hasta ve eşini çift uyum ölçeği kullanarak incelemişlerdir. Bizim araştırmamızın ana amacı; hastalığın kendisinden çok, hastalık özelliklerinin aile işleyişi ve evlilikle ilişkisini incelemek olduğu için hasta sayısının fazla olması önemliydi. Eşleri araştırmaya katmak için önce hastalardan izin almak gerekir. Önceki deneyimlerimize göre; hastaların bir bölümü yakınlarının araştırma için davet edilmesini istemeyebilmektedirler. Araştırmaya davet edilenlerin bir kısmı, katılmak istemeyebilmekte ya da pratik nedenlerle gelememektedirler. Tüm bu nedenler çalışmaya alınan örnekleme daraltmaktadır. Farklı hastalık özelliklerini gösteren hasta sayısı, örneklem büyüklüğü bu çalışma için önemli olduğundan, aileden başka biri ya da eş araştırmaya dahil edilmemiştir.

Aileden bir başkasının da aile değerlendirme ölçeğini doldurarak, dahil eden çalışmalar (Friedmann ve ark. 1997, Koyama ve ark. 2004); bulgularında hastaların aile ile ilgili algılarını ailenin diğer üyeleri ile uyumlu bulmuşlardır. Çalışmamızda, remisyonda olan hastaların değerlendirilmesi ile; hastalık dönemlerine bağlı algı sorunlarının veri kalitesini etkileyebilirliği azaltılmaya çalışılmıştır.

Öz bildirim ölçeği kullanılmış olması araştırmanın kısıtlılığıdır. Ailenin ya da çiftin ilişkilerine dair niteleyici bilgiler edinilememiş olması, aile işleyişinin ya da evlilik ilişkisinin birebir gözlenmesindeki zorluklar bu alandaki diğer çalışmalarda da

belirtilen ancak giderilmesi zor bir kısıtlılıktır. Sorunlu evliliklerde çiftlerin birbirleri ile etkileşimini videoya alan, affektlerini inceleyen az sayıda denekle gerçekleştirilmiş çalışmalar vardır. Ancak bipolar bozukluk grubunda pratik olarak bu yöntemi uygulamak şimdilik çok zor görünmektedir.

Herhangi bir hastalık özelliğinin, hasta ve yakınları ile görüşme, poliklinik kayıtları, hastaneye yatış dosyası, izlemiş hekimlerden alınan bilgiler doğrultusunda kaydedilmesi; geriye dönük bilgilerin alınması ile karşılaşılabilecek olası hataları giderebilmesi açısından çalışmanın önemli, yöntemsel bir gücüdür.

Araştırmamıza evli bipolar hastalar alınmıştır. Dolayısıyla; görüşülen hastaların bir kısmı hastalığın etkisine rağmen evliliklerini sürdürebilmiş ve ayrılmamış, ilişkiyi sürdürebilmiş olabilir. Evlilik ve aile işleyişi iyi gitmemiş ve boşanmış bipolar hastaların çalışmanın deseni gereği dışlanmış olması; bazı hastalık özellikleri ile evlilik ve aile işleyişi arasındaki anlamlı olabilecek bir ilişkinin gücünü azaltmış olabilir. Çift Uyum Ölçeği yalnızca evli ya da beraber yaşayan kişilere uygulanabileceğinden; bu konuda izlem çalışmalarına, farklı desende araştırmalara gereksinim vardır.

Evlilik ve aile işleyişine dair ölçeklerden alınan puanları etkileyebilen, çalışmamızda değişken olarak tanımlandırılmamış başka koşullar olabilir. Bu konuda ilk akla gelenler; kültürel özellikler (aile apartmanları, geniş aile ile yaşama), sosyoekonomik düzey, başka psikolojik stresörlerin varlığıdır (bakıma muhtaç diğer aile üyesinin varlığı ya da evlilik dışı ilişkilerin varlığı gibi...). Geniş aile ile yaşama ve kişi başı gelir düzeyi araştırmamızda tanımlanmış sosyodemografik değişkenlerdir. Sosyolojik tabanlı bir çalışma olmadığı için ayrıntılandırılmamış ancak genel hatları ile bakıldığında araştırma bulgularını farklılaştırmamıştır.

Araştırmamız; tanımlayıcı, kesitsel bir çalışmadır. Tanımlayıcı çalışmalar; analitik çalışmalar için ilk adımı oluşturur ve bazı neden-sonuç ilişkilerine dair ipucu vermesi açısından önemlidir. Ancak ilişkinin yönüne dair sonuçlar çıkartılamaz. Araştırmamızda bipolar I ve II hastalarda bir takım hastalık özellikleri ile evlilik ve aile işleyişine dair bazı değişkenler arasındaki ilişki literatürde ilk kez belirtilmiştir. Neden-sonuç ilişkisinin kurulabileceği, analitik çalışmalara ışık tutabilecek bir kapı aralamış olması ile; çalışma amacına ulaşmıştır.

Araştırmamız; literatürde bildiğimiz kadarıyla, bipolar hastalarda, evlilik ve aile işleyişinin hastalık özellikleri ile ilişkisini araştıran en geniş örnekleme sahip çalışmadır.

Literatürde bilinen en fazla bipolar II hasta grubuna sahip, hastalık özellikleri ve evlilik ve aile işleyişi ilişkisini araştıran çalışmadır. Birçok hastalık özellikleri ve aile işleyişine dair değişkenlerin ilişkisi açısından bipolar I hastalarla bipolar II hastaların karşılaştırıldığı ilk çalışmadır.

Duygudurum bozukluklarında evlilik ve aile işleyişi çalışmaları, sıklıkla depresif bozukluklu hastalarla yapılmıştır. Bipolar bozukluk ve psikososyal özellikler, hastalığın genetik bileşeninin belirgin olmasına ikincil, görece çok az araştırılmıştır. Son yıllarda gen-çevre etkileşimine vurgu yapan çalışmaların artması ile özellikle bipolar aileleri ilgi odağı olmaya başlamıştır.

Bu çalışmada; bipolar bozukluk tanılı bir birey, kendi işlevselliğinden başlayarak, evlilik ilişkisi, aile işleyişi ve sosyal destek sistemleri genel olarak ele alınmış, 11 ana bipolar bozukluk görüngüsel ve hastalık gidiş özellikleri ile ilişkileri incelenmiştir. Araştırmamızda belirtilen her bir değişkenin ayrıntılı ele alındığı başka çalışmalar, genetik bileşeni yaygın kabul görmüş bipolar bozukluğun çevresel koşullarla olan etkileşimine dair bilgi verebilir.

BÖLÜM VI

SONUÇ

6.1 Sonuçlar ve öneriler

Bu araştırmada, biyolojik bileşeni belirgin bir hastalık olan bipolar bozukluğun görüngüsel özellikleri (başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastalık dönem sayıları ve süreleri, psikotik bulgululuk) ve hastalık gidişiyle ilişkili özellikleri (şiddet, hasta geçirilen süre, yatış öyküsü, özkıyım öyküsü, dönemler arası iyileşme olması, mevsimsellik) ile evlilik ve aile işleyişi gibi psikososyal değişkenlerin ilişkisi incelenmiş ve bazı hastalık özellikleri bu ilişkide öne çıkmıştır.

Evlilik ve aile işleyişi ile depresif dönemde geçen süre, depresif dönem sayısı ve şiddeti en sık ilişkili bulunan hastalık özellikleridir. Mani dönemlerinden çok daha fazla depresyon dönemleri ile ilişki bulunmuştur.

Psikotik bulgulu hastalık dönemleri geçirmek, bipolar I ya da bipolar II olmak, hastalığın erken başlaması, mevsimsel seyretmesi, özkıyım girişiminde bulunmuş olmak ya da hastaneye yatmış olmak ile anlamlı farklılık göstermeyen evlilik ve aile işleyişine dair değişkenlerin birçoğu; geçirilen depresif dönem sayısı, depresif dönemde geçirilen süre ve ağır şiddette geçirilen depresif dönem sayısı ile ilişkili bulunmuştur. İlişkinin yönüne dair bu çalışma ile bir şey söylenemezse de olası sonuçlara dikkat edilebilir.

Bipolar Bozukluk ve evlilik ya da aile kavramları gen-çevre etkileşimi çalışmaları ile yeniden gündeme gelmektedir. Bu alandaki kısıtlı sayıdaki çalışma; hastalara ve ailelerine henüz bir şeyler söyleyebilmek ya da tedavide yeni bir algoritma oluşturabilecek yeterlilikte değildir.

Mevcut bilgiler ışığında; sıklıkla hastalığın gürültülü tablosunun arkasında kalan hasta, eş ve çocukları remisyon dönemi görüşmelerinde ayrıca ele alınabilir.

Aile dinamikleri, eş ile ilişki, ev içindeki etkileşimler, aile işleyişinin nasıl yürüdüğü, bipolar bozukluk geliştirmeye yatkın çocukların nasıl bir ortam içinde büyüdüğü,

evdeki hastalıktan bağımsız gerilimlerin kaynağı hastayı izleyen hekimce değerlendirilebilir. Hasta, eşi ya da çocuğu ayrıca başka kurumlara (aile ya da evlilik terapisi / sosyal hizmet uzmanı/ diğer bir hekim ya da çocuk ruh sağlığı uzmanı gibi) yönlendirilebilir.

Evlilik ve aile işleyişi ile ilgili koşullar, hastalığın tetiklenmesinde, daha sık, ağır ve uzun seyretmesinde önlenabilir çevresel koşullar olabileceği düşünülebilir. Hasta ve ailesiyle görüşmede bu bilgileri akılda tutmak yararlı olabilir.

Evlilik ve aile işleyişi ile ilişkili bir diğer hastalık özelliği; dönemler arası iyileşme olup olmamasıdır. Hastalık dönemleri arasında tam iyileşme göstermeyen hastalar evlilik ve aile işleyişi ile ilgili sorunlar yaşıyor olabilir ya da evdeki sorunlar kalıntı belirtilerin sürmesinde rol oynuyor olabilir.

Bundan sonraki çalışmalarda; eş ya da diğer aile üyeleri de aile işleyişinin değerlendirilmesinde araştırmaya dahil edilebilir.

Sağlıklı kontrol grubu alınabilir.

Aile yarı yapılandırılmış görüşmeler ile daha ayrıntılı incelenebilir.

Boşanmış bipolar hastalarla geriye dönük hastalık ve evlilik algıları sorgulanabilir. Aile işleyişlerindeki sorunların dikkat çektiği bipolar hastalar izlenebilir ve hastalık gidişi ile ilişkisi araştırılabilir.

Yine benzer bir hasta grubunda izlemde boşanma oranları, çocuklarında duygudurum bozukluğu tanısı saptanma oranları değerlendirilebilir.

Daha geniş sayıda örneklem, uzunlamasına gidiş gösteren araştırma desenleri sonraki çalışmalar için öneri olabilir.

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 4:251-9.

Aldridge, J. (2006). The experiences of children living with and caring for parents with mental illness. Child Abuse Review, 15, 79 – 88.

Aydemir O, Eren I, Savaş H,(2007) Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenilirlik ve Geçerliliği Turk Psikiyatri Derg. 2007 Winter;18(4):344-52.

Akiskal HS, Hantouche EG, Allilare JF ve ark.(2003) Validating antidepressant-associated hypomania (bipolar III): a systematic comparison with spontaneous hypomania (bipolar II). J Affect Disord ; 73: 65–74.

Althoff RR, Faraone SV, Rettew DC, Morley CP, Hudziak JJ. Family, twin, adoption, and molecular genetic studies of juvenile bipolar disorder. Bipolar Disord. 2005 Dec;7(6):598-609.

Angst J (1998) The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. J Affect Disord, 50:143-151.

Bulut I (1990) Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) El kitabı. Ankara, Özgüzel Matbaası.

Brissos, S., Dias, VV., Kapezinski, F. (2008). Cognitive performance and quality of life in bipolar disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53, (8) 517 – 524

Caspi A ve Moffitt TE. (2006) Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. *Nat Rev Neurosci.* Jul;7(7):583-90.

Chang KD, Blasey C, Ketter TA ve ark. (2001) Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar Disord.* 2001 Apr;3(2):73-8.

Choi H, Marks NF. (2008) Marital Conflict, Depressive Symptoms, and Functional Impairment. *J Marriage Fam.*;70(2):377-390.

Cohen J, Cohen P, West SG, Aitken LS (2003), *Applied Multiple Regression/Correlational Analysis for the Behavioural Sciences*, 3rd ed. London: LEA

Cooke RG, Young LT, Mohri L ve ark. (1999) Family-of-origin characteristics in bipolar disorder: a controlled study. *Can J Psychiatry.* May;44(4):379-81.

Coryell W, Scheftner W, Keller M ve ark (1993) The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry*, 150:5 720-727.

DelBello, M. P., Geller, B. (2001). Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disorders*, 3,325–334.

Dore ve Romans (2001) Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *J Affect Disord.* Dec;67(1-3):147-58

Du Rocher Schudlich TD, Youngstrom EA, Calabrese JR ve ark. (2008) The role of family functioning in bipolar disorder in families. *J Abnorm Child Psychol.* Aug;36(6):849-63. Feb 13.

Edwards G, Barkley RA, Laneri M ve ark. (2001)Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *J Abnorm Child Psychol.* Dec;29(6):557-72.

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171–180.

Faraone SV, Glatt SJ, TsuangMT. (2003) The genetics of pediatriconset bipolar disorder. *Biol Psychiatry*; 53: 970–977

Fışıloğlu H, Demir A (2000) Applicability of the Dyadic Adjustment Scale of Marital Quality with Turkish Couples. *Eur J Psychol Assessment*, 16: 214-218.

Fisher L ve Weihs KL. (2000) Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? Report of the National Working Group on Family-Based Interventions in Chronic Disease. *J Fam Pract.* Jun;49(6):561-6.,

Friedmann MS, McDermet WH, Solomon DA ve ark. (1997) Family functioning and mental illness: a comparison of psychiatric and non-clinical families. *Fam. Process*; 36: 357–367.

Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL ve ark. (1995) Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* Nov;152(11):1635-40

Goldberg, JF. & Harrow, M. (2005). Subjective life satisfaction and objective functional outcome in bipolar and unipolar mood disorders: A longitudinal analysis. *Journal of Affective Disorders*, 89, 79 – 89.

Goossens, PJJ., Hartong, E., Knoppert-van der Klein, E. ve ark. (2008). Self – reported psychopathological symptoms and quality of life in outpatients with bipolar disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44, 4, 275 – 284.

Goppoldova, E., Dragomirecka, E., Motlova, L. ve ark. (2008). Subjective quality of life in psychiatric patients: diagnosis and illness – spesific profiles. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, (9) 587 – 593.

Gutiérrez-Rojas L, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL ve ark. (2008) Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. *Bipolar Disord.* Jul;10(5):625-34.

Hale WW , Jansen JH, Bouhuys AL, ve ark. (1998) The judgement of facial expressions by depressed patients, their partners and controls. *J Affect Disord.* Jan;47(1-3):63-70

Horesh ve Fennig. (2000) Perception of spouses and relationships: a matched control study of patients with severe affective disorder in remission and their spouses. *J Nerv Ment Dis.* Jul;188(7):463-6.

Judd, LL., Akiskal, HS., Schettler, PJ. ve ark.(2005). Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1322 – 1330.

Karadağ F, Oral ET, Yalçın FA ve ark. (2002) Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiyede geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13: 107-114.

Keitner GI, Ryan CE, Miller IW ve ark.(1992) Recovery and major depression: factors associated with twelve-month outcome. *Am J Psychiatry.* Jan;149(1):93-9.

Keitner GI, Ryan CE, Miller IW ve ark. (1997) Psychosocial factors and the long-term course of major depression. *J Affect Disord.* 1997 Jun;44(1):57-67.

Keitner ve ark 2009 Family focused therapy shortens recovery time from depression but not mania in adolescents with bipolar disorder *Evid Based Mental Health* 2009;12:48

Koyama A, Akiyama T, Miyake Y ve ark (2004) Family functioning perceived by patients and their family members in three Diagnostic and Statistical Manual-IV diagnostic groups. *Psychiatry Clin Neurosci.* Oct;58(5):495-500.

Lam D, Donaldson C, Brown Y ve ark. (2005). Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disord.* Oct;7(5):431-40.

Lapalme, M., Hodgins, S., LaRoche, C. (1997). Children of parents with bipolar disorder: A meta-analysis of risk for mental disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 623–631.

Levkovitz V, Fennig S, Horesh N, ve ark. (2000) Perception of ill spouse and dyadic relationship in couples with affective disorder and those without. *J Affect Disord.* Jun;58(3):237-40.

Levkovitz Y, Lamy D, Ternochiano P. ve ark. (2003). Perception of dyadic relationship and emotional states in patients with affective disorder. *J Affect Disord.* Jun;75(1):19-28.

Markowitz (2008) Depressed mothers, depressed children (*Am J Psychiatry.* Sep;165(9):1086-8.

Martire LM, Schulz R, Reynolds CF ve ark. (2008) Impact of close family members on older adults' early response to depression treatment. *Psychol Aging.* Jun;23(2):447-52.

Michalak, EE., Yatham, LN. & Lam RW. (2005). Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 72.

Miklowitz ve Johnson (2006) The psychopathology and treatment of bipolar disorder. *Annu Rev Clin Psychol.*2:199-235.

Murray ve Lopez. (1996) Evidence-based health policy--lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science.* Nov 1;274(5288):740-3.

Murray L, Sinclair D, Cooper P ve ark. (1999) The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999 Nov;40(8):1259-71.

Novick DM, Swartz HA, Frank E. (2010) Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disord*. 2010 Feb;12(1):1-9.

Okon DM, Greene AL, Smith JE (2003) Family interactions predict intraindividual symptom variation for adolescents with bulimia. *Int J Eat Disord*. Dec;34(4):450-7.

Rhebergen D, Beekman AT, de Graaf R ve ark.(2009) Trajectories of recovery of social and physical functioning in major depression, dysthymic disorder and double depression: A 3-year follow-up *J Affect Disord*. Nov 26.

Rice F, Harold GT, Shelton KH ve ark. (2006) Family conflict interacts with genetic liability in predicting childhood and adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Jul;45(7):841-

Robb, J., Cooke, RG., Devins, GM ve ark. (1997) Quality of life and lifestyle disruption in euthymic bipolar disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 31, (5) 509 – 517.

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2007

Sorias, O. (1988). Sosyal desteğin değerlendirilmesi II:Toplumdan yapılmış bir örnekleme, sosyal ağın yapısal özellikleri ile algılanan destek. *Seminer Psikoloji Dergisi*, 6, 26 – 40.

Spanier GB (1976) Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marr Family*, 38:15-28.

Tohen M, Hennen J, Zarate CM ve ark. (2000). Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. Am J Psychiatry.Feb;157(2):220-8.

Townsend LD, Demeter CA, Youngstrom E. ve ark. (2007) Family Conflict Moderates Response to Pharmacological Intervention in Pediatric Bipolar Disorder J Child Adolesc Psychopharmacol. 2007 Dec;17(6):843-52.

Tully EC, Iacono WG, McGue M. (2008). An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. Am J Psychiatry. Sep;165(9):1148-54.

Uebelacker LA, Weisberg RB, Strong DR ve ark. (2009) Time-invariant and time-varying predictors of depression symptoms in primary care patients. Prim Care Companion J Clin Psychiatry.;11(6):322-9

Ünal S, Kaya B, Çekem B. (2004) ve ark. Şizofreni, İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(4):291-299

Vojta, C., Kinosian, B., Glick, H. ve ark. (2001). Self reported quality of life across mood states in bipolar disorder. Comprehensive Psychiatry. 42, (3) 190 – 195.

Young RC, Biggs T, Ziegler ve ark. (1978) A rating scale for mania:Reliability, validity, and sensitivity. Br J Psychiatry, 133: 429-435.

Yatham, LN., Lecrubier, Y., Fieve, RR ve ark. (2004). Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. Bipolar Disorders, 6, 379 – 385.

Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. (1998) Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlilik çalışması. Turk Psikiyatri Derg, 9:114-7.

Yazım kuralları

Bu tez protokolünde Türk Psikiyatri Dergisi tarafından önerilen yazım kuralları uygulanmıştır. Ayrıntılı bilgi için:
<http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=yazarlaraBilgi>

Etik kurul

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Komitesi Karar no:10-4/27 sayılı yazısı ile “Bipolar hastalarda aile işleyişi ve evlilik ile hastalık özelliklerinin ilişkisi” araştırmasına onay vermiştir.

BÖLÜM VIII

EKLER

EK-1

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu çalışma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı'nda yürütülen bir tez çalışmasıdır. Çalışmanın amacı, bipolar bozukluğun kişinin evlilik ve aile yaşantısına ve sosyal ilişkilerine herhangi bir etkisinin olup olmadığını araştırmaktır.

Sizden hastalık öyküsüne dair bir görüşme ve aile değerlendirme, sosyal destek, bipolar işlevsellik ve çift uyum ölçeklerini doldurmanız istenecektir. Bu yaklaşık bir buçuk saat kadar zamanınızı alacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Tüm kimlik ve özel bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda sonraki tedaviniz garanti altındadır ve hiçbir şekilde etkilenmeyecektir.

“Bu çalışmanın ayrıntıları, çalışmaya katılmam ve eşimin de katılımı durumunda her ikimizin de isminin gizli tutulacağı konusunda tarafından bilgilendirildim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu çalışmanın sonuçlarının bilimsel olarak yayınlanmasının benim haklarım açısından herhangi bir sakıncası yoktur. Bu formu imzalamakla yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum. Çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini ve eşime de yüzyüze veya telefonla aynı davetin yapılmasını hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.”

Hastanın	Uygulamacının,
Adı – Soyadı:	Adı – Soyadı:
İmzası:	İmzası:
Tarih:	Tarih:

Sosyodemografik Veriler

1. a) Kadın b) Erkek

2. Yaş:

3. Eğitim durumu:

4. Mesleği: a)evhanımı/çalışmıyor

a) Okuma-Yazma Biliyor

b) çalışıyor

b) İlkokul Mezunu

c) emekli

c) Ortaokul Mezunu

d) Lise Mezunu

e) Üniversite Mezunu

5. Hiç uzun süreli izin, rapor kullanmış mı? Meslek hayatına en az 3 ay ara vermiş mi?

a)Evet

b)Hayır

6. Evlilik yaşı:

7. Evlilik süresi:

8. Kaçınıcı evliliği:

9. Eşinin kaçınıcı evliliği:

10. Evlenme biçimi:

11. Ekonomik Durum: a) 500 TL altı

a) Görücü usulüyle

b) 500-1000 TL arası

b) Anlaşarak

c) 1000-2000 TL arası

c) Akraba evliliği

d) 2000 TL ve üzeri

d)Kaçarak (kaçırarak)

e)Başlık parası ile

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

a)Evet

b)Hayır

13. Kimler?

14. Ne kadar süre:

.....

HASTALIK ÖZELLİKLERİ

Genel Özellikler

1. Hastalık başlangıç yaşı:
2. İlk dönemin tipi: 1) Mani 2) Depresyon 3) Karma 4) Hipomani 5) Belirsiz
3. Hastalık başlangıcından bu yana geçen süre (ay olarak):
Evlilik öncesi:
Evlilik sonrası:
Toplam:
4. Tanısal alt tip: 1) BPB I 2) BPB II 3) BPB BTA
5. Psikiyatrik ek tanı: 1) var 2) yok Varsa açıklayınız:.....
6. Dönemler arası tam iyileşme: 1) var 2) yok
7. Hastaneye yatış: 0) Hiç yok varsa sayısı;.....
8. Yaşam boyu psikotik dönem(≥ 1)
Psikotik bulgulu Manik dönem 1) var 2) yok
Psikotik bulgulu Depresif Dönem 1) var 2) yok
Psikotik bulgulu Karma Dönem 1) var 2) yok
9. Mevsimsellik (DSM IV kriterlerine göre) 1) var 2) yok
10. Özkıyım girişimi: 1) var 2) yok
11. şimdiki durumu belirlemeye yönelik ölçekler:

Young-Mani Derecelendirme Ölçek Puanı:

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçek Puanı:

12. Dönem sıklığı: (sayı/ süre; ay olarak)

(Hastalık başlangıcından evliliğe kadar)

/

(Evlilikten bugüne kadar)

/

(Hastalık başlangıcından bugüne kadar)

/

13. Son 2 yılda yaşanan hastalık dönemi sayısı:

14. Şu anda kullanılan toplam psikotrop sayısı :

İLAC	DOZ	SÜRE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

15. Bedensel hastalık: 1) var 2)yok

Varsa;

Tanıları:.....
.....
.....
.....

Kullandığı ilaçlar:.....
.....
.....
.....

Hastalık Dönemleri

Evlilik Öncesi

Dönem tipi	Sayısı	Dönem süreleri ortalaması (gün olarak)	Şiddete göre dönem sayısı Hafif/Orta/Ağır Pb (-)/Pb(+) Ağır			
Depresyon						
Mani						
Hipomani						
Karma						
Toplam						

Evlilik Sonrası

Dönem tipi	Sayısı	Dönem süreleri ortalaması (gün olarak)	Şiddete göre dönem sayısı Hafif/Orta/Ağır Pb (-)/Pb(+) Ağır			
Depresyon						
Mani						
Hipomani						
Karma						
Toplam						

Son 2 yılda yaşanan hastalık dönemleri

Dönem tipi	Sayısı	Dönem süreleri ortalaması (gün olarak)	Şiddete göre dönem sayısı Hafif/Orta/Ağır Pb (-)/Pb(+) Ağır			
Depresyon						
Mani						
Hipomani						
Karma						
Toplam						

Hastalık süresi boyunca yaşanan toplam hastalık dönemi

Dönem tipi	Sayısı	Dönem süreleri ortalaması (gün olarak)	Şiddete göre dönem sayısı Hafif/Orta/Ağır Pb (-)/Pb(+) Ağır			
Depresyon						
Mani						
Hipomani						
Karma						
Toplam						

16.Ailede psikiyatrik hastalık ya da özkıyım : ☐ 1) var 2) yok

Var ise; ☐ 1)BPB 2)BPB dışı DDB 3)Özkıyımla ölüm

4)Diğer (Belirtiniz)

.....
.....
.....
.....

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

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

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

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

41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	()	()	()	()
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()

EK-5

Hasta Adı soyadı:

Tarih:

BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ

DUYGUSAL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
1	Çevrenizde gelişen olaylara yönelik uygun duygusal tepkiler gösterebiliyor musunuz? (ağlanacak şeylere ağlıyor, gülmeyecekler gülebiliyor musunuz?)			
2	Çevrenizdekiler duygularınızın küntleştğini söylüyorlar mı?			
3	Arkadaş ortamında duygusal katılımınız size göre yeterli düzeyde oluyor mu?			

ZİHİNSEL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
4	Kitap yada gazete okurken, anlamakta güçlük çekiyor musunuz?			
5	Alışverişte basit hesapları zihninizden yapabiliyor musunuz?			
6	Sizden istenenleri kafanızda toparlayıp yerine getirmekte güçlük çekiyor musunuz?			
7	Sohbet ortamında, çevrenizde konuşulanlara yeterince kendinizi verebiliyor musunuz?			

CİNSEL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
8	Cinselliğe eskisi kadar ilgi duyuyor musunuz?			
9	Cinsel ilişkinin başlangıcında nefsinizin uyanmasında eskiye göre güçlük çekiyor musunuz?			
10	Cinsel ilişki sırasında eskisi kadar zevk alıyor musunuz?			
11	Cinsel ilişkinin sonunda eskisi kadar tatmin oluyor musunuz?			

DAMGALANMA HİSSİ

		Evet	Kısmen	Hayır
12	Hastalığınız nedeniyle kendinizi yetersiz ya da eksik gibi hissediyor musunuz?			
13	Çevrenizdeki diğer kişiler, sizin hastalığınızı biliyor olsalar, bu durum nedeniyle sizi aşağılar ya da eksikmiş gibi görürler mi?			
14	Başkaları hastalığınızı bilseler, bu durum evlenme konusunda sizin daha fazla zorluk yaşamınıza neden olabilir mi?			
15	Başkalarının hastalığınızı bilmeleri sizin bir işe alınmanızı daha fazla zorlaştırır mı?			

İÇE KAPANIKLIK

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
16	Günlük faaliyetlerinizi ne ölçüde başkalarıyla geçiriyorsunuz?			
17	Topluluk içinde ne kadar sohbete katılıyorsunuz?			
18	Misafir geldiğinde, onların yanında ne kadar bulunuyorsunuz?			

EV İÇİ İLİŞKİLER

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
19	Aile üyelerinin yanında ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
20	Ev içi sohbete ne ölçüde katılıyorsunuz?			
21	Ev içi işlere ne kadar yardım ediyorsunuz?			
22	Evde günlük ihtiyaçlara ne kadar katkıda bulunuyorsunuz?			
23	Evde ne kadar kendinizle ilgili konuşuyor, duygularınızı ifade ediyorsunuz?			
24	Evdeki genel sorunlarla ne ölçüde ilgileniyorsunuz?			

ARKADAŞLARIYLA İLİŞKİLER

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
25	Arkadaşlarınızla ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
26	Arkadaşlarınızla ne derecede iyi geçiniyorsunuz?			
27	Arkadaşlarınızın sorunlarıyla ne kadar ilgileniyorsunuz?			
28	Arkadaşlarınızla birlikte olmaktan ne derecede memnun oluyorsunuz?			
29	Akrabalarınızla ne derecede ilişkilerinizi sürdürüyorsunuz?			

TOPLUMSAL ETKİNLİKLERE KATILIM

		Nadiren	Bazen	Sıklıkla
30	Arkadaşlarla gezmeye gider misiniz?			
31	Arkadaşlarla parka gider misiniz?			
32	Arkadaşlarla kahveye gider misiniz?			
33	Arkadaşlarla maç seyretmeye gider misiniz?			
34	Arkadaşlarla kafeye/pastaneye gider misiniz?			
35	Arkadaşlarla sinemaya/tiyatroya gider misiniz?			
36	Arkadaşlarınız ne sıklıkta size ziyarete gelir?			
37	Ne sıklıkta dernek/kulüp faaliyetlerine katılırsınız?			

GÜNLÜK ETKİNLİKLER ve HOBİLER

	Aşağıdaki etkinliklere ne ölçüde katılıyorsunuz?	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
38	Alışverişe çıkma			
39	Evin faturalarını yatırma			
40	Müzik aleti çalma			
41	Çiçek yada bitki yetiştirme			
42	El işleriyle uğraşma			
43	Spor yapma			
44	Tamir işleriyle uğraşma			
45	Benzer etkinlikler için kurslara katılma (resim, boyama, daktilo vb)			

İNİSİYATİF ALMA ve POTANSİYELİNİ KULLANABİLME

	Aşağıdaki etkinlikleri ne ölçüde yerine getiriyorsunuz?	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
46	Kendisi için alışverişe çıkma			
47	İşsizse, iş başvurusunda bulunma			
48	Banka işlerini görme			

İş

		Evet	Kısmen	Hayır
49	Çalıştığınız işte emeğinizin karşılığını alıyor musunuz?			
50	Çalıştığınız işte sorumluluk alabiliyor musunuz?			
51	Çalıştığınız işte aktif/üretken görevde misiniz?			
52	Sık sık iş değiştirmek ve iş aramak durumunda kalıyor musunuz? (6 aydan kısa süreli iş deneyimleri)			

Not: Eğer işsizse, son çalıştığı dönem için sorgulayın

Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıdaki boşluğa yaşamınızda önemli bir yeri olan insanların listesini yapınız. Bu kişilerin yalnızca isimlerinin baş harfleri ile gösterdikten sonra yanlarına aranızdaki ilişkinin niteliğini (eş, anne, komşu, oğul, amca, doktor gibi) yazınız.

Aralarında 18 yaşından küçükler varsa yanına yaşını belirtin. (Örneğe bakınız)

Listedeki insanları sizin için ifade ettikleri öneme göre sıralayınız. Öyle ki yaşamınızdaki en önemli kişiyi 1, sonrakini 2 numaralı yere yazınız. Diğerlerini de buna uygun biçimde sıralayın. En çok 20 kişi sıralayabilirsiniz. Listeyi dilediğiniz yerde kesebilirsiniz ama kimseyi unutmaksızın sizin için önemli olan herkesi listeye katın.

ÖRNEK:

1. H.T. (Eşim)
2. K.T. (Kızım)
3. D.T. (Babam)
4. K.A. (Arkadaşım)
5. N.R. (Arkadaşım) gibi

- | | |
|-----|-----|
| 1. | 11. |
| 2. | 12. |
| 3. | 13. |
| 4. | 14. |
| 5. | 15. |
| 6. | 16. |
| 7. | 17. |
| 8. | 18. |
| 9. | 19. |
| 10. | 20. |

Güç bir durumda kalıp yardıma ihtiyacınız olduğunda bu insanlardan hangilerine güvenebilirsiniz? Bu kişileri yukarıdaki numara sırasına göre belirtiniz:

Aşağıda insanların aileleri ile ilişkileri sırasında yaşadıkları ve hissettikleri duygulara ilişkin ifadeler vardır. Amacımız her ifadenin size ne kadar uyduğunu öğrenmektir. Cümlelerin yanında üç seçenek vardır. Evet, Hayır ve Kısmen. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup, size en çok uyan seçeneği işaretleyin.

Evet Hayır Kısmen

1. Ailem ve akrabalarım gerektiğinde bana manen destek olurlar.
2. Nasıl davranacağım ya da ne yapacağım konusunda aile fertlerinden yararlı bilgiler alırım.
3. İnsanların çoğu ailelerine benim kendi aileme olduğumdan daha yakındır.
4. En yakın aile fertlerime derdimi açtığımda, bunun onları rahatsız ettiğini düşündüm.
5. Ailemdeki kişiler düşüncelerimi duymaktan hoşlanır.
6. Ailem özel ilgilerimin çoğunu paylaşır.
7. Ailemden bazı kişiler sorunları olduğunda ya da öğüde ihtiyaç duyduklarında bana gelirler.
8. Ailemin sevgi ve yakınlığına güvenirim.
9. Kendimi kötü hissettiğimde arayabileceğim ve daha sonra bundan pişmanlık duymayacağım bir yakınım var.
10. Ailem ve ben düşündüklerimizi birbirimize açıkça söyleriz.
11. Ailem kişisel isteklerimi anlayışla karşılar.
12. Ailemdeki kişiler sevgi ve yakınlığa ihtiyaç duyduklarında beni ararlar.
13. Sorunlarımı çözmede ailemin yardımlarını gördüm.
14. Ailemden birkaç kişiyle pek çok şeyimi paylaşıyorum.
15. Ailemdeki kişiler, nasıl davranacakları ya da bazı şeyleri nasıl yapacakları konusunda benim fikirlerimden yararlanırlar.
16. Aileme sırlarımı açtığımda kendimi huzursuz hissedirim.
17. Ailemdeki kişiler, canları sıkıldığında beni ararlar.
18. Aile fertlerimin, sorunlarını çözmede kendilerine oldukça yardımcı olduğumu düşündüklerini hissediyorum.
19. Başka insanların aksine benim, ailemden hiçbir kişiyle aramda fazla yakın ilişki yoktur.
20. Daha farklı bir ailem olmasını isterdim.

Aşağıda insanların arkadaşları ile ilişkileri sırasında yaşadıkları ve hissettikleri duygulara ilişkin ifadeler vardır. Amacımız her ifadenin size ne kadar uyduğunu öğrenmektir. Cümlelerin yanında üç seçenek vardır. Evet, Hayır ve Kısmen. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup, size en çok uyan seçeneği işaretleyin.

Evet Hayır Kısmen

1. Arkadaşlarım gerektiğinde bana manen destek olurlar.
2. İnsanların çoğu arkadaşlarına benim kendi arkadaşlarıma olduğumdan daha yakındır.
3. Arkadaşlarım düşüncelerimi duymaktan hoşlanır.
4. Bazı arkadaşlarım, sorunları olduğunda ya da öğüde ihtiyaç duyduklarında bana gelirler.
5. Arkadaşlarımın sevgi ve yakınlığına güvenirim.
6. Arkadaşlarımdan birinin bana kızdığını hissedersen bunu ona belli etmem.
7. Arkadaşlarımın arasında kendimi dışarıda hissederim.
8. Kendimi kötü hissettiğimde arayabileceğim ve daha sonra bundan pişmanlık duymayacağım bir arkadaşım var.
9. Arkadaşlarım ve ben düşündüklerimizi birbirimize açıkça söyleriz.
10. Arkadaşlarım kişisel isteklerimi anlayışla karşılar.
11. Arkadaşlarım sevgi ve yakınlığa ihtiyaç duyduklarında beni ararlar.
12. Sorunlarımı çözmede arkadaşlarım bana oldukça yardımcı olur.
13. Pek çok şeyimi paylaştığım birkaç arkadaşım var.
14. Arkadaşlarım, nasıl davranacakları ya da bazı şeyleri nasıl yapacakları konusunda benim fikirlerimden yararlanırlar.
15. Arkadaşlarıma sırlarımı açtığımda kendimi huzursuz hissederim.
16. Arkadaşlarım, canları sıkıldığında beni ararlar.
17. Arkadaşlarımın, sorunlarını çözmede kendilerine oldukça yardımcı olduğumu düşündüklerini hissediyorum.
18. Başka insanların aksine hiçbir arkadaşım ile aramda fazla yakın ilişki yoktur.
19. Geçenlerde bir arkadaşım bir konuda bana iyi bir fikir verdi.
20. Daha farklı arkadaşlarımın olmasını isterdim.

E) ÇİFTLER UYUM ÖLÇEĞİ

Birçok insanın, ilişkilerinde anlaşmazlıklar vardır. Lütfen aşağıda verilen maddelerin her biri için siz ve eşiniz (eşiniz sözcüğü evli iseniz karınız veya kocanız, evli değil iseniz birlikte yaşadığınız kişi anlamında kullanılmaktadır) arasındaki anlaşma veya anlaşamama ölçüsünü aşağıda verilen altı düzeyden birini seçerek belirtiniz.

	Her zaman anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Nadiren anlaşamayız	Sıkça anlaşamayız	Hemen her zaman anlaşamayız	Her zaman anlaşamayız
1-Aile ilgili parasal işlerin idaresi	()	()	()	()	()	()
2-Eğlenceyle ilgili konular	()	()	()	()	()	()
3-Dini konular	()	()	()	()	()	()
4-Muhabbet-sevgi gösterme	()	()	()	()	()	()
5-Arkadaşlar	()	()	()	()	()	()
6-Cinsel yaşam	()	()	()	()	()	()
7-Geleneksellik (doğru veya uygun davranış	()	()	()	()	()	()
8-Yaşam felsefesi	()	()	()	()	()	()
9-Anne baba ya da yakın akrabalarla ilişkiler	()	()	()	()	()	()
10-Önemli olduğuna inanılan amaçlar, hedefler ve konular	()	()	()	()	()	()
11-Birlikte geçirilen zaman miktarı	()	()	()	()	()	()
12-Temel kararların alınması	()	()	()	()	()	()
13-Ev ile ilgili görevler	()	()	()	()	()	()
14-Boş zaman ilgi ve uğraşlar	()	()	()	()	()	()
15-Mesleki kararlar	()	()	()	()	()	()

	Her zaman	Hemen hemen her zaman	Zaman zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
16-Ne sıklıkla boşanmayı, ayrılmayı ya da ilişkinizi bitirmeyi düşünür ya da tartışırsınız ?	()	()	()	()	()	()
17-Ne sıklıkla siz veya eşiniz kavgadan sonra evi terkedersiniz ?	()	()	()	()	()	()
18-Ne sıklıkla eşinizle olan ilişkinizin genelde iyi gittiğini düşünürsünüz ?	()	()	()	()	()	()
19-Eşinize güvenir misiniz ?	()	()	()	()	()	()
20-Evlendiğiniz (ya da birlikte yaşadığınız) için hiç pişmanlık duymıyorsunuz ?	()	()	()	()	()	()
21-Ne sıklıkla eşinizle münakaşa edersiniz ?	()	()	()	()	()	()
22-Ne sıklıkla birbirinizin sinirlenmesine neden olursunuz ?	()	()	()	()	()	()

	Her zaman	Hemen hemen her gün	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
23-Eşinizi öpermisiniz ?	()	()	()	()	()

	Hepsine	Çoğuna	Bazılarına	Çok azına	Hiçbirine
24-Siz ve eşiniz ev dışı ilgilerinizin-etkinliklerinizin ne kadarına birlikte katılırsınız ?	()	()	()	()	()

Aşağıdaki olaylar siz ve eşinizin arasında ne sıklıkla geçer ?

	Hiçbir zaman	Ayda birden az	Ayda veya defa	bir iki	Haftada bir veya iki kere	Günde iki defa	bir Günde	Günde birden fazla
25-Teşvik edici fikir alışverişinde bulunmak	()	()	()		()	()		()
26-Birlikte gülmek	()	()	()		()	()		()
27-Birşeyi sakince tartışmak	()	()	()		()	()		()
28-Bir iş üzerinde birlikte çalışmak	()	()	()		()	()		()

Eşlerin bazı zamanlar anlaştıkları bazen anlaşamadıkları konular vardır. Eğer aşağıdaki maddeler son birkaç hafta içinde siz ve eşiniz arasında görüş farklılığı veya problem yarattıysa belirtiniz (Evet veya Hayır'ı işaretleyiniz).

	Evet	Hayır
29-Seks için çok yorgun olmak	()	()
30-Sevgi göstermemek	()	()

31-Aşağıda ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki "mutlu" birçok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini gösterir. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinizi en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz ?

() Aşırı mutsuz	() Oldukça mutsuz	() Az mutsuz
() Mutlu	() Oldukça mutlu	() Aşırı mutlu
() Tam anlamıyla mutlu		