



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ BİPOLAR BOZUKLUK TANISI
OLAN HASTALARDA SALDIRGANLIK VE İNTİHAR DAVRANIŞI İLE
İLİŞKİSİ**

Vesile ADIGÜZEL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR

Gaziantep
2018



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ BİPOLAR BOZUKLUK TANISI
OLAN HASTALARDA SALDIRGANLIK VE İNTİHAR DAVRANIŞI İLE
İLİŞKİSİ**

Vesile ADIGÜZEL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR

Gaziantep
2018

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

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ BİPOLAR BOZUKLUK TANISI OLAN
HASTALARDA SALDIRGANLIK VE İNTİHAR DAVRANIŞI İLE İLİŞKİSİ**

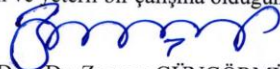
Vesile ADIGÜZEL

Tez Savunma Tarihi: 2.07.2018
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü


Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

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


Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.


Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR

Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

Dr. Öğr. Üyesi Leman KUTLU

Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR

Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

İmza



BEYAN

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

Vesile ADIGÜZEL

Temmuz 2018

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim sürecinde ve bu tezin yürütülmesinde benden hiçbir desteğini esirgemeyen, sevgi dolu, sıcakkanlı, anaç yapısıyla bana her zaman destek olan danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR' e,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca engin bilgilerini benimle paylaşan Anabilim Dalı Başkanım Sayın Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ, Sayın Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR' a ve Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ' e,

Yüksek Lisans Eğitimimin zorlu ve keyifli dönemlerinde yanımda olan yüksek enerjili, güler yüzlü ve duygusal arkadaşım Neslihan Gülşah HANÇER' e,

Yüksek Lisans eğitimimin her aşamasında başarılarım ve iyiliğim için sevgisini, emeğini ve yardımlarını benden hiçbir zaman esirgemeyen, her adımda yanımda olan çok kıymetli hayat arkadaşım Taner ADIGÜZEL' e ve çocuklarımız İdil ve Yaren' ime,

Beni en iyi şekilde yetiştiren ve her zaman yanımda olan sevgili annem, babam ve kardeşlerime,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Vesile ADIGÜZEL
Gaziantep, 2018

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
BEYAN	I
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER	III
KISALTMALAR	V
TABLolar DİZİNİ	VI
GRAGİKLER DİZİNİ	IX
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Bipolar Bozukluğun Tanımı	5
2.1.1. Bipolar Bozukluğun Tarihçesi.	5
2.1.2. DSM-V’ te Duygudurum Bozuklukları Sınıflandırılması.	6
2.1.3. Epidemiyoloji.....	7
2.1.4.Etiyoloji	8
2.1.4.1. Genetik	8
2.1.4.2. Psikososyal Etkenler	9
2.2. Çocukluk Çağı Travmaları	9
2.2.1 Çocukluk Çağı Travmaları ve Bipolar Bozukluk	10
2.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	11
2.3. Saldırganlık	12
2.3.1.Saldırganlık ve Bipolar Bozukluk.....	14
2.3.2. Saldırganlık ve Hemşirelik Yaklaşımı.	14
2.4. İntihar	16
2.4.1. İntihar ve Bipolar Bozukluk	17
2.4.2. İntihar ve Hemşirelik Yaklaşımı	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1 .Araştırmanın Türü.....	20

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	20
3.3.Araştırmanın Evreni.....	20
3.4.Araştırmanın Örneklemi	20
3.5.Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri	20
3.6.Veri Toplama Araçları	21
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	21
3.6.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	21
3.6.3. Buss-Pery Agresyon Ölçeği.....	22
3.6.4. İntihar Olasılığı Ölçeği.	23
3.7.Araştırmanın Etik İlkeleri	23
3.8.Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.9. Süre ve Olanaklar	24
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	24
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	71
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	88
7. KAYNAKLAR.....	92
8. EKLER	97
9. ÖZGEÇMİŞ	108

KISALTMALAR

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travması Ölçeği

BPAÖ: Buss-Pery Agresyon Ölçeği

İOÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

WHO: World Health Organization

DSM-5: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Sosyodemografik Dağılımı.	25
Tablo 2: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Çocukluk Çağı Travması Ölçeği, Buss-Perry Agresyon Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Alınan Puan Ortalamaları.	30
Tablo 3: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Çocukluk Çağı Travması Ölçeği (ÇÇTÖ), Buss-Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ) ve İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)Puan Ortalamaları Arasındaki Kolerasyon.	35
Tablo 4: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Cinsiyetlerine Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 5: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Yaş Gruplarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 6: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Yaşadığı Yerlere Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 7: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Medeni Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 8: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Sahip Oldukları Çocuk Sayılarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	41
Tablo 9: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Meslek Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 10: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Çalışma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	44

Tablo 11: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Hastalıklarının Çalışma Durumlarına Etkisine Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 12: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Gelir Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 13: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 14: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Eşinin Eğitim Durumuna Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 15: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Eşlerinin Fiziksel Rahatsızlığı Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 16: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Evde Yaşayan Kişilerin Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 17: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların İlk Tanı Yaş Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 18: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Ailede Bipolar Öyküsünün Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 19: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Ailede Psikiyatrik Hastalık Öykü Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 20: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların İlaçları Düzenli Kullanma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 21: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Kontrollerine Düzenli Gelme Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 22: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların İntihar Girişimleri Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 23: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların İntihar Düşünceleri İle Baş Etme Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	61

Tablo 24: Bipolar Bozukluğu Olan Hastalara Destek Olan Birinin Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	62
Tablo 25: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Aile ve Arkadaş Desteği Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	63
Tablo 26: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Ailede İntihar Girişimi Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	64
Tablo 27: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Kendilerine Yönelik Şiddet Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	65
Tablo 28: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Başkalarına Yönelik Şiddet Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	67
Tablo 29: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Sigara Kullanım Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	68
Tablo 30: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Alkol Kullanım Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	69
Tablo 31: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Madde Kullanım Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	70

GRAFİK DİZİNİ

Grafik No:

Grafik 1: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Yaşadıkları Çocukluk Çağı Travma Türlerinin Dağılımı..... 32



ÖZET

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ BİPOLAR BOZUKLUK TANISI OLAN HASTALARDA SALDIRGANLIK VE İNTİHAR DAVRANIŞI İLE İLİŞKİSİ

Vesile ADIGÜZEL

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR

Temmuz 2018, 108 sayfa

Bu çalışma çocukluk çağı travmalarının bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda saldırganlık ve intihar davranışı ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Ocak - Haziran 2018 tarihleri arasında Siirt’ te bir devlet hastanesinde bipolar bozukluk tanısı almış remisyonda olan ayaktan tedaviye başvuran 112 poliklinik hastaları ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Buss-Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ) ve İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) kullanıldı. Bipolar bozukluğu olan hastaların %89,3’ünde fiziksel ihmal, %74,1’inde duygusal ihmal, %75,9’unda fiziksel istismar, %79,5’inde duygusal istismar ve cinsel istismar ise hastaların %40,2’sinde belirlendi. Hastaların ÇÇTÖ toplam puanı $66.8 \pm 19,2$, BPAÖ toplam puanı $94,6 \pm 28,8$ ve İÖÖ toplam puanı 85.3 ± 17.9 olarak tespit edildi. ÇÇTÖ ile BPAÖ ve İÖÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde bir ilişki saptandı ($p < 0.05$). BPAÖ ile ÇÇTÖ arasında ($r = .325^{**}$; $p < 0.05$) ve ÇÇT alt ölçeği olan duygusal istismar ($r = .350^{**}$; $p < 0.05$), fiziksel istismar ($r = .354^{**}$; $p < 0.01$), fiziksel ihmal ($r = .313^{**}$; $p < 0.05$) ve duygusal ihmal ($r = .316^{**}$; $p < 0.05$) ile aralarında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulundu. BPAÖ ile ÇÇT alt ölçeği cinsel istismar ile arasında herhangi bir ilişki saptanmadı ($p = .114$). İlaçlarını düzenli kullanma durumları ve başkalarına yönelik şiddet durumları ile ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Bipolar hastaların saldırganlık ve intihar girişimlerinin çocuklukta yaşamış olduğu travma durumu ile ilişkili olduğu saptandı. Bipolar bozukluk tanılı hastaların sosyodemografik özellikler göz önünde bulundurularak çocukluk çağı travmasının öyküsü yönünden değerlendirilmesi, saldırganlık ve intihar girişimini önlenmek amacıyla psikiyatrik destek sağlanması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, Çocukluk Çağı Travması, İntihar, Saldırganlık, Hemşirelik

ABSTRACT

The Relationship Between Aggression And Suicidal Behavior İn Patients With Bipolar Disorder Having Childhood Traumas

Vesile ADIGÜZEL

Master Thesis, Department of Nursing

Master Degree Programme

Thesis Advisor:

Asst. Prof. Nurgül ÖZDEMİR

July 2018, 108 page

This study was made as a descriptive study to determine the relationship between childhood trauma and aggression- suicidal behavior in patients with bipolar disorder. This study was conducted with 112 outpatients who were diagnosed with bipolar disorder at remission period in Siirt state hospital between January and June 2018. Personal Information Form, Childhood Trauma Scale (CTS), Buss-Perry Aggression Scale (BPAS) and Suicide Probability Scale (SPS) were used in order to collect the data. It was determined that patients with bipolar disorder have 89.3% of physical neglect, 74.1% of emotional neglect, 75.9% of physical abuse, 79.5% of emotional abuse and 40.2% of sexual abuse. It was assessed that the total score of CTS is $66,8 \pm 19,2$, the total score of BPAS is $94,6 \pm 28,8$ and the total score of SPS is $85,3 \pm 17,9$. It was detected a significant positive correlation between CTS, BPAS and SPS statistically ($p < 0.05$). There was a weak positive relationship between BPAS, CTS ($r = ,325^{**}$; $p < 0.05$) and subscale of CTS which are emotional abuse ($r = ,350^{**}$; $p < 0.05$), physical abuse ($r = ,354^{**}$; $p < 0.01$), physical neglect ($r = ,313^{**}$; $p < 0.01$) and emotional neglect ($r = ,316^{**}$; $p < 0.01$). There was no relationship between BPAS and sexual abuse, subscale of CTS ($p = ,114$). It was observed statistically a significant difference between whether the regular use of drugs, violence against others and total score of CTS, BPAS and SPS ($p < 0.05$). It was determined that the aggression and suicide attempts of bipolar patients are related with the trauma situation that they experienced in childhood. It is suggested that patients diagnosed with bipolar disorder should be evaluated with regards to childhood trauma history by taking into consideration sociodemographic characteristics and psychiatric support for them in order to prevent aggression and suicide attempts.

Key Words : Bipolar Disorder, Childhood Trauma, Suicide, Aggression, Nursing

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bipolar bozukluk, bireysel ve toplumsal uyum bozukluğuna neden olan, genel olarak uzun süreli ve yineleyici olup, hasta ve ailesini büyük ölçüde etkileyen bir ruhsal hastalıktır (1, 2). Dünya Sağlık Örgütü (WHO)' nün yetersizlik sıralamasında altıncı olan bu hastalığın (3) yaşam boyu yaygınlığının %0,5-1,7 (ort: %1) alt tipleri ile birlikte düşünüldüğünde ise bunun %7.8' e kadar ulaştığı bildirilmektedir (4).

Bipolar bozukluğu olan hastalarda büyük oranda çocukluk çağı travma öyküsüyle karşılaşılmaktadır. Bipolar bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travmasının varlığı hastalığın daha erken dönemde başlamasına ve saldırganlık davranışlarının görülmesinde etkilidir. Bununla birlikte erken dönemde yaşanan travmatik olayların, ihmal ve istismar gibi olumsuz etkenlerin, bireylerin ilerleyen dönemlerde duygudurum bozukluğuna yakalanma olasılığını artırdığı belirtilmektedir (5). Hastalığın ilk atak durumlarının genellikle yaşanan bir stres ile tetiklenmesinden yola çıkarak, son zamanlarda bipolar bozukluğun psikososyal nedenleri üzerine de çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (6).

Travma, bireyin bedensel ve ruhsal varlığını etkili şekillerde sarsan ve zedeleyen her türlü durum için kullanılır. Travma kavramı, bireyin kendisinin ya da çevresindekilerin yaşadığı bedensel ve ruhsal varlığına büyük bir tehlike olarak, aniden gelen ağır örseleyici olayları kapsamaktadır (7). Bu yaşantılar kişinin ruhsal yapısı üzerinde kalıcı izler bırakır. Travma, çocukluk dönemlerinde yineleyici olduğunda erişkinliğe dek uzanan ruhsal hasarlara sebep olabilir (8). Bipolar bozukluk hastalarıyla yapılan çalışmalarda, hastalıkların gidişinin başlangıcında ortaya çıkan depresif ve manik nöbetleri tetikleyen toplumsal-kültürel özelliklerin olduğu görülmüştür. Bu süreçte yaşanan manik ve depresif dönemlerde biyolojik etkenler ve çocukluk döneminde karşılaşılan travmatik olayların da kalıcı etkiler bırakabileceği ifade edilmiştir (9). Çocukluk çağı travmatik yaşantıların, bipolar bozukluğa yatkınlığın ve hastalığın klinik seyrini etkileyebilirken agresyon davranışı ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Gelişim süreci içerisinde dürtüsellik ve agresyonun ortaya çıkışını araştıran çalışmalar, yaşamın erken dönemlerindeki travmatik deneyimlerle ilişkisini ortaya koymuştur. Erişkindeki öfke ve saldırganlık durumlarının çocuklukta maruz kalınan fiziksel ve cinsel istismar ile bağlantılı olduğu belirtilmiştir (10).

Öfke, zarar gördüğümüz durumlarda, ihtiyaçlarımız veya isteklerimiz karşılanmadığında, haksızlığa uğradığımızda duygularımızı içeren bir ifade biçimidir. Bastırılmış öfkenin, depresif belirtilerin artmış riskleri ve şiddetli davranış ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir (11). Çalışmalar, erişkin dönemdeki agresyon durumlarında bireyin çocukluğunda yaşamış olduğu travmalarının etken olabileceğini göstermektedir (12). Bipolar bozuklukta agresyon, özellikle manik ve karma nöbetlerde öne çıkmakta ve bununla beraber bir intihar girişimi görülmektedir (13).

Dünyanın çeşitli ülkelerinde intihar istatistikleri incelendiğinde, intiharlar edenlerin %90'ından fazlasında, ölüm öncesi dönemde bir ya da birden fazla ruhsal bozukluk olduğu tespit edilmiştir. En sık görülen tanılar arasında majör duygudurum bozuklukları, şizofreni ve madde kullanım bozuklukları yer alır (14). Bipolar bozukluğu olan hastaların %25-50'si ciddi özkıyım girişiminde bulunmaktadır (13).

Uçar (2016) çalışmasında anksiyete, duygudurum, disosiyatif ve somatizasyon bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozuklukla çocukluk çağı travması arasında bir ilişki olduğu; olumsuz deneyimlere maruz kalan çocukların depresyon, anksiyete bozuklukları ya da her bozukluğun gelişimi açısından artmış risk altında olduğu belirtmektedir (6).

Bipolar bozukla ilgili çalışmalar, yüksek öfkenin, hastaların ömrü boyunca devam eden bipolar bozukluğun temel bir klinik özelliğini temsil ettiğini ortaya koymaktadır (15). Çalışmalarda bu durumun, öfkenin şiddetinin artması, bipolar bozuklukta şiddetli suç oranları ve intihar eğilimi oranlarının artması da dâhil olmak üzere zararlı sonuçlar ile ilişkili olduğu görülmüştür (16).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma çocukluk çağı travmalarının bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda saldırganlık ve intihar davranışı ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk

Daha önceleri ‘*piskoz manyak depresif*’ olarak adlandırılan Bipolar (iki uçlu ya da iki kutuplu) bozukluk (BB), belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma (miskt) görünümlü epizotlarla giden ve bunlar arasında kişinin oldukça sağlıklı duygu durumu haline (ötimi) dönebildiği (17), kronik seyirli ve yaşam boyu yineleme ve remisyonlarla seyreden bir halk sağlığı sorunudur (18).

2.1.1. Bipolar Bozukluğun Tarihçesi

Bipolar bozukluğunun tarihsel geçmişine bakıldığında farklı zamanlarda farklı isimlerle adlandırıldığını görürüz. Mani ve depresyon arasındaki ilişki eski zamanlardan beri tartışılmalı bir konudur. Hipokrat, melankoliyi ‘uykusuzluk, iritabilite, iştahsızlık’ şeklinde tanımlamış ve ruhsal bozuklukların kaynağının insan vücudunda yer alan kan, sarı safra, kara safra ve balgam olduğunu ileri sürmüştür. Aristoteles ise melankolik rahatsızlıklar için beyin yerine kalbe odaklanmıştır (19). Mani terimini çılgınlık olarak ifade eden Aretaeus ise mani ve melankoli arasında bir ilişki olduğunu öne sürmüştür ve bu ruhsal hastalığın kadın ve gençlerde daha sık görüldüğüne, dönemselliğine ve süreğenliğine değinmiştir (20). Falret, 1850’lerde yaptığı boylamsal gözlemler sonucunda ‘folie circulaire’ (döngüsel delilik) kavramını ortaya atmış ve depresyon ile duygu durumun yükseldiği durumlar arasında bir ayırım yapmıştır. Benzer dönemde Baillarger, manik ve melankolik şeklinde döngüsel olan epizodları tanımlamak için ‘folie à double forme’ terimini kullanmıştır. 19.yy’a gelindiğinde ise modern psikiyatrinin babası olarak bilinen Emil Kraepelin, tüm duygulanım bozukluklarını ‘manik depresif delilik’ başlığı altında toplamıştır (21).

Kraepelin psikotik özellikli duygudurum bozuklukları, çekirdek belirtilerindeki benzerlikler, hastalığa dair aile öyküsünün bulunması ve özellikle de hayat boyunca tekrarlayan alevlenme ve iyileşme dönemleriyle seyretmelerine rağmen belirgin yıkıma sebep olmayan prognostik özellikleri nedeniyle bu hasta grubunu “dementia precox” ‘dan (günümüz şizofrenik bozukluklar) ayırarak farklı bir kategori altında değerlendirmiştir (22).

1980’de Amerikan Psikiyatri Birliği; Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve İstatistiksel El kitabı (DSM-III)’nın üçüncü baskısında ‘*manik-depresif bozukluk*’ için tanısal kategori olarak Bipolar bozukluk terimini kabul etmiştir (4).

DSM – IV-TR (2000) ‘Duygudurum Bozukluğu’ başlığı altında tanımlamıştır (23).

2013 yılında oluşturulan DSM-V’te duygudurum bozuklukları üst başlığı kaldırılmış, tanı ölçütleri “*Depresif Bozukluklar*” ve “*Bipolar ve İlişkili Bozukluklar*” şeklinde birbirinden ayrı iki bölümde verilmiştir (24).

DSM-IV-TR’deki Diğer Duygudurum Bozuklukları kaldırılmış, başka bir tıbbi duruma ya da ilaç veya madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan klinik tablolar her iki tanı seti için alt grup olarak tanımlanmıştır. Başka türlü adlandırılmayan (BTA) bipolar bozukluk ise tanımlanmış ve diğer tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk olarak iki alt grupta incelenmiştir. DSM-V, bipolar bozukluk hastalık dönemlerine ait tanı ölçütlerinde kimi değişiklikler yapmıştır. Dönem belirleyicilerine bunaltılı sıkıntı eklenmiş, postpartum dönem belirleyicisi peripartum olarak değiştirilmiş ve karma dönem ayrı bir hastalık dönemi olarak tanımlanmaktan çıkarılarak depresyon ve mani/hipomani dönemlerinin belirleyicilerinden biri olarak tanımlanmıştır. Major depresif döneme ait tanı ölçütlerinde bir değişiklik yapılmazken, manik ve hipomanik dönemlerin A tanı ölçütüne kabarmış duygudurumun yanında amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte artış eklenmiştir. DSM-V’teki bir diğer farklılık ise mani/hipomani belirtilerinin, antidepresan bir tedavi (örn: elektrokonvülsif tedavi, ilaç tedavisi) sırasında ortaya çıkması ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde hastalık tablosu düzeyinde sürmesi durumunda manik/hipomanik dönem tanısı için yeterli kabul edilmesidir (23,24).

2.1.2. DSM 5’te Duygudurum Bozuklukları Sınıflaması

- 1. İkiüçlü (bipolar) I Bozukluğu:** Kişinin hayatı boyunca bir mani dönemi ya da karma dönem geçirmiş olmasıdır. Mani döneminin öncesinde ya da sonrasında hipomani veya majör depresyon evreleri bulunur.
- 2. İkiüçlü (Bipolar) II Bozukluğu:** Bir ya da birden çok hipo-mani ile birlikte tekrar eden majör depresyon atakları görülür. Hasta hipomani ve depresyon belirtileri gösterebilir. Hasta mani belirtilerini hiç yaşamamıştır (24).

3. **Siklotomik Bozukluk:** en az iki yıl süreyle, hipomanik epizod kıstaslarını karşılamayan yükselmiş mood belirtilerinin olduğu pek çok epizod ve belirli aralıklarla yineleyen depresyon belirtilerinin bulunduğu bozukluktur (25).
4. **Maddenin / İlacın Yol Açtığı İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk:** bir maddenin (örneğin ilaç kötüye kullanımı, ilaç alımına maruz kalma) fizyolojik etkilerinin doğrudan bir sonucu olduğu belirtilmektedir (4).
5. **Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk:** Diğer bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkileri sonucu olduğu düşünülen normal dışı, sürekli taşkın, irritabl duygudurum aşırı hareketlilik ve enerji ile karakterize bir tablodur (24).

Mani Dönem Belirtileri:

Bu dönemde bipolar hastalarda öfori, fikir uçuşmaları, basınçlı konuşma, uyku gereksiniminde azalma, benlik saygısında aşırı artma veya grandiyözite görülür. Konuşmalarında dinleyicinin tepkilerine bakmaksızın şakalar ve espriler vardır. Genel hali neşeli, komik ve eğlencelidir. Hastalarda irritabl ve agresyon durumlarının da görüldüğü, dikkat çekici şekilde makyaj ve giyinme, alkol ve madde kötü kullanımı ve aşırı alışveriş yapmaları gibi belirtiler gözlenir (24).

Major Depresyon Dönem Belirtileri:

Bipolar bozuklukta depresyon durumları mutsuzluk, hüznün, cesaretinde kırılma (libido azlığı), uykusuzluk (toplam uyku süresinde azalma, uykuya dalmada güçlük), iştahta azalma, umutsuzluk, bunaltı ve karamsarlık hakimdir. Konsantrasyon eksikliği, suçluluk duyguları, sosyal geri çekilme, iş, arkadaş ve aile ilişkilerinde ihmalle kendini gösterir (24).

2.1.3. Epidemiyoloji:

Geçmişte yaşam boyu sıklığı %1 olarak varsayılan ancak, son yıllarda bir spektrum olarak düşünüldüğünde %5 oranlarında görüldüğü tahmin edilen bipolar bozukluk oldukça önemli bir sağlık sorunu olup büyük ölçüde sosyal ve ekonomik sonuçlar doğurmaktadır (26, 27).

Bipolar bozuklukta erkek ve kadın dağılımları, tüm alt gruplar birlikte analiz edildiğinde değer yaklaşık olarak 1/1 eşittir (28). Bazı araştırmalarda kadınların dönemsel depresyon, hızlı döngülü, depresif ve karma dönemler fazla görülürken erkeklerde ise manik dönemle başlaması yaygındır (29,30).

Kulasızoğlu ve ark.'nın 2009 yılında bipolar hastaları üzerinde yaptıkları çalışmalarında; genetik yatkınlığın hastalıkta önemini belirtirken, bunun yanında psikososyal ve çevresel etkenlerin de hastalığın oluşumunda etkili olduğunu öne sürmüştür. Özellikle ilk birkaç hastalık döneminde genellikle tetikleyici bir psikososyal olayın saptandığı, genetik olarak var olan yatkınlığın dış bir olayla tetiklenerek, ilk hastalık dönemlerinin ortaya çıkmasına neden olduğu belirtilmiştir (31).

Bireylerin medeni durumlarına göre yaygınlığına bakıldığında, bipolar bozukluğun evlilerden ziyade boşanmış ve bekârlarda daha fazla görüldüğü; bu farkın sebebi olarak bozukluğun erken yaşta başlaması ve aile içi geçimsizliğe yol açması gösterilmektedir (32).

2.1.4. Etiyoloji:

Hastalığın kesin nedeni bilinmemekle birlikte, biyolojik ve psikososyal etkenler birbirleri ile etkileşerek duygulanım bozukluklarına neden olurlar (33).

2.1.4.1. Genetik:

Yapılan aile çalışmaları hastalığın genetik temelleri olduğunu göstermektedir. Bipolar bozukluğun toplumdaki görülme sıklığı %1 civarındayken bu hastaların birinci derece yakınlarında hastalığın görülme sıklığı sağlıklı topluma göre 5-10 kat arttığı bildirilmiştir. Monozigot ikizlerde, birlikte hastalanma oranı %60 iken, çift yumurta ikizlerinde %20 tespit edilmiştir (34). Biyolojik anne babasında duygudurum bozukluğu öyküsü olan çocuklar sağlıklı anne babaya evlatlık verildiğinde bu çocuklarda bipolar bozukluğu görülme oranının yüksek olduğu belirtilmiştir. Biyolojik anne babasında bipolar bozukluk olmayan çocuklar, hasta anne babaya evlatlık verildiğinde ise bipolar bozukluk riskinin normal topluma göre artmadığı saptanmıştır (17, 35).

2.1.4.2. Psikososyal Etkenler:

Psikososyal stresin ilk ve onu takip eden epizodların olasılığını arttırdığı görülmüştür. Çocukluğun erken dönemlerinde anne yoksunluğu, anne –babadan uzun süre ayrı kalma gibi nedenlerle bebeklikte yaşanan bir depresyonun, yaşamın ileriki dönemlerinde yaşanılacak duygu durum bozukluğu için önemli bir yatkınlık kaynağı olduğu belirtilmektedir (33). Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin, kontrol grubuna göre daha fazla travmatik olaylara maruz kaldığı, daha az olumlu durumlar yaşadığı görülmüştür (5). Düşük sosyoekonomik durum ve olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma ve yüksek duygu dışı vurumun kötü prognozla ilişkili olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (36). Çocukluk çağı istismarının psikopatolojik bozukluklarla ilişkisi olduğu, özellikle depresyon ve bipolar bozukluk üzerinde etkisi olduğu literatürde tanımlanmıştır ancak bu tanımlamaya odaklanan çalışmalar daha azdır (37).

2.2. Çocukluk Çağı Travmaları:

1999 yılında WHO çocuk istismarı veya çocuğa karşı kötü muameleyi; “sorumluluk, güven ve yetenek ile ilgili genel durumunda çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ve değerine zarar verebilen, fiziksel ve/veya emosyonel kötü davranışı, ihmali, her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren davranışlar” olarak tanımlamıştır (38).

Terr 1991’ de çocukluk çağı travmasını, çocukta başa çıkma mekanizmalarını kıran, çaresiz hissettiren, ani ve devam eden dışsal saldırı olarak tanımlamıştır (6). Çocukluk çağının, travma açısından riskli olduğu ve bu olaylar ruhsal açıdan baş edilemez olduğunda etkilerinin yetişkinlikte devam eden ve bireyin yaşamında olumsuz etkiler bırakan, ruhsal ve davranışsal sorunlara neden olabildiğidir (39). Bilir 1991 yılında çocuğa fiziksel ceza verme sıklığı ve buna ilişkin problem durumlarının incelendiği çalışmada, araştırmaya katılan 16 bin çocuktan %33.5’inin fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit etmiştir (40).

Fiziksel istismar, bir kişinin 18 yaşından önce ona bakmakla yükümlü olan kişi tarafından bedensel bütünlüğünün bozulması sonucu çocuğun fiziksel hasara uğramasıdır. Çocuğun kaza dışı yaralanmasıdır (41).

Cinsel istismar, çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel açıdan doyum ve uyarı için sömürmesi, pornografi, fuhuşa zorlanması, gibi suçlarda cinsel nesne olarak kullanılmasıdır (38,44).

Duygusal istismar, ruhsal sağlıkta bozulmalar yaratacak biçimde, ağır sözel tehditler alma, alay edilerek küçük düşürücü yorumlara uğramak, eleştirilme ve aşağılanma durumlarının var olmasıdır (42)

İhmal, çocuğun bakımından sorumlu olan bireylerin çocuğun sevgi, barınma, beslenme, eğitim ve güven gibi temel gereksinimlerini karşılamada görevlerini yerine getirmemesidir(43).

Fiziksel ihmal, 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin yetersiz besleme, giydirme, hijyen ya da bakım verme sonucunda zarara uğramasıdır (44).

Duygusal ihmal ise yeterli duygusal destek sağlamamak, ilgi ve sevgi göstermemek ve çocuğun şiddetle karşı karşıya kalmasına izin vermek olarak tanımlanır (45).

Unicef' in (2010) araştırmasına göre erkek çocuklar sırasıyla baba, büyük kardeş, arkadaş, öğretmen ve tanımadıkları biri tarafından istismara uğramaktadır. Kız çocukları ise daha çok anne, baba, öğretmen, arkadaş ve büyük kardeşler tarafından istismar edilmektedir (46).

Erken yaşta yaşanan bu örselenmelerin çocukta yarattığı etkiye bakıldığında, istismar öyküsü; anksiyete, depresyon, intihar davranışı, madde bağımlılığı, posttravmatik stres bozukluğu ve borderline kişilik bozuklukları ile sonuçlanabilmektedir (47). Kişiler arası ilişkilerde fiziksel istismara uğramış kişilerde intihar düşünceleri, saldırganlık ve suça yönelik davranışlar birliktelik gösterir. Bu kişilerde sosyal etkileşimde azalma, arkadaş ilişkilerini normalden az olması ve daha yoğun içe atım sorunları görülürken, cinsel istismara uğrayan kişilerin insan ilişkilerini kurmada ve sosyal ilişkileri sürdürmede olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir. Bu kişilerin ya ilişki kurmaktan kaçındıkları ya da aşırı yakınlık gereksinimi duyup çok sayıda, fazla beklentili ve kontrol edici ilişki kurdukları gözlenmektedir (44).

2.2.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Bipolar Bozukluk

Çocukluk dönemi travmatik yaşantılarının, bipolar bozuklukta sık görüldüğü bildirilmiştir (48). Uçar 2016 yılında bipolar hastalar üzerinde yapmış olduğu çocukluk çağı travmalarının etkileri sonucunda, çocuğun gelişimi sırasında yaşanan istismar ve ihmal deneyimlerin erişkinlik döneminde yaşanan akut ya da kronik stres karşısında

fiziksel ve ruhsal hasarlara yatkınlık oluşturduğunu saptamıştır. Anksiyete, duygudurum gibi birçok ruhsal bozuklukla çocukluk çağı örselenmesi arasında ilişki olduğunu belirtmiştir (6) Garno ve ark. 2005'te yaptığı araştırmada bipolar bozukluğu olan hastaların %37'sinin duygusal istismar, %24'ünün fiziksel istismar ve %21'inin cinsel istismar, %24'ünün duygusal ihmal ve %12'sinin de fiziksel ihmale maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Bipolar bozukluk hastalarıyla yapılan çalışmalarda, bu bireylerin hastalıklarının başlangıcında ortaya çıkan depresif ve manik nöbetleri tetikleyen durumların, toplumsal ve kültürel özellikler olduğu görülmüştür. Bu süreçte yaşanan manik ve depresif dönemlerde biyolojik etkenler ve çocukluk döneminde karşılaşılan travmatik olayların da kalıcı etkiler bırakabileceği öne sürülmüştür (37).

Çocukluk çağında istismar ve ihmal durumlarına maruz kalanlarda bipolar bozukluk daha erken yaşta başlamakta, bu kişiler daha sık duygudurum atağı geçirmekte ve daha fazla ek tanı aldığı ifade edilmiştir (49).

2.2.2.Çocukluk Çağı Travmaları ve Hemşirelik Yaklaşımı:

Son 20 yılda psikolojik ve ruhsal travmaların bireyler, aileler, topluluklar ve toplum üzerinde etkisinin öneminin farkına varılması büyük ölçüde artmıştır. Hemşireler, bütünsel çalışan ve doğrudan bakım sağlayıcıları olarak rol oynamaktadırlar. Bu sebepten hemşirelik yaklaşımında amaç; bireyin kapsamlı, etkin ve koordine bir bakım almasını sağlamaktır. Bu sürecin yöneticisi olan hemşire, bireyleri özel olarak değerlendirmeli ve her bireyin biyolojik, sosyal, ruhsal ve kültürel özelliklerine de dayanarak bakımını gerçekleştirmelidir (50). Çocukluk çağı travmalarının hemşirelik yaklaşımları oldukça sınırlıdır. Hemşirelerin travmaya dayalı bakım ile ilgili anlayış ve deneyimlerinin varlığı hastada kaybolan güven duygusunu kazanmada oldukça etkilidir. Bireylerin uğramış olduğu travma hakkında bilgi sahibi olmak hemşirelik yaklaşımının en birinci kuralıdır. Sonrasında yapılacak adımları sıralamak gerekirse;

- i. Hemşirelerin hastalara tedavi sunarken fizyolojik ve psikolojik olarak bütüncül yaklaşımda bulunması gerekir.
- ii. Hastanın hastalığını kabullenmesi sağlanması, hastayı destekleyerek sürecin çabuk atlatılmasına yardımcı olunmalıdır.
- iii. Hemşirenin, hastalar için nasıl güvenilir terapötik ilişki sağlayacağını bilmesi ve kişilerarası ilişkiler kurabileceğini belirlemesi önemlidir. Çünkü insanlara güven

vermek zordur ve zaman alır; oluşan bu güveni geliştirmek ve korumak da önemlidir. Hastaya zaman ayırmalı ve kendisini önemseydiğimizi hissettirmeliyiz.

iv. Hastanın zayıf yönlerinden ziyade güçlü yönlerini açığa çıkarmak, diğer bir ifadeyle “bu olay yüzünden artık her şey bitti” durumundan “bu olay bana bir şeyler öğretti ve yaşamıma devam edebilirim” durumuna geçmeyi sağlamak, bireyin kendine olan güvenini kazanmasına yardımcı olacaktır.

v. Ön yargıların ötesine geçmek ve yardım etmek için hemşirelerin hastalarını desteklerken; “Ne derse desin ya da ne olursa olsun sana kesinlikle önem veririm benimle paylaş” ifadesini kullanması önemlidir. Empati kurmak; o kişinin yanında yürüyorum ve yanında olurumu hissettirmek, o kişinin konuşma ve konuşma kapılarını açmaya devam etmek hastanın duygularını açığa çıkarmada önemli bir unsurdur (50, 51, 52, 53).

Çocukluk çağı travması yaşayan kişilerin, erişkinlik dönemlerinde olası etkilerini azaltması için psikoterapi ve psikoeğitim ile desteklenmesi gerekir. Hemşireleri, hasta ve ailelerle tedavinin birçok bölümünde iş birliği içinde olduklarından, hasta ve ailelerin ihtiyaçlarının belirlemede ve bunlara yönelik psikoeğitim programları hazırlamada özel bir konuma sahiptirler yalnız sayı olarak yetersiz olunması verilen bu psikoeğitimin istenilen düzeye ulaşmasını engellemektedir (54). Tedavi ve bakım sırasında hemşireler tarafından hastalara verilen eğitimin; en üst sağlık düzeyinin korunmasında, hastalığın ciddiyetinin ve hastanın yaşadığı anksiyete, depresyon, hastalık bulgularının ve hastanede kalış süresinin azalmasına, kendi bakımlarını yürütmek için gerekli bilgi ve becerileri öğrenmelerinde, bağımsızlık kazanmalarında, hasta memnuniyetinin artmasında ve sağlık bakım harcamalarının azalmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir (55).

2.3. Saldırganlık:

Saldırganlık; öfke, suçluluk, şüphe, anksiyete veya hayal kırıklığı duyma gibi birçok duyguyla ilişkili olarak kendini gösterir. Saldırgan davranışlar düşük düzey (iğneleme, alay etme), orta düzey (kapıları çarpma), ağır düzey (başkalarına yönelik tehdit veya fiziksel şiddet) şeklinde olabilir. Huzursuzluk, yüzde gergin bir ifade ve beden dili, fiziksel veya sözel tehditler, yüksek sesle konuşma ve münakaşa çıkarma, başkalarına

zarar verme ile tehdit etme, çevreden gelen uyarılara aşırı tepki gösterme, panik düzeyde anksiyete, düşünce süreçlerinde bozulma, şüpheli yaklaşım ve öfkeli duygu durum saldırganlık belirtileridir (56).

Öfke, kızgınlık, düşmanlık, ajitasyon ve agresyon birbiriyle ilişkili kavramlardır.

Öfke; birey kendisine yönelik bir tehdit varlığını hissettiğinde ya da engellenmeyle karşılaştığında tehdidin niteliğine göre yetersizliğin yarattığı bunaltı duygusuna karşı gelişen hoşnutsuzluktan meydana gelen çaresizliğin, güçsüzlüğün, kızgınlık ve şiddete davranışı ile kendini gösteren bir duygudur. Saldırganlık, öfke duygusu ile karıştırılabilmektedir. Saldırganlık, öfkenin fiziksel açıdan dışa yönelik ifade edilmesidir (57).

Kızgınlık; bireyin hakkı olanı alamadığında, önem verdiği birinin beklentileri doğrultusunda davranmadığında yaşadığı duygudur. Kızgınlık, anksiyete ile ortaya çıkan nesne ya da bir durumu bozma, tahrip etme girişimi ve kaygısından kaynaklanan fizyolojik gereksinimlerdir. Kızgınlık, bireyi kaygısıyla baş etmeye yönelik davranışlara yönlendirir (58).

Düşmanlık; genellikle kızgınlık duygularını ve diğer insanları incitme ya da nesnelere zarar verme yönünde saldırgan davranışları içermektedir (58).

Şiddet; kendine ya da bir başkasına yönelik yaralama, ölüm, psikolojik hasara, gelişimsel problemlere yol açabilecek fiziksel güç kullanımı ya da tehdidin bir amaç doğrultusunda uygulanmasıdır (59).

Ajitasyon; artmış ruhsal, aktivite ve motor uyarılmalarıdır.

Saldırganlık oluşumunda, genetik faktörler, fetal dönem, obstetrik komplikasyonlar, yetiştirilme çevresi, biyolojik faktörler ile madde bağımlılığı, psikoz, depresyon ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar önemli yatkinlik gösteren faktörlerdir (10).

Petit' in 2005 yılında saldırganlık üzerine yapmış olduğu çalışmasında saldırganlığın ortak öğelerini:

- Çocukluk çağında istismar veya ihmali,
- Öz kıyım girişimi veya kendine zarar verme davranışı,
- Geçmişte şiddet ve/veya ailesel şiddet,
- Genç olma(13-25 Yaş),
- Erkek olma,
- Ruhsal hastalıklar ile madde kötüye kullanım birleşimi,

- Sosyal destek yetersizliği,
- Sosyoekonomik yetersizlik,
- İlaç uyumsuzluğu şeklinde sıralamışlardır (60).

Agresyonun tek bir boyut olmadığı “dürtüsel agresyon” ve “tasarlanmış agresyon” olarak iki kategoride ele alınabileceği belirtilmektedir. Ancak tanımlama konusunda tam bir görüş birliği yoktur. Dürtüsel agresyon yerine düşmanca (hostil), reaktif, kontrolsüz, plansız, kasıtlı, afektif, negatif/yıkıcı terimleri kullanılabilir. Reaktif agresyonda esas amaç bir başkasına zarar vermektir. Bu tip agresyonun emosyonel olarak yükü, öfke ile ortaya çıkan ve davranışsal kontrolün kaybedilmesidir. Aynı zamanda agresyonun dürtüsel olduğu, kıskırtma sonucu ortaya çıktığı kabul edilir (57).

2.3.1. Saldırıcılık ve Bipolar Bozukluk

Bipolar bozuklukta saldırıcılık, özellikle manik ve karma nöbetlerde öne çıkmaktadır ve bu duruma eşlik eden bir madde kullanımı veya intihar girişimi vardır (61). Genel olarak duygulanımda artış gözlenir aşırı neşeli olmanın yanında bireyde öfkenin varlığı sık görülür. Öfkeye küfürlü konuşmalar, bazen saldırıcılık tavırları ve açık saçık şakalar da eşlik edebilir (33).

Güleç ve arkadaşlarının 2009 yılında bipolar affektif bozuklukta dürtüsellik ve agresyonu inceleyen çalışmasında, bipolar affektif bozuklukta agresyon düzeyinin sağlıklı kontrol grubundan yüksek olduğu belirtilmiştir (62). Watson ve ark. 2014 yılında yaptıkları çalışmada bipolar hastalarının saldırıcılık davranışlarında çocuklukta yaşamış oldukları travmaların etkileri olabileceğini saptamıştır (5). Uçar 2016 yılında yaptığı araştırmasında bipolar hastaların çocukluk çağı travmasının saldırıcılık davranışı üzerine etkisini arttırdığını ifade etmiştir (6).

Agresyonun bipoların manik evrelerle ilişkisi belirtilmiş olmasına rağmen intihar durumlarının ve madde kullanımı ile ilişkisi bilinmesine karşın, depresif evreyle ilişkisi üzerine pek fazla çalışma yapılmamıştır (63, 64, 65).

2.3.2. Saldırıcılık ve Hemşirelik Yaklaşımı:

Psikiyatri hemşireleri, hastanın hastaneye yatışında ilk karşılaştığı, servise oryantasyonunda yardımcı olduğu, bilgilendirdiği, ilk iletişime geçtiği kişi olduğu için önemli bir role sahiptirler (66, 67). Psikiyatri hemşireleri, hastaları 24 saat buldukları ortamda, davranış, diğer hastalarla ilişkileri ve iletişimleri kapsamında gözlemektedir.

Hastaların gereksinimlerini gidermeye yardımcı olmakta ve doğrudan bakım girişimlerini uygulayabilmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin sahip olduğu bilgi, beceri ve deneyim agresyon riskinin tanımlanma sürecinin içerdiği klinik girişimler açısından önemlidir (66, 67). Özellikle hemşirelerin, sözel ve sözel olmayan iletişim becerilerini kullanabilmesi, aktif dinlemesi, yargılamayan ve hassas yapıları, gözlem güçlerinin yüksekliği ile açık uçlu sorular sorarak hastalarda strese yol açmadan oluşturdukları bakım planları ile risk tanılamadaki rolleri önem kazanmaktadır (68).

Hastanın öyküsünde yer alan güçlü belirleyicileri fark etmesi, hastadaki potansiyel agresyonu tespit etmesi ve önlemler alması gerekmektedir. Agresyon genellikle hastalığın en alevli olduğu dönemlerde yani, yatışının ilk günlerinde ortaya çıkmaktadır, dolayısıyla, hemşirenin bu konuda hızlı ve doğru karar vermesi yararlı olacaktır (68).

Yetersiz bir terapötik ortam hastanın saldırganlığını tetikleyen bir faktördür. Hasta için yapısal aktivitelerin olduğu bir ortam oluşturulmalıdır. Çok fazla yapılandırılmış ortam da hastayı strese sokabilir. Kalabalık bir ortamda hastayı diğer bireylerle etkileşime yönlendirmek yerine hastanın odasında zaman geçirmesine izin vermekte saldırganlık davranışları yönetmede etkilidir (69). Hemşireler hastaların duyguları anlama, duyu, düşünce ve davranış farklılığını görebilme, öfke içeren davranışın kısa ve uzun sürede olacak sonuçlarını tanımalıdır. Nefes egzersizini ve kas gevşetme egzersizini kullanmayı içeren gevşeme eğitimi, pasif, saldırgan, girişken davranış özelliklerini tanıma, girişken olmanın öfke düzeyini azaltmadaki önemi, girişken davranış geliştirme gibi bileşenleri içeren girişkenlik eğitimi, problem çözme becerisi ve öfke kontrol gibi eğitimleri hasta ve yakınlarına verebilirler (70).

Psikiyatri kliniklerindeki saldırganlığın dörtte biri hastalar arası etkileşimden kaynaklanmaktadır. Bu sonuçlar sağlık çalışanlarının hastalar arasında olumlu etkileşimi desteklemesi, diğer hastalara yardım etme, olumlu yollarla iletişim kurma konusunda destekleme ve rol model olması gerektiğini göstermektedir. Eğer çatışma meydana gelirse uygun iletişim teknikleri ile hemşirelerin çatışmayı çözme yolları bulması ve mümkünse hastaların birbirinden uzak ortamlarda bulunmasını sağlamalıdır. Özellikle hemşire sayısının yeterli olması, kalabalık olmayan klinik ortam ve eğitilmiş hemşireler diğer bir deyişle iyi klinik ortam saldırganlıkla baş etmede büyük etkindir (56).

2.4. İntihar:

İntihar, insanın kendi ölümüne sebep olabilecek herhangi bir girişimde bulunması ve bireyin kendisine uyguladığı şiddet türüdür. Tedavi edilmeyen psikiyatrik bozuklukların en önemli komplikasyonu olan intihar, insan hayatının en acı olaylarından biridir. İntihar birçok ülkede önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmekle birlikte risk etkenlerinin belirlenmesiyle intiharı önlemeye yönelik plan ve programlara özel önem verilmektedir (14).

Dünya Sağlık Örgütü 2012 yılındaki verilere göre, tüm dünyada 804 000 kişinin intihar nedeniyle öldüğünü; intihar hızının 100.000’de 11.4 (erkeklerde 15, kadınlarda 8) olduğunu bildirmiştir. Kadınlarda intihar girişimlerinin erkeklere kıyasla daha çok olduğu fakat erkeklerde yaşamına son verme durumlarının daha yoğun olduğu belirtilmiştir. Erkekler daha fazla öldürücü yöntemler tercih etmektedir. Geniş aile ve iş sahibi olmanın kadınlar ve erkekler açısından intihar riskini azalttığını fakat düşük eğitim seviyesi, ayrılmış, boşanmış, dul kalmış ya da hiç evlenmemiş olmanın erkeklerde intihar riskini artırırken kadın intiharları ile bu etkenler arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (17). İntiharın 25-30 yaşları arasında daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca yaşlı ve ergen grupta ki artış gözden kaçırılmamalıdır (71, 72).

İnanç düzeylerine göre; depresif hastalarda herhangi bir dine mensup olmayanlarda ve birinci derece yakınlarında ömür boyu intihar girişimi olanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu grupta agresyon ve madde kullanımının da herhangi bir dine mensup olanlara göre yüksek olduğu bildirilmiştir (17)

İntihar istatistikleri incelendiğinde, intihar edenlerin %90’ının çoğunda, ölüm öncesi evrede bir ya da birden fazla ruhsal rahatsızlıklarının olduğu görülmektedir. En yaygın görülen tanılar ise majör duygudurum bozuklukları (DDB) ve madde kötüye kullanım bozukluklarıdır (14). Türkiye’de intihar ile ilgili veriler sınırlıdır. İntihar istatistiklerini Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) yayınlamakta, TUİK verilerini polis ve hastane kayıtlarından elde etmektedir (33). TUİK kaba intihar hızı yüz bin nüfus başına düşen intihar sayısı olup, 2013 yılında yüz binde 4,27 iken 2014 yılında yüz binde 3,97 olduğu belirtilmiştir. Diğer bir ifade ile 2014 yılında her yüz bin kişiden yaklaşık dördünün intihar ettiği belirtilmiştir. Ülkemizde intihar olaylarının büyük bir kısmının (%46.6) nedeni saptanamamıştır. Bunun yanında herhangi bir hastalık, aile geçimsizliği, ekonomik sıkıntılar, hissi ilişki ve istediği kişi ile evlenememe, öğrenim başarısızlığı gibi nedenler ile karşılaşılmaktadır. Veriler incelendiğinde en yaygın intihar nedenlerinin psikiyatrik hastalıklar olduğu görülmektedir (73). Geriye dönük yapılan

araştırmalarda intihar sonucu ölen kişilerin %90'ına bir ruhsal hastalık tanısının konulabileceği görölmüştür. Ruhsal hastalığı olan kişilerde intihar riski, olmayanlara oranla 3-12 kat yüksektir. Bu kişilerin yarısından çoğunun bipolar bozukluğu olduğu bildirilmiştir (33). İntihar, ruhsal bozuklukla birlikte görölebilen ve riskleri önceden belirlenebilen bir durum olması nedeniyle ilişkili faktörlerin belirlenmesi önemlidir (72).

Psikiyatrik rahatsızlıkların tetiklenmesi, psikososyal problemler, problem çözme becerileri, dürtüsellik, biyolojik faktörler, kişilik özellikleri ve bu gibi intihar olasılığını artırabilir. Çocuklukta cinsel, fiziksel ya da duygusal istismarlar, madde ve alkol kötüye kullanımı ve sigara kullanımı intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur.

İntihar girişiminde bulunanlar genellikle dürtü kontrolleri zayıf, olgunlaşmamış, benmerkezci, bağımlılık gereksinimleri fazla olan kişilik özelliklerine sahiptirler. Ailesinde intihar öyküsü olan, bipolar da intihar girişiminde bulunma olasılığının, olmayanlara göre daha çok olduğu belirtilmiştir (72, 74, 75).

2.4.1. İntihar ve Bipolar Bozukluk:

Bipolar bozukluklarda intihar, depresyon dönemine ait bir problemdir (76, 77). Bipolar hastaların %25-56'sının yaşamlarında en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu ve %10-19'nun intihar sebebiyle yaşamlarını bitirdiği belirlenmiştir (78). Literatürdeki sonuçlar tutarsız olsa da, 6 bağımsız çalışmanın dâhil edildiği bir gözden geçirmede yaşam boyu intihar girişimi oranı bipolar tip 1 için %17, tip 2 için %24 olarak belirtilmiştir (79).

Bipolar Bozukluğu olan hastalarda intihar için distal risk faktörleri; ailede intihar öyküsü, olumsuz erken yaşam deneyimleri; epigenetik faktörler, kişilik özellikleri, bilişsel stil, süreğen madde kullanımı olarak sayılabilir. Proksimal risk faktörleri arasında ise; son dönemde yaşanan olumsuz yaşam olayları, psikopatoloji, intihar niyeti, umutsuzluk sayılmaktadır. Distal risk faktörleri hastalarda intihar için bir zemin hazırlarken, proksimal risk faktörleri intiharı tetiklemektedir. Klinik deneyim proksimal risk faktörlerinin intihar için uyarı işaretleri olduğunu ve intiharı önlemek için bu belirtilerin kontrol edilebileceğini göstermektedir. Aile uyumu gibi sosyal destek veya evlilik ve ebeveynlik gibi sosyal akran grubu intihar riskini azaltabilir (80, 81).

Bipolar bozukluklarında intihar için risk etkenleri mevcut ya da geçmiş epizotlarla ilişkili olup olmamalarına göre sınıflandırılabilir:

Epizotlarla İlişkili İntihar Risk Etkenleri

Major Depresif Epizodla İlişkili Risk Etkenleri:

- İntihar düşünceleri, planları, ölme isteği
- Öyküde intihar girişimi
- Şiddetli depresyon
- Yatarak tedavi durumu
- Bipolar I > Bipolar II > Unipolar
- Depresif karma durumlar
- Psikotik belirtiler
- Komorbid anksiyete, madde kullanımı ya da ciddi fiziksel hastalıklar

Manik Epizodla İlişkili Risk Etkenleri:

- Disforik (Karma) mani
- Birlikte (Komorbid) anksiyete, madde kullanımı

Epizotlarla İlişkisiz İntihar Risk Etkenleri

- Birinci derece yakınlarında intihar girişim öyküsü
- Travmatik çocukluk çağı yaşantıları
- Duygu durum bozukluğunun erken yaşta başlaması
- Sigara içmek
- Agresif kişilik özellikleri
- Kalıcı olumsuz yaşam koşulları (işsizlik, izolasyon)
- Akut psikososyal stres etkenleri
- Emosyonel, sosyal, psikiyatrik/ medikal destek olmaması (82)

Çocukluk çağı travmatik olayları, hem bipolar bozukluk gelişmesinde, hem de zaman içinde daha şiddetli bir bozukluk için potansiyel risk etkenleridir. Çocukluk travması, intihar girişimleri veya madde kötüye kullanımı gibi şiddet göstergelerine yatkınlığı artırır. Çocukluk travması, daha sonraki çevresel risk etkenleri (stresli yaşam olayları) ile başa çıkma becerisini azaltabilir, dürtü kontrolünde ve bilişsel işlevlerde anormalliklere neden olabilir (83).

2.4.2. İntihar ve Hemşirelik Yaklaşımı:

Psikiyatri hemşireleri hastayla kurduğu terapötik ilişki de hem hastanın duygu ve düşüncelerinin anlaşılmasını hem de hastaya en iyi yaklaşım şeklinin belirlenmesinde önemli bir konuma sahiptir (84). Psikiyatri hemşireleri kendine zarar verme potansiyeli olan hastalara yaklaşıırken;

- Özkıyım riskinin derecesini değerlendirmek için hastanın gözlenmesi,
- Güven ortamının oluşturulması ve hastanın yalnız bırakılmaması,
- Hastaya yalnızlık ve izolasyon duygularının azaltılmasına yönelik sorular sorulması (“kendini öldürmeyi hiç düşündün mü?”),
- Empatik yaklaşımın gerçekleştirilmesi,
- Zarar verici materyallerin ulaşımına dikkat edilmesi,
- İlaçların özenle içirilip yutulduğundan emin olunması,
- Duygularını açıklama olanağının verilmesi (böylece düşmanca duygularını boşaltma olanağı bulur),
- Hastanın korkularının küçümsenmemesi ve söylediklerinden dolayı yargılanmaması,
- Hasta ile görüşme esnasında sözel olmayan iletişim becerileri ile sonuçlar çıkarılması,
- Kişisel açıklamaların güven oluşturduktan sonra yapılması, yöntemleri uygulanır (85, 86).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, çocukluk çağı travmalarının bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda saldırganlık ve intihar davranışı ile ilişkisini belirleyebilmek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma, 1 Ocak 2018- 1 Haziran 2018 tarihleri arasında Siirt' te bir devlet hastanesinde yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Ocak - Haziran 2018 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Siirt Devlet Hastanesi'nde Bipolar bozukluk tanısı almış, başka herhangi bir ek tanısı olmayan ve remisyonda olan ayaktan tedaviye başvuran poliklinik hastaları oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Örnekleme power analiz ile hesaplandı ve görsel eşdeğerlik skalası bakımından 1(±1) birimlik farkın istatistiksel olarak anlamlı çıkması için her grupta en az gerekli olan hasta sayısı $p=0,05$, $1-\beta=0,80$ sonucu 54 kişi olarak belirlendi. Ocak -Haziran 2018 tarihleri arasında araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 112 gönüllü hasta örnekleme alındı.

3.5. Çalışmaya Alınma/Dışlanma Ölçütleri

Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri:

- DSM-V kriterlerine göre bipolar bozukluk (İkiuçlu Bozukluk) tanısı almış ve herhangi bir psikiyatrik ek tanı almamış olmak.
- Ayaktan tedavi edilme.
- Remisyonda olan hastalar

- 18 yaş ve üzerinde olma

Dışlama kriterleri:

- Herhangi psikiyatrik bir ek tanıya sahip olmak,
- 18 yaş altı olma

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanması için bipolar hastalarla yüz yüze görüşüldü ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara çalışma hakkında bilgi verildi. Verilerin toplanması araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Buss-Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ) ve İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) kullanıldı.. Görüşmeler ortalama olarak 35-45 dakika arasında sürdü.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu:

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan toplamda 32 sorudan oluşan ve bireylerin yaş, meslek, gelir durumu, çalışma durumunu, medeni durumunu, hastalık öyküsü, eğitim durumları, sigara, alkol ve madde kullanımlarını içeren sorulardan oluşmaktadır (6, 10).

3.6.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği:

Bernstein ve ark. (1994) tarafından çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarı ve duygusal ve fiziksel ihmali belirlemek amacıyla geliştirilen ölçek toplam 28 maddeden oluşmaktadır. Şar ve ark. (2012) tarafından Türkçe 'ye uyarlanan ölçeğin, iç tutarlılık katsayısı $\alpha=.97$ olarak bulunmuştur. Çalışmada ise iç tutarlılık kat sayısı $\alpha=.93$ olarak bulundu (6, 87, 91).

Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği' nde; 5 alt alan mevcuttur. Bu alanların kesim noktaları aşağıda sıralanan maddelere göre değerlendirilmektedir.

- Fiziksel İhmal maddeleri; 1-2-4-6-26 (Kesim Puanı: 7)
- Duygusal İhmal maddeleri; 5-7-13-19-28 (Kesim Puanı: 12)
- Fiziksel İstismar maddeleri; 9-11-12-15-17 (Kesim Puanı: 5)
- Duygusal İstismar maddeleri; 3-8-14-18-25 (Kesim Puanı : 7)
- Cinsel İstismar maddeleri; 20-21-23-24-27 (Kesim Puanı: 5)

Çocukluk çağı travma puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür). Beş alt puanın toplamı CTQ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Ölçekten alınan puanların artması bireyin çocukluk çağı travmalarının fazlalığını ifade etmektedir. Beş alt alandan alınan puanlar toplanarak ÇÇTÖ toplam puan oluşturulur. Toplam puan ve kesim noktası (Kesim Puanı) 35'tir. "Türkiye' de CTQ puanlarının kesim noktaları konusunda şimdiki her hangi bir düzey bilinmemekte idi. Bu çalışmanın bulguları cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının, yani sorulardan herhangi birine en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesinin pozitif bildirim olarak sayılması gerektiğini düşündürmektedir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan düzeyine çekilebileceği anlaşılmaktadır. Toplam puan için bu sınırın 35 dolayın da olabileceği görülmektedir. Ancak bu bulguların yeni çalışmalarla doğrulanması ve gerekirse değiştirilmesi gerekmektedir" (87).

3.6.3. Buss-Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ) :

Buss ve Durkee tarafından 1957 yılında geliştirilmiş olan ölçek, Buss ve Perry tarafından 1992 yılında tekrar gözden geçirilmiştir. 34 sorudan oluşan ölçeği Can 2002 de Türkçe uyarlamasını yapmış ve cronbach α değerini 0.91 olarak belirtmiştir. Çalışmada α değeri 0.93 olarak bulunmuştur. Agresyon ölçeği, fiziksel agresyon, sözel agresyon, öfke, düşmanlık ve dolaylı saldırganlık olmak üzere 5 farklı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte alt ölçekler ve toplam puan değerlendirilir. Ölçek beşli Likert tipi yanıtlar içerir. " 5= karakterime tamamen uygun", "4= karakterime çok uygun", "3= karakterime biraz uygun", "2= karakterime çok az uygun", "1= karakterime hiç uygun değil" karşılığındadır. 19. madde tersten kodlanmaktadır.

Saldırganlık ölçeğinin kısalığı, kolay okunur düzeyde olması, hem gençlere hem de karmaşık sözlü açıklamaları anlamakta zorluk çeken yetişkinlere uygulanmasını kolaylaştırmaktadır. Klinik ortamda, tedavi planlanmasında, ayrıca tedavi sırasında iyileşmeyi izlemek için de kullanılabilen bir ölçektir. Saldırganlık Ölçeği toplam puan yüksek ise, bireyin alt ölçek puanlarını incelemek gerekir.

Fiziksel saldırganlık alt ölçeği maddeleri: 8, 10, 11, 17, 23, 24, 25, 27.

Sözel saldırganlık alt ölçeği maddeleri: 1, 4, 6, 20, 26

Öfke alt ölçeği maddeleri: 3, 7, 12, 16, 19, 22, 29, 32

Düşmanlık alt ölçeği maddeleri: 2, 5, 9, 21, 28, 31, 33

Dolaylı saldırganlık alt ölçeği maddeleri: 13, 14, 15, 18, 20, 34 (88).

3.6.4. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ):

Ölçek Cull ve Gill, (1990) tarafından geliştirilip, Atlı ve ark. (2009) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmıştır. ‘Umutsuzluk’ (5, 12, 14, 15, 17, 19, 23, 28, 29, 31, 33, 36), ‘intihar düşüncesi’ (4, 7, 20, 21, 24, 25, 30, 32), ‘düşmanlık’ (1, 3, 8, 9, 13, 16, 34) ve ‘olumsuz kendilik değerlendirmesi’ (2, 6, 10, 11, 18, 22, 26, 27, 35) olmak üzere toplam 4 alt ölçekten oluşmaktadır. İÖÖ, intihar riskini değerlendiren 36 soruluk kişinin kendisince tebligat (öz-bildirim) metodudur. Ergen ve yetişkin bireylerde kullanılabilir. Katılımcıların soruyu, belirtilen duygu ya da davranışı yaşama sıklığına göre “Hiçbir zaman ya da çok ender” ile “Çoğu zaman ya da her zaman” arasında olan 4 aşamalı Likert tipinde değerlendiren bir ölçektir. Bu çalışmada ölçek toplam puanı her soru için 1 ile 4 arasında değişerek derecelendirilmiş bir puanlama anahtarı kullanılarak hesaplanmıştır. Buna göre ölçekten alınacak toplam puanlar 36 ile 144 arasındadır ve Ölçek puanları 0–24: Normal, 25–40: Hafif, 50–74: Orta, 75–100: Şiddetli olarak değerlendirilmektedir. Alınan puanlar ne kadar düşük ise intihar eğilimi o kadar azdır. Atlı ve ark.(2009) tarafından ölçeğin geçerlilik güvenirlik Cronbach alfa katsayısı 0.89, bu çalışmada ise 0.90 olarak saptanmıştır (89, 90).

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Ek:5), Siirt Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden yazılı izinler alındı (Ek:6). Araştırmaya katılan hastalara ise araştırmanın amacı ve formların içeriği ile ilgili açıklamalarda bulunulup, katılımları için yazılı gönüllü onam formu (Ek:7) imzalatıldı ve sözlü izin alındı.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro wilk testi ile test edilmiştir. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile test edilmiştir. Geçerlik ve güvenirliğin test edilmesi amacı ile Cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama±standart

sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve % değerleri verilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS Windows versiyon 24.0 paket programı kullanılmış ve $P<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.9. Süre ve Olanaklar

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

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın sadece çalışmanın yapıldığı hastaneye gelen ayakta tedavi alan bipolar hastalarla yapılmış olması araştırmanın sınırlılığını oluşturdu. Bu nedenle çalışma sonuçları sadece bu gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

4.1. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Bipolar hastaların sosyodemografik özelliklerine baktığımızda; araştırmaya alınan bipolar hastaların %58'inin kadın, %42'inin erkek olduğu saptandı. Araştırmaya katılan bipolar hastaların %25,9'u 36-40 yaş arasında, %100'ü Doğu Anadolu bölgesinde doğmuş, %51,8'i ilçede yaşıyor, %52,7 'si evli, %48.8'i çocuğu yok, %53.6'sı ailesiyle yaşamakta, %49,1'i ev hanımı, %81.3'ü çalışmadığı belirlenmiş. Katılanların %94.6'sının hastalıklarından çalışma durumlarının etkilendiği, %53.6'sının gelirlerinin giderlerine denk, %38.4'ünün eğitim durumlarının ilköğretim, %91.6'sının eşlerinde fiziksel bir rahatsızlık olmadığı, %92.8'inin eşlerinde herhangi bir ruhsal rahatsızlığının olmadığı, %45.5'inde ilk tanı alma yaş aralığı 21-25 yaş, %67'inin ailesinde bipolar hastalık öyküsü olmadığı, %86.6'sının ailesinde herhangi bir psikiyatrik bir bozukluğun, %94.6'sının herhangi bir fiziksel rahatsızlığının olmadığını, %68.8'nin önerilen ilaçları düzenli kullandığı, %50'sinin kontrollerine düzenli geldiği, %57.1'inin intihar girişiminin olmadığı, %31.3'ünün 1 kez intihar girişiminin olduğu, %56,7'sinin intihar düşüncesini ilaç tedavisi ile baş ettiği, %87.5'inin ihtiyaç duyduğunda destek olan birilerinin olduğu, %66.1'inin aile ve arkadaşlarının yeterli desteği sağlamadığını, %78.6'sının ailesinde intihar girişiminin olmadığını, %70.5'inin kendine yönelik şiddet davranışının olmadığı, %48,2'sinin bir kez başkalarına yönelik şiddet davranışında bulunduğu, %83.9'unun sigara kullandığı, %28.6'sının alkol kullandığı ve %29.5'inin ise madde kullanımı olduğu saptanmıştır.

Tablo 1: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (s:112)

DEĞİŞKENLER	s	%
Cinsiyet		
Kadın	65	58,0
Erkek	47	42,0
Hastanın Yaşı		
19-25	11	9,8
26-30	26	23,2
31-35	11	9,8
36-40	29	25,9
41-45	17	15,2
46-65	18	16,1
Doğum Yeri		
Doğu Anadolu	112	100,0
Yaşanılan Yer		
İlçe/köy	58	51,8
Şehir Merkezi	54	48,2
Medeni Durumu		
Evli	59	52,7
Bekâr	29	25,8
Boşanmış/ayrı yaşıyor	24	21,5
Çocuk Varsa Sayısı		
Yok	49	43,8
1	17	15,2
2	14	12,5
3 ve üzeri	32	30,5
Şu An Kiminle Birlikte Yaşıyorsunuz?		
Ailemle	60	53,6
Çocuklarım	6	5,3
Eşim ve Çocuklarım	46	41,1

Tablo 1: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (s:112)

Mesleğiniz	s	%
Yok	34	30,4
Memur	5	4,5
İşçi	18	16,0
Ev hanımı	55	49,1
Çalışma Durumu		
Evet	21	18,7
Hayır	91	81,3
Hastalığınız Çalışma Durumunuzu Etkiledi mi?		
Evet	106	94,6
Hayır	6	5,4
Gelir Durumunuz		
Gelir Giderden Az	42	37,5
Gelir Gidere Denk	60	53,6
Gelir Giderden Fazla	10	8,9
Eğitim Durumunuz		
Okur-Yazar	32	28,6
İlk Öğretim	43	38,4
Lise	26	24,2
Lisans	11	9,8
Eşinizin Eğitim Durumu		
Okur-Yazar	29	34,9
İlk Öğretim	33	39,7
Lise	11	13,2
Lisans	10	12,2
Eşinizin Herhangi Bir Fiziksel Rahatsızlığı Var Mı?		
Evet	7	8,4
Hayır	76	91,6
Eşinizin Herhangi Bir Ruhsal Rahatsızlığı Var Mı?		
Evet	6	7,2
Hayır	77	92,8

Tablo 1: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (s:112)

Evliliğiniz Süresince Eş ve Çocuklar Dışında, Evinde Birlikte Yaşayan Kişiler Oldu Mu?		
Evet	62	74,6
Hayır	21	25,4
İlk Tanı Alma Yaşınız		
18-20	36	32,2
21-25	51	45,5
26-35	25	22,3
Aile de Bipolar Bozukluk Öyküsü Olan Var Mı?		
Evet	37	33,0
Hayır	75	67,0
Aile de Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Var Mı?		
Evet	97	86,6
Hayır	15	13,4
Herhangi Bir Fiziksel Rahatsızlığınız Var Mı?		
Evet	6	5,4
Hayır	106	94,6
Önerilen İlaçları Düzenli Kullanıyor musunuz?		
Evet	77	68,8
Hayır	35	31,2
Kontrollerinize Düzenli Olarak Geliyor musunuz?		
Evet	56	50,0
Hayır	56	50,0
İntihar Girişiminiz Oldu mu?		
Yok	64	57,1
Bir Kez	35	31,3
İki Ya da Üç Kez	13	11,6
İntihar Girişimi Düşüncesi İle Nasıl Baş Ediyorsunuz?		
Dini İnanç	23	43,3
İlaç Tedavisi	30	56,7

Tablo 1: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (s:112)

İhtiyaç Duyduğunuzda Size Destek Olan Birileri Var Mı?		
Evet	98	87,5
Hayır	14	12,5
Aile Ve Arkadaşlarınızdan Gördüğünüz Desteği Yeterli Buluyor musunuz?		
Evet	38	33,9
Hayır	74	66,1
Ailede İntihar Girişimi Olan Var mı?		
Evet	24	21,4
Hayır	88	78,6
Kendinize Yönelik Şiddet Davranışlarınız Oldu mu?		
Yok	79	70,5
Birkaç Kez	33	29,5
Başkalarına Yönelik Şiddet Davranışınız Oldu mu?		
Yok	25	22,3
Sıklıkla	33	29,5
Birkaç Kez	54	48,2
Sigara Kullanımı		
Evet	94	83,9
Hayır	18	16,1
Alkol Kullanımı		
Evet	32	28,6
Hayır	80	71,4
Madde Kullanımı		
Evet	33	29,5
Hayır	79	70,5

4.2. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Çocukluk Çağı Travması Ölçeği, Buss-Perry Agresyon Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Alınan Toplam Puanlar

Araştırmaya katılan bipolar hastaların ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ ile alt ölçekleri toplam puanları incelendiğinde; hastaların ÇÇTÖ den aldıkları toplam puan $66,8\pm 19,2$, ÇÇT alt ölçekleri toplam puanları; duygusal istismardan $11,1\pm 4,4$, fiziksel istismardan $11,3\pm 5,7$, fiziksel ihmalden $11,3\pm 4,2$, duygusal ihmalden $15,7\pm 4,6$ ve cinsel istismardan $7,2\pm 4,1$ puan aldıkları belirlendi. BPAÖ' den aldıkları toplam puan $94,6\pm 28,8$, BPAÖ alt ölçekleri toplam puanları fiziksel saldırganlıktan $23,9\pm 9,8$, öfkeden $23,2\pm 7,5$, düşmanlıktan $17,7\pm 5,3$ ve sözel saldırganlıktan $15,9\pm 4,8$ olduğu saptandı. İÖÖ' den aldıkları toplam puan $85,3\pm 17,9$, İÖÖ alt ölçekleri toplam puanları; umutsuzluktan $29,3\pm 6,1$, intihar düşüncesinden $15,4\pm 7,1$, düşmanlıktan $17,7\pm 5,3$, olumsuz kendilik değerlendirmesi $22,8\pm 4,8$ olduğu tespit edildi.

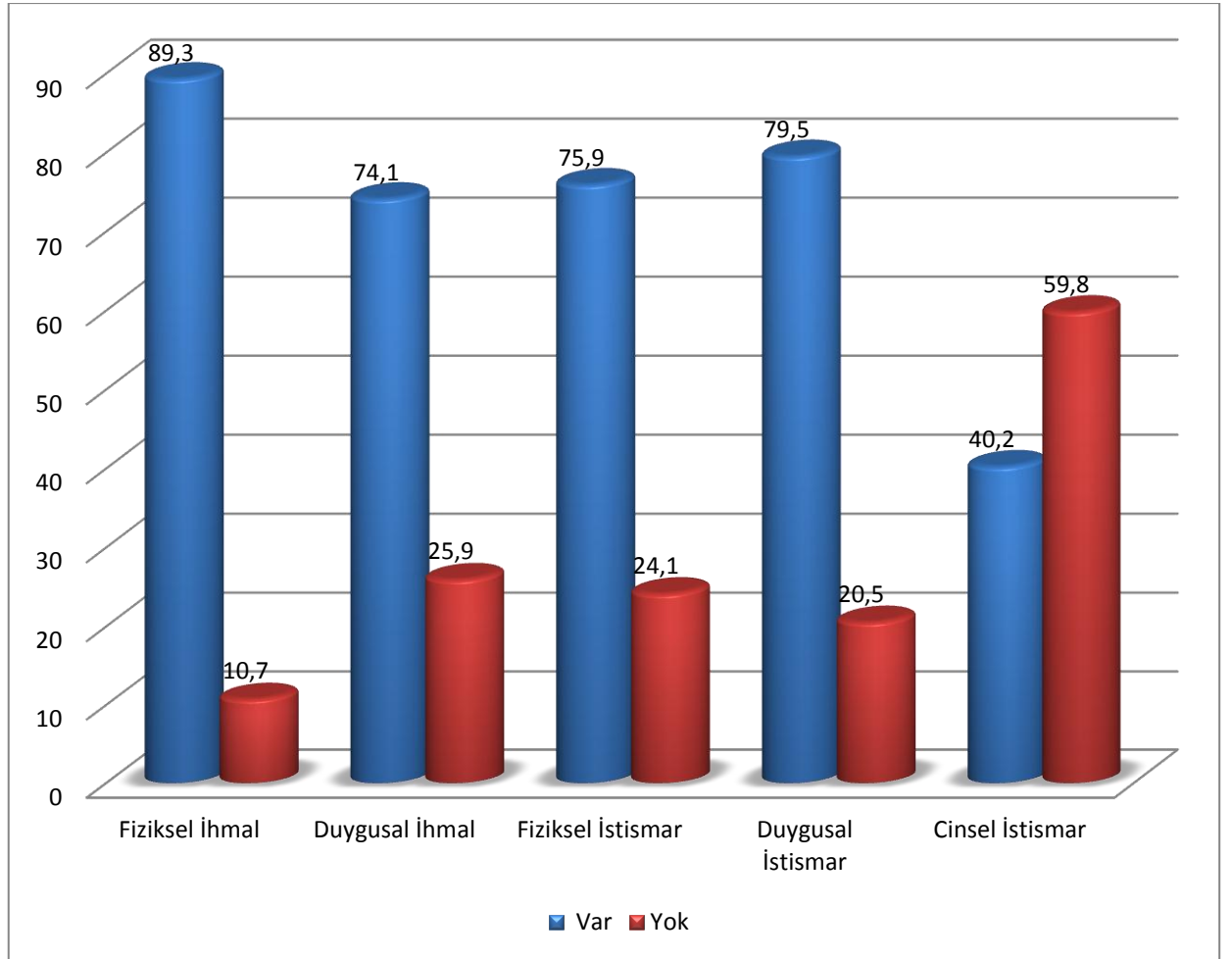
Tablo 2: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Çocukluk Çağı Travması Ölçeği, Buss-Perry Agresyon Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği ve Alt Ölçeklerin Toplam Puanlar

Ölçekler	Median	Min-Max	Ort±Std
ÇOCUKLU ÇAĞI TRAVMASI ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN (ÇÇTÖ)	102,5	30-114	66,8±19,2
Duygusal İstismar	12	4-20	11,1±4,4
Fiziksel İstismar	10	5-25	11,3±5,7
Fiziksel İhmal	11	5-21	11,3±4,2
Duygusal İhmal	16	5-25	15,7±4,6
Cinsel İstismar	5	5-25	7,2±4,1
BUSS-PERRY AGRESYON ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN (BPAÖ)	102,5	34-138	94,6±28,8
Fiziksel Saldırganlık	26	8-39	23,9±9,8
Öfke	23	8-37	23,2±7,5
Düşmanlık	18	7-26	17,7±5,3
Sözel Saldırganlık	17	5-23	15,9±4,8
İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN (İÖÖ)	87	45-118	85,3±17,9
Umutsuzluk	28,5	17-41	29,3±6,1
İntihar Düşüncesi	12	8-30	15,4±7,1
Düşmanlık	18	7-26	17,7±5,3
Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	23	11-33	22,8±4,8

4.3. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Yaşadıkları Çocukluk Çağı Travma Türlerinin Dağılımı

Hastaların yaşadıkları çocukluk çağı travmalarının dağılımına bakıldığında; hastaların %89,3 fiziksel ihmal, %74,1'i duygusal ihmal, %75,9'u fiziksel istismar, %79,5'i duygusal istismar ve %40,2'si cinsel istismar yaşadığı saptandı.

Grafik 1: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Çocukluk Çağı Travma Dağılımı



4.4. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Çocukluk Çağı Travması Ölçeği (ÇÇTÖ), Buss-Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ) ve İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) Arasındaki Kolerasyon

ÇÇTÖ toplam puanı ile BPAÖ toplam puanı arasında ($r= 0,325^{**}$; $p< 0,001$) pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki olduğu saptandı. ÇÇTÖ alt ölçekleri ile BPAÖ arasındaki kolerasyona bakıldığında; duygusal istismar ($r= 0,350^{**}$; $p<0,001$), fiziksel istismar ($r=0,354^{**}$; $p<0,001$), fiziksel ihmal ($r= 0,313^{**}$; $p< 0,001$) ve duygusal ihmal ($r= ,316^{**}$; $p< 0,001$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. ÇÇTÖ alt ölçeği cinsel istismar ile BPAÖ arasında herhangi bir ilişki olmadığı saptandı ($p=0,114$).

BPAÖ alt ölçeği fiziksel saldırganlık ile ÇÇTÖ toplam puanı ($r= 0,251^{**}$; $p= 0,008$), ÇÇT alt ölçeklerinden duygusal istismar ($r= 0,290^{**}$; $p= 0,002$), fiziksel istismar ($r= 0,318^{**}$; $p= 0,001$) ve duygusal ihmal ($r= 0,244^{**}$; $p= 0,010$) arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. BPAÖ alt ölçeği fiziksel saldırganlık ile ÇÇT alt ölçeği cinsel istismar ($r= -0,214^{*}$; $p= 0,024$) arasında negatif yönde zayıf anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. BPAÖ alt ölçeği fiziksel saldırganlık ile ÇÇT alt ölçeği fiziksel ihmal ile arasında herhangi bir ilişki olmadığı belirlendi ($p=0,057$).

BPAÖ alt ölçeği öfke ile ÇÇTÖ ($r= 0,286^{**}$; $p= 0,002$), ÇÇT alt ölçekleri duygusal istismar ($r= 0,307^{**}$; $p= 0,001$), fiziksel istismar ($r= 0,310^{**}$; $p= 0,001$), fiziksel ihmal ($r= 0,291^{**}$; $p= 0,002$) ve duygusal ihmal ($r= 0,289^{**}$; $p= 0,002$) ile aralarında pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. BPAÖ alt ölçeği öfke ile ÇÇT alt ölçeği cinsel istismar ile aralarında herhangi bir ilişki olmadığı saptandı ($p=0,064$).

BPAÖ alt ölçeği düşmanlık ile ÇÇTÖ ($r= 0,337^{**}$; $p<0,001$), ÇÇT alt ölçekleri duygusal istismar ($r= 0,372^{**}$; $p<0,001$), fiziksel istismar ($r= 0,361^{**}$; $p<0,001$), fiziksel ihmal ($r= 0,329^{**}$; $p< 0,001$) ve duygusal ihmal ($r= 0,295^{**}$; $p= 0,002$) ile aralarında pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki bulundu. BPAÖ alt ölçeği düşmanlık ile ÇÇT alt ölçeği cinsel istismar ile aralarında herhangi bir ilişki bulunmadı ($p=0,289$).

BPAÖ alt ölçeği sözel saldırganlık ile ÇÇTÖ ($r= 0,247^{**}$; $p= 0,009$), ÇÇT alt ölçekleri duygusal istismar ($r= 0,327^{**}$; $p<0,001$), fiziksel istismar ($r= 0,335^{**}$; $p<0,001$) ve fiziksel ihmal ($r= 0,199^{*}$; $p= 0,036$) ile aralarında pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. BPAÖ alt ölçeği sözel saldırganlık ile ÇÇT alt ölçeği cinsel istismar ($r= -0,278^{**}$; $p= 0,003$) ile arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. BPAÖ alt ölçeği sözel saldırganlık ile ÇÇT alt ölçeği duygusal ihmal ile aralarında herhangi bir ilişki olmadığı tespit edildi ($p=0,180$).

ÇÇTÖ ile İÖÖ ($r= 0,392^{**}$; $p<0,001$) ve ÇÇT alt ölçeği duygusal ihmal ($r= 0,188^{*}$; $p= 0,047$) arasında pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. ÇÇT alt ölçekleri ile İÖÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında; duygusal istismar ($r= 0,111$; $p= 0,243$), fiziksel istismar ($r= 0,130$; $p= 0,172$), fiziksel ihmal ($r=0,125$; $p= 0,190$) ve cinsel istismar ($r= 0,040$; $p= 0,678$) arasında herhangi bir ilişki olmadığı saptandı.

İÖÖ alt ölçeği umutsuzluk ile ÇÇTÖ ($r= -0,013$; $p= 0,890$), ÇÇT alt ölçekleri duygusal istismar ($r= -0,031$; $p= 0,746$), fiziksel istismar ($r= 0,021$; $p=0,087$), fiziksel ihmal ($r=$

0,046; $p= 0,634$), duygusal ihmal ($r= 0,063$; $p= 0,511$) ve cinsel istismar ($r= 0,098$; $p= 0,302$) arasında herhangi bir ilişki olmadığı saptandı.

İÖÖ alt ölçeği intihar düşüncesi ile ÇÇTÖ toplam puan ($r= 0,337^{**}$; $p<0,001$) arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. ÇÇT alt ölçekleri ile İÖÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında; duygusal istismar ($r= -0,118$; $p=0,216$), fiziksel istismar ($r= -0,090$; $p=0,342$), fiziksel ihmal ($r= -,080$; $p=,403$), duygusal ihmal ($r= 0,046$; $p=0,626$) ve cinsel istismar ($r= 0,021$; $p=0,824$) arasında herhangi bir ilişki olmadığı saptandı.

İÖÖ alt ölçeği düşmanlık ile ÇÇTÖ ($r=0,037^{**}$; $p<0,001$), ÇÇT alt ölçekleri duygusal istismar ($r= ,372^{**}$; $p<0,001$), fiziksel istismar ($r= 0,361^{**}$; $p= 0,000$), fiziksel ihmal ($r= 0,329^{**}$; $p<0,001$) ve duygusal ihmal ($r= 0,295^{**}$; $p= 0,002$) ile aralarında pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. İÖÖ alt ölçeği düşmanlık ile ÇÇT alt ölçeği cinsel istismar ile aralarında herhangi bir ilişki olmadığı saptandı ($p=,289$).

İÖÖ alt ölçeği olumsuz kendilik değerlendirmesi ile ÇÇTÖ ($r= 0,325^{**}$; $p<0,001$), ÇÇT alt ölçekleri duygusal istismar ($r= 0,340^{**}$; $p<0,001$), fiziksel istismar ($r= 0,324^{**}$; $p<0,001$), fiziksel ihmal ($r=0 ,282^{**}$; $p= 0,003$) ve duygusal ihmal ($r= ,249^{**}$; $p= ,008$) ile aralarında istatistiksel anlamda pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. İÖÖ alt ölçeği olumsuz kendilik değerlendirmesi ile ÇÇT alt ölçeği cinsel istismar arasında herhangi bir ilişki olmadığı tespit edildi ($p=,427$).

Tablo 3: Hastaların Çocukluk Çağı Travması Ölçeği (ÇÇTÖ), Buss-Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ) ve İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)'nden Aldıkları Toplam Puan Arasındaki İlişki

Ölçekler		Çocuklu Çağı	ÇÇTÖ	ÇÇTÖ	ÇÇTÖ	ÇÇTÖ	ÇÇTÖ
		Travması Ölçeği (ÇÇTÖ)	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Cinsel İstismar
Buss-Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ)	r	,325**	,350**	,354**	,313**	,316**	-,150
	p	,000	,000	,000	,001	,001	,114
Fiziksel Saldırganlık Alt Ölçeği	r	,251**	,290**	,318**	,180	,244**	-,214*
	p	,008	,002	,001	,057	,010	,024
Öfke Alt Ölçeği	r	,286**	,307**	,310**	,291**	,289**	-,175
	p	,002	,001	,001	,002	,002	,064
Düşmanlık Alt Ölçeği	r	,337**	,372**	,361**	,329**	,295**	-,101
	p	,000	,000	,000	,000	,002	,289
Sözel Saldırganlık Alt Ölçeği	r	,247**	,327**	,335**	,199*	,128	-,278**
	p	,009	,000	,000	,036	,180	,003
İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)	r	,392**	,111	,130	,125	,188*	,040
	p	,000	,243	,172	,190	,047	,678
Umutsuzluk Alt Ölçeği	r	-,013	-,031	,021	,046	,063	,098
	p	,890	,746	,827	,634	,511	,302
İntihar Düşüncesi Alt Ölçeği	r	,337**	-,118	-,091	-,080	,046	,021
	p	,000	,216	,342	,403	,626	,824
Düşmanlık Alt Ölçeği	r	,337**	,372**	,361**	,329**	,295**	-,101
	p	,000	,000	,000	,000	,002	,289
Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi Alt Ölçeği	r	,325**	,340**	,324**	,282**	,249**	-,076
	p	,000	,000	,001	,003	,008	,427

4.4 Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Cinsiyetlerine Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyete göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve BPAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Erkek hastaların ÇÇTÖ toplam puanı 73.2 ± 17.9 olarak belirlendi. ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve BPAÖ toplam puanı erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 4: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Cinsiyetlerine Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Cinsiyet	n	SS±X	Z	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Kadın	65	62,1±18,9	-3,076	0,002*
	Erkek	47	73,2±17,9		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Kadın	65	9,9±3,9	-3,675	0,001*
	Erkek	47	12,9±4,4		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Kadın	65	9,3±4,7	-4,108	0,001*
	Erkek	47	14,0±6,0		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Kadın	65	10,2±3,4	-3,011	0,003*
	Erkek	47	12,9±4,6		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Kadın	65	14,4±4,8	-3,347	0,001*
	Erkek	47	17,6±3,7		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Kadın	65	8,5±4,9	-4,213	0,001*
	Erkek	47	5,4±1,0		
Buss-Perry Agresyon Ölçeği Toplam Puanı	Kadın	65	83,9±26,9	-4,972	0,001*
	Erkek	47	109,4±24,5		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Kadın	65	83,8±20,6	-,776	0,438
	Erkek	47	87,4±13,3		

4.5. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Yaş Gruplarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların yaş gruplarına göre İÖÖ puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). 19-29 yaş aralığındaki hastaların İÖÖ' den aldıkları toplam puanın 91.1 ± 17.7 olduğu belirlendi. Yapılan ileri analiz sonucuna göre 19-29 yaş grubundaki hastaların İÖÖ toplam puanı diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Çalışmaya katılan hastaların yaş grupları ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve BPAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$)

Tablo 5: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Yaş Gruplarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Yaş Grupları	n	SS±X	X ²	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	19-29	34	62,4±19,7	4,731	0,094
	30-39	43	65,9±17,8		
	40 ve üstü	35	72,1±19,7		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	19-29	34	10,1±4,1	4,291	0,117
	30-39	43	11,0±4,4		
	40 ve üstü	35	12,4±4,4		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	19-29	34	10,0±6,0	3,153	0,207
	30-39	43	11,4±5,3		
	40 ve üstü	35	12,4±5,9		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	19-29	34	10,6±4,4	3,811	0,149
	30-39	43	11,1±4,0		
	40 ve üstü	35	12,3±4,0		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	19-29	34	14,3±4,9	3,125	0,210
	30-39	43	16,3±4,4		
	40 ve üstü	35	16,4±4,4		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	19-29	34	6,6±3,9	1,573	0,455
	30-39	43	6,7±2,9		
	40 ve üstü	35	8,3±5,2		
Buss-Perry Agresyon Ölçeği Toplam Puanı	19-29	34	102,2±20,0	3,577	0,167
	30-39	43	96,6±28,8		
	40 ve üstü	35	84,9±33,6		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	19-29	34	91,1±17,7	14,646	0,001*
	30-39	43	88,4±16,0		
	40 ve üstü	35	75,8±17,0		

4.6 Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Yaşadığı Yerlere Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların yaşadıkları yerlere göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Köy veya ilçede yaşayan hastaların ÇÇTÖ toplam puanının $72,1\pm 17,9$ olduğu saptandı. Köy veya ilçede yaşayan hastaların ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmalden aldıkları puanların şehir merkezinde yaşayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Hastaların yaşadığı yer ile cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 6: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Yaşadığı Yerlere Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Yaşadığı Yer	n	SS±X	Z	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Köy + ilçe	58	72,1±17,9	-3,184	0,001*
	Şehir Merkezi	54	61,1±19,1		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Köy + ilçe	58	12,3±4,0	-2,832	0,005*
	Şehir Merkezi	54	9,9±4,4		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Köy + ilçe	58	12,5±5,5	-2,542	0,011*
	Şehir Merkezi	54	10,0±5,8		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Köy + ilçe	58	12,2±4,1	-2,361	0,018*
	Şehir Merkezi	54	10,4±4,1		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Köy + ilçe	58	16,7±4,3	-2,173	0,030*
	Şehir Merkezi	54	14,7±4,7		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Köy + ilçe	58	7,9±5,1	-1,305	0,192
	Şehir Merkezi	54	6,4±2,5		
Buss-Perry Agresyon Ölçeği Toplam Puanı	Köy + ilçe	58	95,7±31,3	-,597	0,550
	Şehir Merkezi	54	93,5±26,0		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Köy + ilçe	58	84,4±17,4	-,486	0,627
	Şehir Merkezi	54	86,2±18,5		

4.7. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Medeni Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların medeni durumları ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 7: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Medeni Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Medeni Durum	n	SS±X	X ²	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Evli	59	68,1±18,7	0,715	0,699
	Bekâr	29	64,9±22,0		
	Boşanmış +ayrı yaşıyor	24	65,7±17,3		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Evli	59	11,6±4,2	1,710	0,425
	Bekâr	29	10,5±4,9		
	Boşanmış +ayrı yaşıyor	24	10,7±4,1		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Evli	59	11,5±5,4	,955	0,620
	Bekâr	29	110,0±6,8		
	Boşanmış +ayrı yaşıyor	24	11,2±5,5		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Evli	59	11,3±3,9	,044	0,978
	Bekâr	29	11,3±4,9		
	Boşanmış +ayrı yaşıyor	24	11,2±4,0		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Evli	59	15,8±4,5	,084	0,959
	Bekâr	29	15,3±5,3		
	Boşanmış +ayrı yaşıyor	24	15,9±4,1		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Evli	59	7,7±4,7	2,921	0,232
	Bekâr	29	6,2±2,5		
	Boşanmış +ayrı yaşıyor	24	7,0±4,0		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Evli	59	89,1±28,3	5,393	0,067
	Bekâr	29	98,8±28,2		
	Boşanmış +ayrı yaşıyor	24	103,3±28,8		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Evli	59	83,8±18,7	2,451	0,294
	Bekâr	29	89,7±17,6		
	Boşanmış +ayrı yaşıyor	24	83,5±15,8		

4.8. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Sahip Oldukları Çocuk Sayılarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların sahip olduğu ocuk sayılarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). 3 ve üzeri ocuk sahibi olan hastaların ÇÇTÖ toplam puanı $76,2\pm 16,5$ olduğu belirlendi. Yapılan ileri analiz sonucuna göre 3 ve üzeri ocuk sahibi olan hastaların ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanlarının diğer ocuk sayısına sahip olan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Hastaların sahip oldukları ocuk sayıları ile cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).



Tablo 8: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Sahip Oldukları Çocuk Sayılarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Çocuk Sayısı	n	SS±X	X ²	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Yok	49	65,3±19,9	13,937	0,003
	1 Çocuk	17	58,4±15,6		
	2 Çocuk	14	60,4±19,5		
	3 Çocuk ve üzeri	32	76,2±16,5		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Yok	49	10,7±4,7	15,331	0,002
	1 Çocuk	17	9,8±3,0		
	2 Çocuk	14	8,9±4,5		
	3 Çocuk ve üzeri	32	13,5±3,5		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Yok	49	11,1±6,1	9,965	0,019
	1 Çocuk	17	10,1±5,3		
	2 Çocuk	14	8,4±5,6		
	3 Çocuk ve üzeri	32	13,4±4,9		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Yok	49	11,2±4,5	10,751	0,013
	1 Çocuk	17	9,5±3,4		
	2 Çocuk	14	10,0±3,3		
	3 Çocuk ve üzeri	32	13,0±3,9		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Yok	49	15,5±4,6	10,920	0,012
	1 Çocuk	17	12,8±4,2		
	2 Çocuk	14	16,3±5,0		
	3 Çocuk ve üzeri	32	17,4±3,9		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Yok	49	6,6±3,1	3,538	0,316
	1 Çocuk	17	6,0±2,2		
	2 Çocuk	14	7,6±5,4		
	3 Çocuk ve üzeri	32	8,5±5,3		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Yok	49	101,7±26,8	7,170	0,067
	1 Çocuk	17	88,0±25,6		
	2 Çocuk	14	83,2±28,5		
	3 Çocuk ve üzeri	32	92,4±31,7		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Yok	49	87,7±17,5	2,959	0,398
	1 Çocuk	17	86,3±21,7		
	2 Çocuk	14	86,7±11,7		
	3 Çocuk ve üzeri	32	80,5±18,3		

4.9. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Meslek Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Mesleği ev hanımı olan hastaların cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Ev hanımı hastaların cinsel istismar toplam puanı $8,6\pm 5,2$ olduğu saptandı. Yapılan ileri analiz sonucu mesleği ev hanımı olan hastaların cinsel istismar toplam puanı diğer meslek gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Mesleği işçi veya memur olan hastaların BPAÖ toplam puanı $114,1\pm 19,1$ olarak saptandı. Yapılan ileri analiz sonucu mesleği işçi ve ya memur olanların BPAÖ toplam puanı diğer meslek gruplarına göre anlamlı yüksek olduğu belirlendi ($p<0.01$).

Mesleği olmayan hasta grubunun İÖÖ toplam puanı $90,5\pm 14,7$ olarak saptandı ($p<0.05$). Meslek olmayan hastaların İÖÖ toplam puanı diğer meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmaya katılan hastaların meslek durumları ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 9: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Meslek Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Meslek	n	SS±X	X ²	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Yok	34	69,0±20,8	4,595	0,101
	İşçi +Memur	23	71,9±13,7		
	Ev Hanımı	55	63,3±19,8		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Yok	34	11,2±5,1	8,189	0,117
	İşçi +Memur	23	13,3±3,4		
	Ev Hanımı	55	10,2±4,0		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Yok	34	12,7±6,9	9,918	0,007
	İşçi +Memur	23	13,3±4,6		
	Ev Hanımı	55	9,6±4,9		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Yok	34	12,0±5,1	2,839	0,242
	İşçi +Memur	23	12,2±3,9		
	Ev Hanımı	55	10,5±3,5		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Yok	34	16,6±4,4	4,477	0,107
	İşçi +Memur	23	17,0±3,7		
	Ev Hanımı	55	14,7±4,9		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Yok	34	5,6±1,6	12,520	0,002
	İşçi +Memur	23	6,3±2,5		
	Ev Hanımı	55	8,6±5,2		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Yok	34	104,8±24,2	28,041	0,001
	İşçi +Memur	23	114,1±19,1		
	Ev Hanımı	55	80,2±27,5		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Yok	34	90,5±14,7	7,580	0,023
	İşçi +Memur	23	89,8±13,3		
	Ev Hanımı	55	80,2±20,0		

4.10. : Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Çalışma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların çalışma durumları ile BPAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Çalışan hastaların BPAÖ puan ortalaması $114,9\pm13,4$ olarak belirlendi. Hastaların çalışma durumları ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 10: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Çalışma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Çalışma Durumu	n	SS±X	Z	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Evet	21	69,5±15,0	-1,007	0,314
	Hayır	91	66,1±20,1		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Evet	21	12,7±3,6	-1,605	0,108
	Hayır	91	10,8±4,5		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Evet	21	12,1±4,7	-1,255	0,209
	Hayır	91	11,1±6,0		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Evet	21	12,0±4,1	-,875	0,381
	Hayır	91	11,1±4,2		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Evet	21	16,4±4,0	-,596	0,551
	Hayır	91	15,6±4,7		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Evet	21	6,6±2,0	-,757	0,449
	Hayır	91	7,3±4,4		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Evet	21	114,9±13,4	-3,456	0,001*
	Hayır	91	90,0±29,4		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Evet	21	90,0±13,6	-1,309	0,191
	Hayır	91	84,2±18,6		

4.11. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Hastalıklarının Çalışma Durumlarına Etkisine Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların hastalıklarının çalışma durumlarına etkisine göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 11: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Hastalıklarının Çalışma Durumlarına Etkisine Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Hastalığın Çalışma Durumuna Etkisi	n	SS±X	Z	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Evet	106	67,5±19,4	-1,739	0,082
	Hayır	6	53,6±8,7		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Evet	106	11,4±4,3	-2,640	0,098
	Hayır	6	6,5±3,3		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Evet	106	11,6±5,8	-2,306	0,211
	Hayır	6	6,1±1,6		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Evet	106	11,4±4,3	-,467	0,641
	Hayır	6	10,1±1,1		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Evet	106	15,7±4,7	-,474	0,635
	Hayır	6	16,8±3,7		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Evet	106	7,2±4,2	-,678	0,498
	Hayır	6	6,3±1,5		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Evet	106	94,9±29,3	-,698	0,485
	Hayır	6	89,5±18,9		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Evet	106	85,7±18,0	-,944	0,345
	Hayır	6	78,6±15,0		

4.12. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Gelir Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İOÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların gelir durumlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve BPAÖ toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Geliri giderden az olan hastaların ÇÇTÖ puan ortalaması $71,9\pm 18,8$ olarak saptandı. Yapılan ileri analiz sonucu gelir durumu giderden az olan hastaların ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmalden ve BPAÖ toplam puanı diğer gelir durumlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$) Çalışmaya katılan hastaların gelir durumları ile cinsel istismar ve İOÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$)



Tablo 12: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Gelir Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Gelir Durumu	n	SS±X	X ²	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Gelir Giderden Az	42	71,9±18,8	16,040	0,001*
	Gelir Gidere Denk	60	66,9±18,6		
	Gelir Giderden Fazla	10	44,8±4,9		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Gelir Giderden Az	42	11,8±4,3	16,201	0,001*
	Gelir Gidere Denk	60	11,6±4,1		
	Gelir Giderden Fazla	10	5,7±2,0		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Gelir Giderden Az	42	12,3±6,2	8,991	0,011*
	Gelir Gidere Denk	60	11,4±5,5		
	Gelir Giderden Fazla	10	6,3±1,5		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Gelir Giderden Az	42	13,0±4,2	25,776	0,001*
	Gelir Gidere Denk	60	11,0±3,7		
	Gelir Giderden Fazla	10	6,2±0,7		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Gelir Giderden Az	42	17,0±4,4	10,162	0,006*
	Gelir Gidere Denk	60	15,4±4,7		
	Gelir Giderden Fazla	10	12,5±3,4		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Gelir Giderden Az	42	7,5±4,3	2,195	0,334
	Gelir Gidere Denk	60	7,2±4,2		
	Gelir Giderden Fazla	10	5,8±1,6		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Gelir Giderden Az	42	104,3±28,4	8,761	0,013*
	Gelir Gidere Denk	60	88,5±27,4		
	Gelir Giderden Fazla	10	90,7±30,1		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Gelir Giderden Az	42	83,9±17,3	2,252	0,324
	Gelir Gidere Denk	60	84,9±19,0		
	Gelir Giderden Fazla	10	93,5±11,7		

4.13. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre T, BPAÖ ve İO Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların eğitim durumlarına göre T toplam puanı, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve İO toplam puanı ile aralarında anlamlı bir fark olduğu saptandı. Eğitim durumu okuryazar olan veya olmayan hastaların T toplam puanı $71,7\pm 18,7$ olarak belirlendi. Yapılan ileri analiz sonucuna göre eğitim durumları okuryazar olan veya okur- yazar olmayan hastaların T toplam puanı , fiziksel ihmal , duygusal ihmal ve cinsel istismar puanları diğer eğitim durumlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$).

Eğitim durumu lise ve üstü durumlara sahip olanların İO toplam puanı $90,9\pm 18,6$ olarak belirlendi. Yapılan ileri analiz sonucunda eğitim durumu lise ve üstü olanların diğer eğitim durumlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.01$). Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ile duygusal istismar, fiziksel istismar ve BPAÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).



Tablo 13: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İOÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Eğitim Durumunuz	n	SS±X	X ²	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği	Okuryazar +değil	32	71,7±18,7	6,344	,042
	İlk Öğretim	43	68,5±18,1		
	Lise ve üstü	37	60,5±19,7		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Okuryazar +değil	32	11,5±4,0	4,130	,127
	İlk Öğretim	43	11,9±4,6		
	Lise ve üstü	37	10,0±4,2		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Okuryazar +değil	32	11,9±5,2	1,689	,430
	İlk Öğretim	43	11,6±5,9		
	Lise ve üstü	37	10,5±6,1		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Okuryazar +değil	32	12,4±3,4	7,364	,025*
	İlk Öğretim	43	11,5±4,4		
	Lise ve üstü	37	10,1±4,3		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Okuryazar +değil	32	17,0±4,1	8,161	,017*
	İlk Öğretim	43	16,5±4,1		
	Lise ve üstü	37	13,7±5,0		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Okuryazar +değil	32	9,3±5,4	16,499	0,001*
	İlk Öğretim	43	6,3±3,7		
	Lise ve üstü	37	6,4±2,2		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği	Okuryazar +değil	32	86,4±32,8	3,297	,192
	İlk Öğretim	43	100,6±25,3		
	Lise ve üstü	37	94,8±27,7		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Okuryazar +değil	32	79,6±19,6	6,165	,046*
	İlk Öğretim	43	84,7±14,6		
	Lise ve üstü	37	90,9±18,6		

4.14. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Eşinin Eğitim Durumuna Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan hastaların eşin eğitim durumu ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).



Tablo 14: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Eşinin Eğitim Durumuna Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Eşin Eğitim Durumu	n	SS±X	X ²	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Okur Yazar +değil	29	71,4±18,4	5,427	,066
	İlk Öğretim	33	69,1±15,8		
	Lise ve üstü	21	59,5±20,3		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Okur Yazar +değil	29	12,3±4,6	5,335	,069
	İlk Öğretim	33	11,8±3,4		
	Lise ve üstü	21	9,4±4,3		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Okur Yazar +değil	29	12,2±5,8	3,113	,211
	İlk Öğretim	33	11,8±4,8		
	Lise ve üstü	21	9,7±5,5		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Okur Yazar +değil	29	12,3±4,0	5,202	,074
	İlk Öğretim	33	11,1±3,2		
	Lise ve üstü	21	10,1±4,3		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Okur Yazar +değil	29	17,1±3,8	3,082	,214
	İlk Öğretim	33	15,8±3,9		
	Lise ve üstü	21	14,3±5,3		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Okur Yazar+değil	29	7,7±4,5	0,001	10,001
	İlk Öğretim	33	8,0±5,4		
	Lise ve üstü	21	6,8±2,8		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Okur Yazar+değil	29	90,6±31,9	,388	,824
	İlk Öğretim	33	95,5±29,2		
	Lise ve üstü	21	89,7±25,9		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Okur Yazar +değil	29	79,7±17,7	7,812	,254
	İlk Öğretim	33	80,3±15,6		
	Lise ve üstü	21	92,9±19,0		

4.15. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Eşlerinin Fiziksel Rahatsızlığı Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların eşinde fiziksel rahatsızlık olma durumları ile ÇÇTÖ toplam puan, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastaların eşlerinde fiziksel rahatsızlık olanların ÇÇTÖ toplam puanı $80,1\pm 16,9$ olarak belirlendi. Eşinde fiziksel rahatsızlık olan hastaların ÇÇTÖ toplam puanı, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve İÖÖ toplam puanının eşinde fiziksel rahatsızlık olmayanların toplam puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Hastaların eşin fiziksel rahatsızlığı olup olmaması durumları ile duygusal istismar, fiziksel istismar ve BPAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 15: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Eşlerinin Fiziksel Rahatsızlığı Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Eşinin Fiziksel Rahatsızlığı	n	SS±X	Z	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Evet	7	80,1±16,9	-2,189	,029*
	Hayır	76	66,3±18,1		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Evet	7	13,7±2,8	-1,488	,137
	Hayır	76	11,1±4,2		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Evet	7	14,1±5,7	-1,327	,185
	Hayır	76	11,1±5,3		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Evet	7	14,7±3,9	-2,294	,022*
	Hayır	76	11,0±3,7		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Evet	7	18,8±3,9	-2,417	,016*
	Hayır	76	15,6±4,3		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Evet	7	9,1±3,3	-2,185	,029*
	Hayır	76	7,4±4,6		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Evet	7	16,1±1,9	-2,365	,156
	Hayır	76	15,2±4,8		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Evet	7	97,1±18,5	-2,263	,024*
	Hayır	76	82,0±17,5		

4.16. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Evde Yaşayan Kişilerin Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların evde birlikte yaşayan kişilerin olma durumlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve İÖÖ toplam puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Evde birlikte yaşayan kişiler durumuna evet diyen hastaların ÇÇTÖ toplam puanı $71,5\pm 17,2$ olarak belirlendi. Evde birlikte yaşayan kişiler durumuna evet diyen hastaların ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal puanlarının hayır diye cevap verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. Evde birlikte yaşayan kişiler durumuna hayır diye cevap veren hastaların İÖÖ toplam puanı $90,1\pm 19,0$ olarak belirlendi. Evde birlikte yaşayan kişiler durumuna hayır diye cevap veren hastaların İÖÖ toplam puanı evet diye cevap verilere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Çalışmaya katılan hastaların evde birlikte yaşayan kişilerin olma durumları ile cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 16: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Evde Yaşayan Kişilerin Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Evde Yaşayan Kişiler	n	SS±X	Z	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Evet	62	71,5±17,2	-3,438	0,001*
	Hayır	21	55,6±16,7		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Evet	62	12,2±3,9	-3,101	0,002*
	Hayır	21	8,9±3,9		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Evet	62	12,2±5,4	-2,249	0,025*
	Hayır	21	9,0±4,6		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Evet	62	12,2±3,8	-3,695	0,001*
	Hayır	21	8,6±2,7		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Evet	62	16,6±4,0	-2,394	0,017*
	Hayır	21	13,5±4,8		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Evet	62	8,0±5,0	-,916	0,360
	Hayır	21	6,3±2,3		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Evet	62	94,1±30,7	-1,132	0,258
	Hayır	21	87,1±24,0		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Evet	62	80,9±17,1	-2,065	0,039*
	Hayır	21	90,1±19,0		

4.17. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların İlk Tanı Yaş Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İOÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların ilk tanı alma yaş aralığına göre BPAÖ toplam puanı ile İOÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). İlk tanı yaş aralığı 18-20 olan hastaların BPAÖ toplam puanı $102,0\pm 27,8$ olarak saptandı. Yapılan ileri analiz sonucuna göre ilk tanı yaş aralığı 18-20 olan hastaların BPAÖ toplam puanı diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). İlk tanı yaş aralığı 26-35 olan hastaların İOÖ toplam puanı $92,6\pm 17,4$ olarak saptandı. Yapılan ileri analiz sonucuna göre ilk tanı yaş aralığı 26-35 olan hastaların İOÖ toplam puanı diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Hastaların ilk tanı yaş aralığı ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).



Tablo 17: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların İlk Tanı Yaş Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	İlk Tanı Yaşı	n	SS±X	X ²	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	18-20	36	69,5±20,7	1,007	0,604
	21-25	51	65,1±18,2		
	26-35	25	66,2±19,4		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	18-20	36	11,7±4,6	1,475	0,478
	21-25	51	11,0±4,3		
	26-35	25	10,5±4,2		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	18-20	36	11,7±6,4	,043	0,979
	21-25	51	11,1±5,4		
	26-35	25	11,0±5,5		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	18-20	36	11,7±4,8	,033	0,848
	21-25	51	10,9±3,6		
	26-35	25	11,6±4,3		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	18-20	36	15,5±4,2	,278	0,870
	21-25	51	15,7±5,0		
	26-35	25	16,0±4,5		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	18-20	36	8,0±5,7	5,048	0,080
	21-25	51	6,3±2,7		
	26-35	25	7,9±3,4		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	18-20	36	102,0±27,8	6,967	0,031*
	21-25	51	95,8±27,2		
	26-35	25	81,7±30,1		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	18-20	36	85,2±16,1	6,897	0,032*
	21-25	51	81,8±18,6		
	26-35	25	92,6±17,4		

4.18. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Ailede Bipolar Öyküsünün Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan hastaların ailede bipolar bozukluk öyküsü varlığı durumları ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 18: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Ailede Bipolar Öyküsünün Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Aile Bipolar Öykü	n	SS±X	Z	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Evet	37	65,4±19,7	-,579	0,563
	Hayır	75	67,5±19,1		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Evet	37	11,0±4,5	-,456	0,648
	Hayır	75	11,2±4,3		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Evet	37	11,3±5,8	-,150	0,881
	Hayır	75	11,3±5,7		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Evet	37	11,1±4,4	-,326	0,745
	Hayır	75	11,4±4,0		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Evet	37	15,8±5,2	-,249	0,803
	Hayır	75	15,7±4,3		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Evet	37	6,7±2,9	-,393	0,348
	Hayır	75	7,4±4,6		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Evet	37	97,8±26,7	-,981	0,327
	Hayır	75	93,1±29,8		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Evet	37	82,2±17,5	-1,331	0,183
	Hayır	75	86,8±18,0		

4.19. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Ailede Psikiyatrik Hastalık Öykü Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan hastaların Ailede Psikiyatrik Hastalık Öykü Olma Durumları ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 19: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Ailede Psikiyatrik Hastalık Öykü Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Aile Psikt. Hast. Öykü	n	SS±X	Z	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Evet	97	66,7±18,9	-,137	0,891
	Hayır	15	67,1±22,1		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Evet	97	11,2±4,3	-,034	0,973
	Hayır	15	11,0±5,0		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Evet	97	11,4±5,8	-,323	0,747
	Hayır	15	10,8±5,3		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Evet	97	11,5±4,2	-1,003	0,316
	Hayır	15	10,2±3,4		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Evet	97	15,8±4,6	-,520	0,603
	Hayır	15	15,0±4,7		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Evet	97	6,7±3,4	-2,339	0,119
	Hayır	15	10,4±6,4		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Evet	97	97,5±28,6	-2,816	0,125
	Hayır	15	76,0±23,1		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Evet	97	85,9±17,9	-1,013	0,311
	Hayır	15	81,2±17,8		

4.20. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların İlaçları Düzenli Kullanma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). İlaçlarını düzenli kullanmayan hastaların ÇÇTÖ toplam puanı $77,6\pm 16,3$ olduğu saptandı. İlaçlarını düzenli kullanmayan hastaların ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı ilaçlarını düzenli kullananlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan hastaların ilacı düzenli kullanma durumları ile cinsel istismar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 20: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların İlaçları Düzenli Kullanma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	İlaçları Düzenli Kullanma	n	SS±X	Z	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Evet	77	61,8±18,5	-4,160	0,001*
	Hayır	35	77,6±16,3		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Evet	77	10,1±4,3	-3,910	0,001*
	Hayır	35	13,5±3,6		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Evet	77	10,1±5,1	-2,988	0,003*
	Hayır	35	13,8±6,3		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Evet	77	9,8±3,3	-5,222	0,001*
	Hayır	35	14,6±4,0		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Evet	77	14,5±4,7	-4,028	0,001*
	Hayır	35	18,4±3,1		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Evet	77	7,5±4,6	-,340	0,734
	Hayır	35	6,5±2,5		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Evet	77	89,2±26,5	-3,570	0,001*
	Hayır	35	106,7±30,2		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Evet	77	82,4±19,6	-2,386	0,017*
	Hayır	35	91,7±11,3		

4.21. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Kontrollerine Düzenli Gelme Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların kontrollerine düzenli gelme durumlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve BPAÖ toplam puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Kontrollerine düzenli gelmeyen hastaların ÇÇTÖ toplam puanı 75,3±16,1 olduğu saptandı. Kontrollerine düzenli gelmeyen hastaların ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar , fiziksel istismar , fiziksel ihmal ve BPAÖ toplam puanı kontrollere düzenli gelenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi (p<0.05). Çalışmaya katılan hastaların kontrollere düzenli gelme durumları ile cinsel istismar ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0.05).

Tablo 21: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Kontrollerine Düzenli Gelme Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Kontrollere Düzenli Gelme	n	SS±X	Z	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Evet	56	58,3±18,4	-4,791	0,001
	Hayır	56	75,3±16,1		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Evet	56	9,4±4,4	-4,156	0,001
	Hayır	56	12,9±3,6		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Evet	56	9,6±5,2	-3,398	0,001
	Hayır	56	13,0±5,8		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Evet	56	9,2±3,2	-5,451	0,001
	Hayır	56	13,5±3,9		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Evet	56	14,1±5,2	-3,192	0,001
	Hayır	56	17,4±3,2		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Evet	56	6,5±3,3	-1,836	0,066
	Hayır	56	7,8±4,7		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Evet	56	87,9±24,7	-2,963	0,003
	Hayır	56	101,3±31,1		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Evet	56	83,6±20,4	-,748	0,454
	Hayır	56	87,0±15,0		

4.22. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların İntihar Girişimleri Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan hastaların intihar girişimlerinin ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve BPAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Hastaların İÖÖ toplam puanı ile intihar girişimleri durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). 2-3 kez intihar girişimi olan hastaların İÖÖ toplam puanı $103,7\pm 12,6$ olarak belirlendi. Yapılan ileri analiz sonucuna göre 2-3 kez intihar girişimi olan hastaların İÖÖ toplam puanı diğer girişim durumlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$).

Tablo 22: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların İntihar Girişimleri Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	İntihar Girişimi	n	SS±X	X ²	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Yok	64	67,3±19,8	,500	0,779
	Bir kez	35	67,4±15,8		
	2-3 kez	13	62,6±25,4		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Yok	64	11,1±4,6	,494	0,781
	Bir kez	35	11,5±3,9		
	2-3 kez	13	10,3±4,7		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Yok	64	11,5±5,9	,098	0,952
	Bir kez	35	11,0±5,6		
	2-3 kez	13	10,9±5,8		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Yok	64	11,5±4,4	,426	0,808
	Bir kez	35	11,2±3,3		
	2-3 kez	13	10,9±5,4		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Yok	64	16,1±4,3	,664	0,717
	Bir kez	35	15,6±4,3		
	2-3 kez	13	14,0±6,5		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Yok	64	7,0±4,3	5,895	0,052
	Bir kez	35	7,5±4,1		
	2-3 kez	13	7,5±3,0		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Yok	64	92,8±28,7	,591	0,744
	Bir kez	35	96,1±31,5		
	2-3 kez	13	100,0±21,3		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Yok	64	77,0±14,5	36,782	0,001
	Bir kez	35	93,6±16,5		
	2-3 kez	13	103,7±12,6		

4.23. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların İntihar Düşünceleri İle Baş Etme Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan hastaların intihar durumları ile baş etme yöntemlerinin ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 23: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların İntihar Düşünceleri İle Baş Etme Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	İntihar Düşüncesi İle Baş Etme	n	SS±X	X ²	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Dini İmtihan olarak	23	66,7±17,7	,498	0,780
	İlaç Tedavisi Hastane Yatış	27	63,1±19,9		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Dini İmtihan olarak	23	11,0±4,0	,715	0,699
	İlaç Tedavisi Hastane Yatış	27	10,6±4,6		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Dini İmtihan olarak	23	11,5±6,1	1,941	0,379
	İlaç Tedavisi Hastane Yatış	27	9,9±5,2		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Dini İmtihan olarak	23	11,6±3,7	1,808	0,405
	İlaç Tedavisi Hastane Yatış	27	10,4±4,0		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Dini İmtihan olarak	23	15,3±5,0	,055	0,973
	İlaç Tedavisi Hastane Yatış	27	15,0±5,0		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Dini İmtihan olarak	23	7,2±3,0	3,265	0,195
	İlaç Tedavisi Hastane Yatış	27	7,4±4,4		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Dini İmtihan olarak	23	88,5±34,6	2,296	0,317
	İlaç Tedavisi Hastane Yatış	27	103,2±21,1		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Dini İmtihan olarak	23	90,5±18,7	4,250	0,119
	İlaç Tedavisi Hastane Yatış	27	98,9±14,6		

4.24. Bipolar Bozukluğu Olan Hastalara Destek Olan Birinin Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların ihtiyaç duyduklarında destek birinin olma durumlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastaların destek olan biri durumuna hayır diyenlerin ÇÇTÖ toplam puanı $89,5\pm 10,6$ olduğu belirlendi. Bipolar bozukluk tanılı hastaların ihtiyaç duyduklarında destek olan biri durumuna hayır diyenlerin ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanları evet diyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Çalışmaya katılan hastaların ihtiyaç duyduklarında destek olan birinin olma durumları ile cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 24: Bipolar Bozukluğu Olan Hastalara Destek Olan Birinin Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Destek Olan Biri	n	SS±X	Z	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Evet	98	63,5±18,0	-4,652	0,001
	Hayır	14	89,5±10,6		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Evet	98	10,5±4,2	-4,327	0,001
	Hayır	14	15,8±2,0		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Evet	98	10,4±5,2	-3,628	0,001
	Hayır	14	17,3±6,0		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Evet	98	10,6±3,8	-4,361	0,001
	Hayır	14	16,2±3,2		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Evet	98	15,0±4,4	-4,318	0,001
	Hayır	14	20,5±2,7		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Evet	98	7,0±3,7	-,586	0,558
	Hayır	14	8,5±6,0		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Evet	98	93,0±28,0	-2,077	0,038
	Hayır	14	106,2±32,4		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Evet	98	85,7±18,2	-,709	0,479
	Hayır	14	82,3±15,9		

4.25. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Aile ve Arkadaş Desteği Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların aile ve arkadaşlarından aldıkları desteği yeterli olma durumlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve BPAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Aile ve arkadaş desteğine hayır diyenlerin ÇÇTÖ toplam puanı $72,2\pm 15,6$ olduğu belirlendi. Aile ve arkadaş desteğine hayır diyenlerin ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve BPAÖ toplam puanı aile ve arkadaş desteğine evet diyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Çalışmaya katılan hastaların aile ve arkadaşlarından aldıkları destek durumlarının İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 25: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Aile ve Arkadaş Desteği Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Aile Ve Arkadaş Destek	n	SS±X	Z	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Evet	38	56,2±21,3	-4,316	0,001
	Hayır	74	72,2±15,6		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Evet	38	9,0±4,8	-3,476	0,001
	Hayır	74	12,2±3,7		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Evet	38	9,2±5,3	-3,229	0,001
	Hayır	74	12,4±5,7		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Evet	38	8,7±3,3	-4,859	0,001
	Hayır	74	12,6±3,9		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Evet	38	13,9±5,6	-2,318	0,020
	Hayır	74	16,6±3,7		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Evet	38	6,6±4,3	-2,286	0,022
	Hayır	74	7,5±4,0		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Evet	38	83,8±24,6	-2,889	0,004
	Hayır	74	100,2±29,3		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Evet	38	80,5±20,4	-1,857	0,063
	Hayır	74	87,7±16,1		

4.26. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Ailede İntihar Girişimi Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan hastaların ailede intihar girişimi olma durumları ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 26: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Ailede İntihar Girişimi Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Ailede İntihar Girişimi	n	SS±X	Z	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Evet	24	67,7±22,6	-,298	0,766
	Hayır	88	66,5±18,3		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Evet	24	10,8±4,6	-,416	0,677
	Hayır	88	11,2±4,3		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Evet	24	12,0±6,8	-,454	0,650
	Hayır	88	11,1±5,5		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Evet	24	12,0±5,7	-,416	0,677
	Hayır	88	11,1±3,6		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Evet	24	16,5±4,8	-1,187	0,235
	Hayır	88	15,5±4,6		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Evet	24	6,9±3,5	-,889	0,374
	Hayır	88	7,3±4,3		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Evet	24	109,2±21,5	-2,883	0,004
	Hayır	88	90,7±29,3		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Evet	24	88,6±14,6	-,905	0,366
	Hayır	88	84,4±18,7		

4.27. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Kendilerine Yönelik Şiddet Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların kendinize yönelik şiddet davranışlarına göre İÖÖ ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Kendisine yönelik en az bir defa şiddet davranışı gösteren hastaların İÖÖ puan ortalaması $98,5\pm 14,1$ olduğu belirlendi. Kendisine yönelik en az bir kez şiddet davranışı gösteren hastaların İÖÖ toplam puanı kendisine yönelik şiddet davranışı göstermeyen hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Çalışmaya katılan hastaların kendilerine yönelik şiddet davranışı ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve BPAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 27: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Kendilerine Yönelik Şiddet Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Kendinize Yönelik Şiddet	n	SS±X	Z	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Yok	79	65,9±19,1	-,664	0,507
	En Az Bir Defa	33	68,8±19,7		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Yok	79	11,0±4,3	-,647	0,518
	En Az Bir Defa	33	11,4±4,6		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Yok	79	11,0±5,7	-,882	0,378
	En Az Bir Defa	33	12,1±5,9		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Yok	79	11,2±4,3	-,548	0,584
	En Az Bir Defa	33	11,6±3,9		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Yok	79	15,5±4,5	-1,223	0,221
	En Az Bir Defa	33	16,3±4,9		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Yok	79	7,1±4,0	-,241	0,809
	En Az Bir Defa	33	7,3±4,4		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Yok	79	97,3±28,7	-1,743	0,081
	En Az Bir Defa	33	88,2±28,4		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Yok	79	79,8±16,4	-5,150	0,001
	En Az Bir Defa	33	98,5±14,1		

4.28. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Başkalarına Yönelik şiddet Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların başkalarına yönelik şiddet davranış durumlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Başkalarına yönelik şiddet davranışını sıklıkla yapanların ÇÇTÖ puan ortalaması $77,2\pm 18,1$ olduğu belirlendi. Yapılan ileri analiz sonucuna göre başkalarına yönelik şiddet davranışını sıklıkla yapanların ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, BPSÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı başkalarına yönelik şiddet davranışı göstermeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Hastaların başkalarına yönelik şiddet davranışları ile fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$)



Tablo 28: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Başkalarına Yönelik Şiddet Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Başkalarına Yönelik Şiddet	n	SS±X	X ²	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Yok	25	60,0±21,6	15,933	0,001
	Bir kaç kez	54	63,5±16,3		
	Sıklıkla	33	77,2±18,1		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Yok	25	9,2±4,5	14,551	0,001
	Bir kaç kez	54	10,7±3,8		
	Sıklıkla	33	13,3±4,4		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Yok	25	9,6±6,4	17,021	0,001
	Bir kaç kez	54	15,0±5,8		
	Sıklıkla	33	9,8±4,3		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Yok	25	10,3±3,6	9,377	0,009
	Bir kaç kez	54	10,4±3,1		
	Sıklıkla	33	13,6±5,2		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Yok	25	13,8±4,9	9,356	0,009
	Bir kaç kez	54	15,5±4,8		
	Sıklıkla	33	17,6±3,4		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Yok	25	6,7±4,3	7,020	0,030
	Bir kaç kez	54	7,3±3,7		
	Sıklıkla	33	7,5±4,7		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Yok	25	61,1±18,0	60,640	0,001
	Bir kaç kez	54	94,4±24,1		
	Sıklıkla	33	120,4±10,0		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Yok	25	72,4±19,4	14,125	0,001
	Bir kaç kez	54	88,5±11,9		
	Sıklıkla	33	89,3±17,7		

4.29. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Sigara Kullanım Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan hastaların sigara kullanımlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar ve fiziksel istismar ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Sigara kullanımı olan hastaların ÇÇTÖ toplam puanı $69,6\pm 18,7$ olarak belirlendi. Sigara kullanan hastaların ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar ve fiziksel istismar puanlarının sigara kullanmayan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastaların sigara kullanımları ile duygusal ihmal, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 29: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Sigara Kullanım Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Sigara Kullanımı	n	SS±X	Z	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Evet	94	69,6±18,7	-3,622	0,001
	Hayır	18	51,8±14,9		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Evet	94	11,8±4,2	-3,571	0,001
	Hayır	18	7,7±3,8		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Evet	94	12,1±5,7	-3,998	0,001
	Hayır	18	6,8±3,6		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Evet	94	11,8±4,2	-2,659	0,008
	Hayır	18	8,8±2,9		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Evet	94	16,0±4,3	-1,183	0,237
	Hayır	18	14,1±5,7		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Evet	94	7,5±4,4	-1,717	0,086
	Hayır	18	5,3±0,6		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Evet	94	96,3±29,7	-1,823	0,068
	Hayır	18	86,0±21,8		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Evet	94	86,5±17,2	-1,514	0,130
	Hayır	18	78,8±20,4		

4.30. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Alkol Kullanım Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların alkol kullanımlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar ve BPAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Alkol kullanımı olan hastaların ÇÇTÖ puan ortalaması $72,9\pm 17,0$ olduğu belirlendi. Alkol kullanımı olan hastaların ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar ve fiziksel istismar alkol kullanımı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastaların alkol kullanımları ile fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 30: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Alkol Kullanım Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Alkol Kullanımı	n	SS±X	Z	p
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Evet	32	72,9±17,0	-2,110	0,035
	Hayır	80	64,3±19,6		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Evet	32	13,3±3,8	-3,174	0,002
	Hayır	80	10,3±4,3		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Evet	32	13,9±5,3	-3,358	0,001
	Hayır	80	10,2±5,6		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Evet	32	12,6±4,4	-1,816	0,069
	Hayır	80	10,8±4,0		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Evet	32	16,9±4,2	-1,308	0,191
	Hayır	80	15,3±4,7		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Evet	32	5,7±1,8	-2,901	0,074
	Hayır	80	7,8±4,6		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Evet	32	105,8±26,2	-2,600	0,009
	Hayır	80	90,2±28,7		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Evet	32	89,8±15,7	-1,582	0,114
	Hayır	80	83,5±18,5		

4.31. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Madde Kullanım Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların madde kullanımına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar ve BPAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı. Madde kullanımı olanların ÇÇTÖ toplam puanı $76,8\pm 18,2$ olduğu belirlendi. Madde kullanımı olanların ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar ve BPAÖ toplam puanı madde kullanımı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastaların madde kullanımları ile duygusal ihmal ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 31: Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Madde Kullanım Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Madde Kullanımı	n	SS±X	Z	P
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam Puanı	Evet	33	76,8±18,2	-3,499	0,001
	Hayır	79	62,6±18,2		
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	Evet	33	13,9±3,7	-4,247	0,001
	Hayır	79	10,0±4,1		
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	Evet	33	15,6±5,8	-4,782	0,001
	Hayır	79	9,5±4,7		
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	Evet	33	13,7±4,8	-3,349	0,001
	Hayır	79	10,3±3,4		
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	Evet	33	17,1±4,4	-2,028	0,053
	Hayır	79	15,1±4,6		
ÇÇTÖ Cinsel İstismar	Evet	33	7,9±4,6	-3,905	0,001
	Hayır	79	5,4±1,5		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı	Evet	33	109,2±26,5	-3,623	0,001
	Hayır	79	88,6±27,6		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı	Evet	33	89,0909±	-1,184	0,236
	Hayır	79	83,7722±		

TARTIŞMA:

Bipolar bozuklukta hastalığın kalıtsal yönünün her ne kadar etkili olduğu bilinse de psikososyal etkilerin hastalığın oluşumunda ve takip ettiği ataklarda tesirinin olduğu düşünülmektedir (92). Bipolar bozukluğa sahip hastaların çocukluk ve ergenlik süreçlerine bakıldığında örselenme olaylarına, sağlıklı kontrollerden daha fazla uğradıkları görülmüştür (82). Bipolar bozukluk ile yaşam stresörleri arasındaki ilişkiler incelenmiş, bipolar bozukluğun bu yaşam stresörlerinden etkilendiği, hastalığın ortaya çıkmasında önemli işlevleri olduğu görüşleri ortaya atılmıştır (87)

Bu çalışmanın amacı, bipolar hastaların çocukluk çağında yaşamış oldukları travmaların varlığını ve sıklığını göstermek, hastalık sürecinde göstermiş oldukları saldırganlık ve intihar durumlarının travma ile ilişkisini değerlendirmek ve bu duruma dikkat çekmektir.

Bu bölümde elde edilen sonuçlar ile ilgili araştırmalar karşılaştırılarak tartışıldı.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Çocukluk Çağı Travması Ölçeği, Buss-Perry Agresyon Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Alınan Toplam Puanların Tartışılması:

Bipolar bozukluğu olanların hastalıkların gidişinin başlangıcında ortaya çıkan depresif ve manik nöbetleri tetikleyen toplumsal-kültürel özelliklerin olduğu görülmüştür. Hastalık sürecinde yaşanan bu nöbetlerde biyolojik etkenler ve çocukluk döneminde karşılaşılan travmatik olayların da kalıcı etkiler bırakabileceği ifade edilmiştir (9).

Çalışmada ÇÇTÖ toplam puan $66,8 \pm 19,2$, ÇÇTÖ'ü alt ölçeklerinin toplam puanları; duygusal istismar $11,1 \pm 4,4$, fiziksel istismar $11,3 \pm 5,7$, fiziksel ihmal $11,3 \pm 4,2$, duygusal ihmal $15,7 \pm 4,6$ ve cinsel istismar $7,2 \pm 4,1$ olduğu bulundu. Uçar 2016 yılında ki çalışmasında 50 hastanın ÇÇTÖ toplam puanı $43,7 \pm 17,0$, alt ölçekleri toplam puanları; duygusal istismar $9,5 \pm 5,1$, fiziksel istismar $7,5 \pm 4,8$, fiziksel ihmal $7,9 \pm 2,7$, duygusal ihmal $11,9 \pm 4,8$ ve cinsel istismar $6,7 \pm 3,4$ olduğunu belirtmiştir (6). Uğur 2010 yılında bipolar hastalarda yaptığı araştırmasında, 100 hastadan elde ettiği ÇÇTÖ toplam puanı $39,5 \pm 14,5$, ÇÇTÖ alt ölçekleri toplam puanları; duygusal ihmal $7,6 \pm 3,4$, fiziksel ihmal $6,9 \pm 6,0$, duygusal istismar $10,2 \pm 4,4$, fiziksel istismar $7,7 \pm 3,6$ ve cinsel istismar $6,9 \pm 4,2$ olduğunu saptamıştır (10). Hastaların çocukluk çağı travmaları toplam puanlarının yüksek olduğu belirlendi. Çocuğun kalabalık aile içinde yaşamış olması, anne ve babalarının eğitim düzeyleri ile ailenin sosyo-ekonomik seviyelerinin düşük ve aile

süreçlerinin bozuk olmasından kaynaklı gelişim döneminde aileden aldığı bakım ve hijyen durumlarının yetersiz olmasına, yeterli eğitim alamamasına, çocuğun benlik kavramı yeterli seviyede gelişmediğinden travmalar yaşamasına neden olmaktadır. Yaşanmış olan bu travmaların sonucunda da bireyin ileriki dönemde bipolar hastalığı için zemin hazırlayabileceği düşünülebilir.

Bipolar bozukluğu olan hastaların BPAÖ toplam puanı $94,6\pm 28,8$ olduğu belirlendi. BPAÖ alt ölçekleri fiziksel saldırganlıktan $23,9\pm 9,8$, öfkeden $23,2\pm 7,5$, düşmanlıktan $17,7\pm 5,3$ ve sözel saldırganlıktan $15,9\pm 4,8$ puan aldıkları saptandı. Uygun 2016 yılında 167 bipolar hastada dürtüsellik ve agresyon arasındaki ilişkisini belirlemek için yapmış olduğu çalışmada bipolar hastaların BPAÖ toplam puanı $31,2\pm 19$, BPAÖ alt ölçek puanları ise sözel saldırganlık $6,1\pm 3,5$, öfke $7,9\pm 5,7$, düşmanlık $10,4\pm 6,7$ ve fiziksel şiddet $6,7\pm 7,4$ olarak belirlemiştir (93). Ata ve Kelleci 2012’de psikiyatri kliniğinde yatan hastaların tanılarına göre agresyon düzeyleri belirlemek için yapmış olduğu çalışmada bipolar bozukluk tanılı hastaların BPAÖ toplam puanı $81,9\pm 25,8$ olarak saptanmıştır (94). BPAÖ’i ortanca değeri 78 olan ölçeğin değerlendirmesine göre bipolar bozukluğu olan hastaların saldırganlık düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu belirlendi. Güleç ve arkadaşlarının (2009) bipolar bozuklukta dürtüsellik ve agresyonu inceleyen çalışmada, bipolar bozuklukta agresyon düzeyinin sağlıklı kontrol grubundan yüksek sonuçlar gösterdiğini ve BPAÖ toplam puanı $69,7\pm 21,5$ olduğunu bildirmişlerdir (62). Bipolar hastaların duygudurumları değişken olduğu için mani dönemlerinde dışarıdan gelen uyaranlara tepkilerinin başkalarına yönelik sözel ve fiziksel saldırganlık olarak görüldüğü ve öfke kontrollerinin yetersiz olduğu, depresyon dönemlerinde ise pasif saldırganlıklar ve sözel saldırganlık olarak gözlenmektedir. Çocukluk döneminde aile ve yakın çevrelerinden uğramış oldukları şiddet ve saldırganlık davranışları bireyin benliğinde yer edinerek öğrenilmesine neden olabileceği söylenebilir.

Çalışmada bipolar hastaların İÖÖ’ den aldıkları toplam puanı $85,3\pm 17,9$, İÖÖ alt ölçekleri umutsuzluktan $29,3\pm 6,1$, intihar düşüncesinden $15,4\pm 7,1$, düşmanlıktan $17,7\pm 5,3$, olumsuz kendilik değerlendirmesinden $22,8\pm 4,8$ puan aldıkları saptandı. Çapar 2017 yılında psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda psikolojik dayanıklılık ve intihar olasılığı ilişkisini araştırdığı çalışmada, bipolar hastaların İÖÖ toplam puan ortalaması $70,5\pm 10,6$, İÖÖ alt ölçekleri umutsuzluktan $20,2\pm 4,2$, düşmanlıktan $12,0\pm 2,6$, olumsuz kendini değerlendirmeden $22,6\pm 3,9$ ve intihar düşüncesinden

12,2±3,2 puan aldıklarını belirlemiştir (95). Gökdemir' in 2011 yılında bipolar hastalarda intihar düzeylerini belirlediği çalışmasında 24 hastadan elde ettiği İÖÖ puanları 40 ila 89 arasında değiştiğini ve İÖÖ toplam puanı 66,1±15,4 olarak belirtmiştir (78). Çalışmada bipolar bozukluğu olan hastaların intihar olasılıklarının yüksek olduğu belirlendi. Bipolar hastaların depresyon dönemlerinde yaşadıkları umutsuzluk, olumsuz kendini değerlendirme, yaşamdan zevk alamama, sosyal destek sistemlerinin zayıf olması ve tedavi süreçlerinin başarılı bir şekilde yürütülememesi gibi semptomlar intihar olasılığını tetikleyebileceği söylenebilir.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Çocukluk Çağı Travmalarının Dağılımının Tartışılması

Çalışmaya katılan hastalarda fiziksel ihmal %89,3, duygusal ihmal %74,1, fiziksel istismar %75,9, duygusal istismar %79,5, cinsel istismar ise %40,2 oranında olduğu saptandı. Garino ve arkadaşlarının 2005 yılında yapmış olduğu çalışmada bipolar bozukluğu bulunan hastalarda fiziksel istismar yaşama %37, duygusal istismar %37, duygusal ihmal %24 ve fiziksel ihmal %12 değerinde olduğunu belirtmişlerdir (37). Erten ve arkadaşlarının 2014 yılında yapmış oldukları çalışmalarında, bipolar bozukluğu olan hastalarda duygusal istismar %26,7, fiziksel istismar %25,9, cinsel istismar %20,7, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal beraber değerlendirilmiş ve %39,7 olarak belirlenmiştir (49).

Erdem 2017 yılında yaptığı çalışmasında bipolar bozukluğa sahip olan hastaların fiziksel ihmal dışında ki tüm travma türlerine daha fazla uğradıklarını ifade etmiştir (96). Bipolar hastalarda tüm istismar ve ihmali varlığı belirlenmiş olup en az oranın cinsel istismarda olduğu saptanmıştır. Bireylerin cinsel istismar öykülerini ifade etmekten kaçındıkları düşünülürse bu oranın düşük çıkma sebebi olarak varsayılabilir. Bunun yanında diğer istismar ve ihmalleri ifade etmekten çekinmedikleri ayrıca bu konular hakkında yardım arayışında bulduklarını düşündürmektedir. Bipolar hastalarda çocukluk çağı örselenme durumunun çeşitli şekillerde var olduğu söylenebilir. Çalışmada çocukluk çağı travma ölçeğinin alt ölçeklerinin kesim noktaları düşük olduğu için hastalardan alınan değerlerin yüksek olması bu duruma bağlanabilir.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Çocukluk Çağı Travması Ölçeği (ÇÇTÖ), Buss-Perry Agresyon Ölçeği (BPAÖ) ve İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) İlişkisinin Tartışılması:

Epidemiyolojik çalışmalarda bipolar bozukluk hastalarının yaşam boyu agresyon düzeylerinin toplum ortalamasının çok üstünde olduğunu göstermekte ve eşlik eden bir psikiyatrik ek tanı olması durumunda bu riskin daha da arttığı belirtilmiştir (81).

Çalışmada Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Buss-Perry Agresyon Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği ile aralarında istatistiksel anlamda pozitif yönde ilişki olduğu tespit edildi. Bipolar hastalarında çocukluk çağı travmaları durumu arttıkça agresyon düzeyleri ve intihar olasılıklarının arttığı söylenebilir. Örselenme yaşayan bireyde benlik saygısının düşmesi ve hastalık sonucu oluşan baş etme yöntemlerinde yetersizlik sonucu intihar girişiminde bulunabileceği ifade edilebilir. Çocuğun gelişim dönemlerinde aileden aldığı eğitimin yetersiz olması, anne babanın eğitim düzeylerinin düşük olması, ailede sigara, madde ve alkol tüketiminin olması, aile içinde şiddete uğraması ve dağılmış aile bireyleri ile büyüyen çocuğun baş etme yöntemlerinde yetersizliğe, umutsuzluk duygusunun ortaya çıkmasına, fiziksel ve sözel saldırganlık davranışlarının gelişiminde yatkınlık olabileceği söylenebilir. Nehir ve arkadaşlarının 2018 yılındaki çalışmalarında intihar girişiminde bulunan hastaların duygusal ihmal ve toplam şiddet ölçek puan ortalamaları, intihar girişiminde bulunmayan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunduğunu saptamışlardır (9). Bu konu hakkında daha önceden araştırılmış her hangi bir literatür bilgisine ulaşılamadı.

Çalışmada ÇÇTÖ ile BPAÖ arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki bulundu ($p < 0,05$). Bipolar hastalarda çocukluk çağı travmaları öyküsünün varlığı bireyde saldırgan tavırlar gösterme ile ilişkili olduğu ifade edilebilir. Çocukluk çağında bireyin ailesi ve sosyal çevresi tarafından aşağılanması, sözlü ve fiziksel şiddete, cinsel istismara ve ihmale uğraması sonucu oluşan güvensizlik ve düşmanlık duygusunun bireyin ilerleyen dönemde hastalık ile birlikte gelişen dürtüsellik ve agresif durumlarını tetiklediği belirtilmekte (97). Algül ve arkadaşlarının 2009 yılındaki çalışmasında belirtildiği gibi çocukluk çağı travmaları ile saldırganlık düzeyi arasında pozitif ilişki bulunmaktadır. Aile içinde şiddete maruz kalan çocukların saldırganlık düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (98). Nehir ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış oldukları araştırmalarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Buss-Durkee Saldırganlık Ölçeği alt ölçekleri arasında pozitif ilişki olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmada BPAÖ ile ÇÇTÖ ve alt ölçekleri olan duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal ile aralarında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,05$). Çocukluk çağı travmaları arttıkça saldırganlık düzeylerinin arttığı söylenebilir. Erdem 2017 yılındaki çalışmasında araştırmaya katılan olguların agresyon düzeyi ile duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve çocukluk çağı travmaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğunu belirlemiştir (96). Garno ve arkadaşları (2005), bipolar hastalar ile yaptıkları çalışmada, çalışma grubunun yarısında en az bir kategoride istismar olduğunu belirlemişlerdir. İstismar yaşayan hastalarda, yaşamayanlara göre, agresif belirtilerin şiddetinin daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir (37).

İntihar girişimi ve kendine zarar verme, çocukluk çağında örselenme yaşayan bireylerde bir arada ve sık görülebilen davranışlardır (99). Bipolar Bozukluğu olan hastalarda intihar için distal risk faktörlerinden biri olan olumsuz erken yaşam deneyimleri ile proksimal risk faktörleri intihar niyeti, umutsuzluk sayılmaktadır. Distal risk faktörleri hastalarda intihar için bir zemin hazırlarken, proksimal risk faktörleri intiharı tetiklemektedir (80).

Bipolar hastalarda ÇÇTÖ ile İÖÖ arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($p<.000$). Çocukluk çağı travma öyküsü olan hastalarda intihar riskinin arttığı söylenebilir. Travma yaşayan bireyde kendini olumsuz değerlendirme (benlik saygısının yetersizliği), umutsuzluk, hayattan zevk alama ve hastalığa bağlı olarak gelişen öğrenilmiş çaresizlik sonucu hastada intihar olasılığını arttırabileceği ifade edilebilir. Bu çalışmaya benzer olarak; Erdem 2017 de yaptığı araştırmasında, bipolar bozukluğu olan hasta grubu ile sağlıklı grupların çocukluk çağı travmaları puanları intihar girişimi ile karşılaştırılmıştır. ÇÇTÖ toplam puanı ile intihar girişimi arasında ve ÇÇTÖ cinsel istismar puanları ile sağlıklı grup arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Bu bilgiler ışığında travma yükünün total olarak fazla olduğunu ve cinsel istismara uğrayan bipolar hasta grubunda, intihar girişimin daha fazla olduğunu belirtmiştir (96). Çocukluk çağı örselenmelerin bireyin ilerleyen dönemlerinde intihar girişiminde bulunabileceği söylenebilir.

Garno ve ark. (2005) araştırmalarında herhangi bir örselenme varlığı ile yüksek oranda intihar girişimleri arasında ilişki olduğunu saptamıştır. Bipolar bozukluğu olan hastalarda duygusal istismar olanlarda daha çok intihar girişimi belirtirken, bu oran duygusal ihmal, fiziksel ihmal veya fiziksel istismar için aynı oranda bulunmamıştır.

Çocukluk çağı istismar ve ihmal durumları arttıkça, intihar girişimi sayısının da arttığı bildirmektedirler (37). Nehir ve ark. 2016 yılında yaptıkları çalışmalarında çocukluk çağı istismarının çeşitli türleri ile yaşam boyu intihar girişimleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (9).

Erten ve arkadaşlarının 2014 yılında, herhangi bir çocukluk çağı travması ile intihar girişimi arasında ilişki belirtirken, alt tipler araştırıldığında fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ile intihar girişimleri arasında ilişki olduğunu saptamıştır. Hem fiziksel, hem de cinsel istismar öyküsü olan gruplarda, hem ilk hem de son duygudurum dönemi öncesinde psikososyal stres etkeni sıklığının yüksek olduğu bildirilmiştir (49).

Uğur 2008 yılında bipolar hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında bipolar hastaların intihar girişimlerinin çocuklukta yaşamış olduğu örselenme durumu ile ilişkili olduğunu saptamıştır (100).

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Cinsiyetlerine Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışılması

Erkek hastaların ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve BPAÖ toplam puanının kadınlara göre yüksek olduğu belirlendi. Erkeklerin toplum içinde yüklenen sorumlulukları yerine getirmede yetersizlikler yaşaması sonucuna bağlı olarak bireyin kaygı düzeyinin artması ile birlikte saldırganlık ve intihar olasılığını arttırdığı düşünülebilir. Uçar (2016) bipolar hastalarda yaptığı çalışmasında kadın hastaların ÇÇTÖ toplam puanının erkek hastalara göre anlamlı derecede yüksek olduğunu belirtmiştir (6). Uğur (2010) bipolar bozukluk tanılı hastalarda ÇÇTÖ toplam puanının kadınlarda daha yüksek olduğunu saptamıştır (10). Güleç ve arkadaşlarının (2009) bipolar bozuklukta dürtüsellik ve agresyonu inceleyen çalışmasında, bipolar bozukluğu olan hastalarda agresyon düzeyinin sağlıklı kontrol grubundan yüksek olduğunu belirtilmişlerdir (62).

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Yaş Gruplarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışılması

19-29 yaş grubu olan hastaların intihar olasılıklarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlendi. Bu yaş gruplarının dürtüsellığe daha yakın olması nedeni ile intihar olasılıklarının daha yüksek olması ifade edilebilir. Çalışmaya katılan hastaların yaş grupları ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal,

duygusal ihmal, cinsel istismar ve BPAÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Literatürde bipolar bozukluk tanılı hastaların çocukluk çağı travması ve intihar olasılıkları ile yaş grupları arasında herhangi bir bilgiye rastlanmadı.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Yaşadığı Yerlere Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışılması

Hastaların yaşadıkları yerlere göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Hastaların yaşadığı yer ile cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Yaşanılan bölgenin kültürel özelliği olarak ataerkil aile yapısı, ekonomik seviyenin düşük olması, bireylerinin seviyelerinin düşük olması, çocuk sayılarının fazla olması, geleneksel yapı olarak dayanın bir disiplin aracı olarak kullanılması gibi nedenler çocukluk çağı travmalarının seviyesini arttırdığını söyleyebiliriz. Çapar (2017) çalışmasında hastaların yaşadıkları yerlere göre İÖÖ arasında anlamlı fark olmadığını saptamıştır (95). Literatürde Bipolar bozukluk tanılı hastaların yaşadıkları yer ile ÇÇTÖ ve BPAÖ toplam puanı arasında herhangi bir bilgiye rastlanmadı.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Medeni Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanları ile Tartışılması

Hastaların medeni durumları ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Uğur (2010) çalışmasında hastaların medeni durumlarının ÇÇTÖ ve BPAÖ toplam puanları üzerinde anlamlı fark olmadığını belirtmiştir (10). Çapar (2017) çalışmasında hastaların medeni durumlarına göre İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (95). Çocukluk çağı travmasının, saldırganlığın ve intihar olasılıklarının medeni durumla değişmediğini ifade edebiliriz.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Sahip Oldukları Çocuk Sayılarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışılması

Hastaların sahip olduğu çocuk sayılarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal ile arasında istatistiksel olarak anlamda bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastaların sahip oldukları çocuk sayıları ile cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Literatürde bipolar bozukluk tanılı hastaların sahip oldukları çocuk sayıları ile ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ toplam puanları arasında herhangi bir bilgiye rastlanmamıştır. Çocuk sayısının fazla olması annelik duygusunun ve empatinin yükselmesine neden olduğu için hem saldırganlığı hem de intihar olasılığını azaltma nedeni olarak ifade edebiliriz.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Mesleklerine Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışması

Mesleği ev hanımı olan hastaların cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Çalışmaya katılan hastaların meslek durumları ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Bipolar bozukluk tanılı hastaların meslek durumları ile ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ toplam puanı arasında literatürde herhangi bir bilgiye rastlanmadı. Eğitim seviyesinin düşük olması ve meslek sahibi olmayan genç kızların savunmasız olması nedeniyle istismara daha açık olmaları nedeni olarak ifade edebiliriz.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Çalışma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışılması

Hastaların çalışma durumları ile BPAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastaların çalışma durumları ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Uçar (2016) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı hastaların çalışma durumlarının ÇÇTÖ toplam puanı ile anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (6). Uğur (2010) yaptığı çalışmada hastaların çalışma durumu ile BPAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir (10). Çapar (2017)

çalışmasında hastaların çalışma durumlarının İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (95). Hastaların hastalık yükü ile beraber iş yükünün getirdiği stres saldırganlık düzeylerini arttığı söylenebilir.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Hastalıklarının Çalışma Durumlarına Etkisine Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışılması

Çalışmaya katılan hastaların hastalıklarının çalışmalarına etkisi durumları ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Çapar (2017) çalışmasında hastaların hastalıklarının çalışmalarına etkileri ile İÖÖ toplam puanı arasında anlamlı fark olduğunu saptamıştır (95). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda hastalığın çalışma durumunun ÇÇTÖ ve BPAÖ toplam puanı üzerine literatürde herhangi bir bilgiye rastlanmadı. Bipolar bozukluğun kişinin üretkenliğine ve çalışma durumuna etkisinin olmadığı sonucunu doğurmaktadır.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Gelir Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların gelir durumlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve BPAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Çalışmaya katılan hastaların gelir durumları ile cinsel istismar ve İÖÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Çapar (2017) çalışmasında hastaların gelir durumlarının İÖÖ toplam puanı üzerinde anlamlı fark olmadığını saptamıştır (95). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda hastaların gelir durumlarının ÇÇTÖ toplam puanı ve BPAÖ toplam puanı üzerine anlamlılık konusunda herhangi bir bilgiye rastlanmadı. Gelir durumunun düşük olması, eğitim seviyesinin düşük olmasına, yaşam koşullarının kötü olmasına, çocukların erken yaşta çalışmak zorunda kalmasına ve yabancılarla daha erken yaşlarda tanışmalarına neden olması çocukluk çağı travmalarının daha fazla yaşanmasına ve saldırganlık seviyelerinin artmasına neden olduğunu söyleyebiliriz.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışılması

Hastaların eğitim durumlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve İÖÖ toplam puanı ile aralarında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Eğitim durumları okuryazar olan veya olmayan hastaların ÇÇTÖ toplam puanı, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanları diğer eğitim durumlarına göre anlamlı yüksek olduğu saptandı. Uğur (2010) bipolar bozukluğu olan hastalarda eğitim durumu lise ve altı olanların ÇÇTÖ toplam puanını diğer eğitim durumları gruplarına göre anlamlı yüksek olduğunu belirtmiştir (10). Uçar (2016) çalışmasında ÇÇTÖ toplam puanı ile hastaların eğitim durumları arasında anlamlı fark olmadığını saptamıştır (6). Çapar (2017) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı hastaların gelir durumlarının İÖÖ toplam puanı arasında anlamlı fark olmadığını saptamıştır (95). Uğur (2010) çalışmasında hastaların eğitim durumlarının BPAÖ toplam puanı arasında anlamlı fark olmadığını belirtmiştir (10). Eğitim seviyesinin düşük olması bireyin benlik olarak gelişmemesine ve çevreden gelecek olan tehlikelere karşı savunmasız kalması nedeniyle çocukluk çağı travmalarına yatkınlığını arttırabileceğini ifade edebiliriz. Hastanın eğitim seviyesinin düşük olması hastalığının belirtileri ve şiddeti konusunda farkındalığının az olmasına ve tedavi sürecini iyi yönetememesi sonucu intihar olasılıklarını arttırdığı düşünülmektedir.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Eşinin Eğitim Durumuna Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışılması

Çalışmaya katılan hastaların eşin eğitim durumu ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda eşlerinin eğitim durumlarının ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ toplam puanı arasındaki anlamlılık konusunda herhangi bir bilgiye rastlanmadı. Hastalığın öncesi ve sonrasında eşin eğitim seviyesinin çocukluk çağı travması, saldırganlık ve intihar olasılığına etkisinin olmadığını söyleyebiliriz.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Eşinin Fiziksel Rahatsızlığı Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İOÖ Toplam Puanları İle Tartışılması

Hastaların eşinde fiziksel rahatsızlık olma durumları ile ÇÇTÖ toplam puan, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve İOÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Çalışmaya katılan hastaların eşin fiziksel rahatsızlığı olup olmaması durumları ile duygusal istismar, fiziksel istismar ve BPAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda eşinde fiziksel hastalık olma durumları ile ÇÇTÖ, BPAÖ ve İOÖ toplam puanı arasındaki farklılık üzerine herhangi bir literatüre rastlanmadı. Hastaların eşlerinin herhangi bir fiziksel rahatsızlığının olma durumunun çocukluk çağı travmasına, saldırganlığa ve intihar olasılığına bir etkisinin olmadığı söylenebilir.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Evde Yaşayan Kişilerin Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İOÖ Toplam Puanları İle Tartışılması

Hastaların evde birlikte yaşayan kişilerin olma durumlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve İOÖ toplam puanı ile aralarında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Çalışmaya katılan hastaların evde birlikte yaşayan kişilerin olma durumları ile cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İOÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda evde birlikte yaşayan kişilerin olma durumları ile ÇÇTÖ, BPAÖ ve İOÖ toplam puanı arasındaki farklılık üzerine herhangi bir literatüre rastlanmadı. Kalabalık ailede anne ve babanın çocuk üzerindeki bakım ve denetim sorumluluğunu yerine yeteri kadar getirememesi sonucu çocuğun ihmal ve istismara maruz kalabilme ihtimalini arttırdığı söylenebilir.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların İlk Tanı Yaş Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İOÖ Toplam Puanları İle Tartışılması

Hastaların ilk tanı alma yaş aralığına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Hastaların ilk tanı alma yaş aralığına göre BPAÖ toplam puanı ile İOÖ toplam puanı arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0.05$).

Uğur (2010) çalışmasında hastalık başlangıç yaşı ÇÇTÖ toplam puanı ile BPAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını saptamıştır (10). Literatürde hastaların ilk tanı yaş aralığı ile İÖÖ toplam puanı arasındaki farklılık üzerine herhangi bir kaynağa rastlanmadı. İlk tanı alma yaşı ile çocukluk çağı travması, saldırganlık ve intihar olasılığı üzerine bir etkisinin olmadığı görülmektedir.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Ailede Bipolar Öyküsünün Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışması

Çalışmaya katılan hastaların ailede bipolar bozukluk öyküsü varlığı durumları ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Hastalarda ailede bipolar bozukluk öyküsü varlığı durumları ile ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ toplam puanı arasındaki farklılık üzerine herhangi bir literatür rastlanmadı. Ailede bipolar bozukluk hastalığının olma durumu ile çocukluk çağı travması, saldırganlık ve intihar olasılığı üzerine bir etkisinin olmadığı ifade edilebilir.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Ailede Psikiyatrik Öykü Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışması

Çalışmaya katılan hastaların Ailede Psikiyatrik Hastalık Öykü Olma Durumları ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Uçar (2016) çalışmasında ailede psikiyatrik öykü olma durumlarının ÇÇTÖ toplam puanı arasında anlamlı fark olmadığını saptamıştır (6). Çapar (2017) çalışmasında ailede psikiyatrik öykü olma durumunun İÖÖ toplam puanı arasında anlamlı fark olmadığını belirtmiştir (95). Literatürde hastaların herhangi bir fiziksel rahatsızlığı olup olmaması durumları ile BPAÖ toplam puanı arasındaki farklılık üzerine herhangi bir kaynağa rastlanmadı. Ailede psikiyatrik bir bozukluk olma durumu ile çocukluk çağı travması, saldırganlık ve intihar olasılığı üzerine bir etkisinin olmadığı ifade edilebilir.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların İlaçları Düzenli Kullanma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışması

Çalışmaya katılan hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı ile aralarında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Düzenli ilaç kullanımı olmayan hastalarda hastalık sonucu oluşan benlik saygısında azma ve umutsuzluk duygusunun yarattığı yetersizlik durumlarının sebebi olabileceği söylenebilir. Uğur (2010) çalışmasında hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumları ile ÇÇTÖ toplam puanı herhangi bir fark saptamazken, ilaçları düzenli kullanma durumları ile BPAÖ toplam puan arasında anlamlı fark olduğunu belirtmiştir (10). Çapar (2017) çalışmasında hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumlarına göre İÖÖ toplam puanı ile arasında anlamlı fark olmadığını saptamıştır (95). Bu durum çalışmamızdan farklı olduğu tespit edilmiştir. Bipolar bozuklukta hastalığında düzenli ilaç kullanmanın hastalığın seyri sırasında oluşabilecek atakların engellenmesinde ve belirtilerin azaltılmasında etkisi nedeniyle saldırganlık ve intihar olasılığının azalttığı düşünülmektedir. Çocukluk döneminde yaşanan travmanın etkilerini azaltmada ilaçların faydasının olduğu söylenebilir.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Kontrollerine Düzenli Gelme Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışma:

Hastaların kontrollerine düzenli gelme durumlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve BPAÖ toplam puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi($p<0.05$). Çalışmaya katılan hastaların kontrollere düzenli gelme durumları ile cinsel istismar ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Literatürde hastaların kontrollere düzenli gelme durumları ile ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ toplam puanı arasındaki farklılığı üzerine herhangi bir bilgiye rastlanmadı. Tedavi sürecini iyi yöneten ve kontrollerine düzenli giden hastaların çocukluk çağı travma etkilerini daha az yaşamasına ve saldırganlık belirtilerini gösteremedikleri ifade edilebilir.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların İntihar Girişimleri Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışılması

Çalışmaya katılan hastaların intihar girişimlerinin ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve BPAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Hastaların İÖÖ toplam puanı ile intihar girişimleri durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Uçar (2016) çalışmasında ÇÇTÖ toplam puanı ile intihar girişimi arasında herhangi bir anlamlı fark saptamıştır (6). Uğur (2010) çalışmasında ÇÇTÖ toplam puanı ile intihar girişimi öyküsü arasında anlamlı fark bulamazken, intihar girişimi öyküsü ile BPAÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olduğunu belirtmiştir (10). Çapar (2017) çalışmasında İÖÖ toplam puanı ile intihar girişimi arasında anlamlı fark olduğunu saptamıştır (95). Çocukluk çağı travmasının etkisinden kurtulamayan ve çevreden gelen tehlikelere karşı baş etme mekanizması olarak saldırganlığı kullanan hastaların intihar olasılıklarının daha yüksek olduğunu ifade edebiliriz.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların İntihar Düşünceleri İle Baş Etme Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışması

Çalışmaya katılan hastaların intihar durumları ile baş etme yöntemlerinin ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Literatürde hastaların kontrollere düzenli gelme durumları ile ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ toplam puanı arasındaki farklılığı üzerine herhangi bir bilgiye rastlanmadı. İntihar düşüncesi ile baş etme ile çocukluk çağı travması, saldırganlık ve intihar olasılığı üzerine bir etkisinin olmadığı görülmektedir.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastalara Destek Olan Birinin Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışması

Hastaların ihtiyaç duyduklarında destek birinin olma durumlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.01$). Çapar (2017) çalışmasında hastaların destek olan biri olma durumları ile İÖÖ arasında anlamlı fark olduğunu belirtmiştir (95). Bu durum bizim çalışmamızdan farklıdır. Bipolar bozukluk

tanılı hastalarda destek birinin olma durumlarının ÇÇTÖ toplam puan ve BPAÖ toplam puanı arasındaki farklılık üzerine herhangi bir kaynağa rastlanmadı.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Aile ve Arkadaş Desteği Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışması

Hastaların aile ve arkadaşlarından aldıkları desteğin yeterli olma durumlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve BPAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Çalışmaya katılan hastaların aile ve arkadaşlarından aldıkları destek durumlarının İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Çapar (2017) yaptığı çalışmada çevre desteğini yeterli olma durumlarına göre İÖÖ toplam puanı arasında anlamlı fark olduğunu saptamıştır (95). Bu durum bizim çalışmamızdan farklı olarak tespit edilmiştir. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda aile ve arkadaşlardan aldıkları desteğin yeterli olma durumlarının ÇÇTÖ toplam puan ve BPAÖ toplam puanı arasındaki farklılık konusunda herhangi bir kaynağa rastlanmadı. Parçalanmış aile, aile bağlarının zayıf olması, ailede sevgi, saygı ve hoşgörünün yetersiz olması iyi bir arkadaş çevresinin olmaması çocukluk çağı travmalarının daha fazla yaşanmasına ortam hazırlayabileceği söylenebilir. Çocukluk çağı travmasıyla mücadele edemeyen hastaların saldırganlık düzeylerinin artmasına neden olabileceği düşünülebilir.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Ailede İntihar Girişimi Olma Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ Ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışması

Çalışmaya katılan hastaların ailede intihar girişimi olma durumları ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Uçar (2016) ailede intihar girişimi olma durumlarının ÇÇTÖ toplam puanı arasında anlamlı fark saptamamıştır (6). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda ailede intihar girişimi olma durumlarının BPAÖ ve İÖÖ toplam puanına etkisi konusunda herhangi bir kaynağa rastlanmadı. Ailede intihar girişimi olma durumları ile çocukluk çağı travması, saldırganlık ve intihar olasılığı üzerine bir etkisinin olmadığı görülmektedir.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Kendilerine Yönelik Şiddet Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışması

Çalışmaya katılan hastaların kendilerine yönelik şiddet davranışı ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve BPAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Hastaların kendine yönelik şiddet davranışlarına göre İÖÖ ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Uğur (2010) çalışmasında hastaların kendilerine yönelik şiddet durumları ile ÇÇTÖ ve BPAÖ toplam puanın arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamıştır (10). Literatürde bipolar bozukluk tanılı hastalarda kendilerine yönelik şiddet davranışı durumlarının İÖÖ toplam puanına etkisi konusunda herhangi bir kaynağa rastlanmadı. Çocukluk çağında yaşanan travmanın etkisi ve bipolar hastalıkla mücadelenin yetersizliği kişinin baş etme mekanizması olarak intiharı seçmesine neden olabileceği söylenebilir.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Başkalarına Yönelik Şiddet Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ Toplam Puanları İle Tartışması

Hastaların başkalarına yönelik şiddet davranış durumlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İÖÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastaların başkalarına yönelik şiddet davranışları ile fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Travmaya maruz kalanlardan daha fazla dürtüsel davranışlar ve uyumsuz oldukları söylenebilir. Akranlarının yaşadıkları üzüntülü durumlarla ilgili empati kuramadıkları, yaşlılarıyla kurdukları ilişkide daha fazla sözel ve fiziksel agresyona başvurdukları söylenebilir. Literatürde bipolar bozukluk tanılı hastalarda başkalarına yönelik şiddet davranışı durumlarının ÇÇTÖ, BPAÖ ve İÖÖ toplam puanına etkisi konusunda herhangi bir kaynağa rastlanmadı. Çocukluk döneminde yaşanmış olan travma, bipolar hastalığın etkileri kişilerin başkalarına yönelik davranışlarında saldırganlığı arttırdığını söyleyebiliriz.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İOÖ Toplam Puanları İle Tartışması

Araştırmaya katılan hastaların sigara kullanımlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar ve fiziksel istismar ile bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Çalışmaya katılan hastaların sigara kullanımları ile duygusal ihmal, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İOÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Literatürde bipolar bozukluk tanılı hastalarda sigara kullanma durumlarının ÇÇTÖ, BPAÖ ve İOÖ toplam puanına etkisi konusunda herhangi bir kaynağa rastlanmadı. Çocukluk çağı travmasının öyküsü varlığı bireylerde karşılaştıkları zorluklar karşısında baş etme yöntemi olarak sigara yöneldiği söylenebilir. Bireyin yetiştiği ailenin eğitim seviyesinin düşük ve kalabalık ailede yetişmiş olması ve aile desteklerinin yetersizliği sigara kullanımına yönelmeyi arttırabileceği ifade edilebilir.

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Alkol ve Madde Kullanım Durumlarına Göre ÇÇTÖ, BPAÖ ve İOÖ Toplam Puanları İle Tartışması

Araştırmaya katılan hastaların alkol ve madde kullanımlarına göre ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar ve fiziksel istismar ile bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Çalışmaya katılan hastaların alkol ve madde kullanımları ile duygusal ihmal, cinsel istismar, BPAÖ toplam puanı ve İOÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Literatürde bipolar bozukluk tanılı hastalarda alkol ve madde kullanma durumlarının ÇÇTÖ, BPAÖ ve İOÖ toplam puanına etkisi konusunda herhangi bir kaynağa rastlanmadı. Çocukluk çağı travmasının öyküsü varlığı bireylerde karşılaştıkları zorluklar karşısında baş etme yöntemi olarak alkol ve maddeye yöneldiği söylenebilir. Bireyin yetiştiği ailenin eğitim seviyesinin düşük ve kalabalık ailede yetişmiş olması ve aile desteklerinin yetersizliği alkol ve madde kullanımına yönelmeyi arttırabileceği ifade edilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER:

6.1. Sonuçlar:

- Bipolar hastaların çocukluk çağı travmalarının yüksek olduğu,
- Hastaların agresyon seviyelerinin orta düzeyin üzerinde olduğu,
- Bipolar hastaların yüksek derecede intihar riski olduğu,
- Bipolar hastaların çocukluk çağı travmaları artıça agresyon seviyeleri ve intihar olasılıklarının artmış olduğu,
- Bipolar bozukluk tanılı hastaların erkek olanlarda, köy ve ilçede yaşayanlarda, 3 ve üzeri çocuk sahibi olanlarda, gelir durumu kötü olanlarda, okuryazar olmayanlarda, eşinde fiziksel rahatsızlık olanlarda, evde birlikte yaşayan farklı kişilerin bulunma durumu olanlarda, ilaçlarını düzenli kullanamayanlarda, kontrollerine düzenli gelmeyenlerde, çevresinden destek alamayanlarda, aile ve arkadaşlarından yeterli destek alamayanlarda, başkalarına yönelik şiddet davranışını sıklıkla gösterenlerde, sigara, alkol ve madde kullanımı olanlarda çocukluk çağı travmasının daha fazla olduğu ,
- Hastaların erkek olanlarda, mesleği işçi veya memur olanlarda, çalışanlarda, gelir durumu kötü olanlarda, ilk tanı yaşı 18-20 yaş grubunda olanlarda, ilaçlarını düzenli kullanmayanlarda, kontrollerine düzenli gelmeyenlerde, aile ve arkadaşlarından alınan desteği yeterli olmayanlarda, ailede intihar girişim olanlarda, başkalarına yönelik sıklıkla şiddet durumu olanlarda, alkol ve kullanımı olanlarda saldırganlık seviyelerinin daha yüksek olduğu,
- Hastaların 19-29 yaş grubunda olanlarda, mesleği olmayanlarda, eğitim durumu lise ve üstü olanlarda, eşinde fiziksel rahatsızlık olanlarda, evde birlikte yaşadığı kişilerin olmaması, ilk tanı yaşı 26-35 yaş grubunda olanlarda, ilaçlarını düzenli kullanmayanlarda, intihar girişiminde 2-3 kez bulunanlarda, kendine yönelik en az bir kez şiddet bulunanlarda ve başkalarına yönelik sıklıkla şiddet durumu olanlarda intihar olasılıklarının daha yüksek olduğu belirlendi.

6.2. Öneriler:

Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Öneriler:

- Bipolar hastalarda çocukluk çağı travması saldırganlık ve intihar olasılığını artırdığı için önemlidir bu nedenlerde hastalarda çocukluk çağı travmaları varlığı araştırılmalı ve etkilerini azaltmak amacıyla hastaların baş etme mekanizmaları geliştirilmeli, sosyal ve spor aktivitelere yönlendirilmeli,
- Bipolar bozukluğu olan hastaların saldırganlık düzeylerinin yüksek olması hastanın aile ve sosyal çevresi ile ilişkilerinde problemlerin oluşmasına neden olabileceği için sözel ve fiziksel saldırganlık durumlarını azaltmak amacıyla hasta ve hasta yakınlarına öfke kontrol eğitimlerinin verilmesi,
- İntihar olasılığı yüksek olması nedeniyle bu tür hastaların yakınlarına ve ailelerine intihar girişimi önlemek için bilgi verilmesi, hastalar intihar olasılığı nedeniyle yalnız bırakılmamalı, aile ve sosyal destek artırılmalı, hasta ve yakınlarına yaşam koşullarının düzenlenmesine yönelik girişimlerin planlanması,
- Bilişsel esneklik, sağlıklı yaşam stili, aktif başa çıkma stratejileri, yaşamı olumlu kılan inançlar, intiharla ilgili tutum ve değerler intihara karşı önemli koruyucu faktörlerden olduğundan hastaların bu yönden desteklenmesi ve eğitim verilmesi önerilir.
- Eğitim seviyesi düşük olan ve gelir durumu kötü olan hastaların çocukluk çağı travmasına daha sık maruz kaldıkları belirlenmiş olup, çocukluk çağı travmasını önlemek amacıyla eğitim seviyelerinin yükseltilmesi, gelir düzeyi düşük olan grupların çocukluk çağı travmaları yönünden bilgilendirilmesi ve bu grup hastaların saldırganlık ve intihar seviyeleri yüksek olduğu göz önünde bulundurularak takiplerinin yapılması,
- Kırsal kesimde yaşayan hastaların çocukluk çağı travması yönünden riskli grubu oluşturması nedeniyle bu bölgelere yaşayan bireylere çocukluk çağı travması hakkında bilgilendirme yapılması,

- Bipolar hastalarda düzenli ilaç kullanımı ve kontrollere düzenli gelmenin saldırganlığa ve intihar olasılığını azalttığı için hastaların bilgilendirilmesi ve desteklenmesi,
- Aile ve sosyal desteğin hem çocukluk çağı travması etkilerini azaltmada hem de saldırganlık düzeyleri ve intihar olasılıklarını azalttığı için hasta yakınlarının desteklerinin devamının sağlanması,
- Sigara, alkol ve madde kullanımının etkisiz baş etme yöntemi olarak kullanıldığı, çocukluk çağı travması, saldırganlık ve intihar olasılığına olumsuz etkisi olduğu belirlendiği için hastaların bu alışkanlıklarından kurtulmaları konusunda destek verilmesi önerilir.

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Öneriler:

- Bipolar hastalarda çocukluk çağı travmasının saldırganlık ve intihar olasılığını artırdığı için önemlidir. Bu nedenle de hastalarda çocukluk çağı travmalarının varlığı araştırılmalı,
- Bipolar bozukluğu olan hastaların saldırganlık düzeylerinin yüksek olması hastanın aile ve sosyal çevresi ile ilişkilerinde problemlerin oluşmasına neden olabileceği için sözel ve fiziksel saldırganlık durumlarının gözlemlenmesi ve gerektiğinde saldırgan davranışlarına yönelik müdahaleler yapılmalı ve öfke kontrol eğitimi verilmesi,
- İntihar olasılığı yüksek çıkması sonucuyla bu tür hastaların yakınlarına ve ailelerine intihar girişimi önlemek için bilgi verilmesi, hastalar intihar olasılığı nedeniyle yalnız bırakılmamalı, aile ve sosyal desteği artırılmalı ve tedavi süreçlerinin düzenlenmesinin sağlanması,
- Bilişsel esneklik, sağlıklı yaşam stili, aktif başa çıkma stratejileri, yaşamı olumlu kılan inançlar, intiharla ilgili tutum ve değerler intihara karşı önemli koruyucu faktörlerden olduğundan hastaların bu yönden desteklenmesi ve eğitim verilmesi önerilir.

Çalışmaya Yönelik Öneriler:

- Çocukluk çağı travmalarının sadece bipolar hastalarda değil çocukluk çağı travmasını yaşayan tüm bireylerde etkilerinin araştırılması,
- Çocukluk çağı travmasının saldırganlık ve intihar olasılığı üzerine etkisinin farklı psikiyatrik hastalıklarda ve popülasyonlarda araştırılması,
- Bipolar bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travmasının saldırganlık ve intihar olasılığı üzerine etkisini araştıran bu tür çalışmaların daha sık yapılarak farkındalığın artırılması önerilir.



7.KAYNAKLAR:

1. Özerdem, A., Tunca, Z. ve Kaya, N., The relatively good prognosis of bipolar disorders in a Turkish bipolar clinic. *J Affect Disord*, 2001; 64(1), 27-34
2. Culver, J.L., Arnow, B.A. ve Ketter, T.A., Bipolar Disorder: Improving diagnosis and optimizing integrated care. *Inc. J Clin Psychol*,2007; 63: 73–92.
3. Çam O. ve ark., Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İşlevsellik Düzeyi Ve İşselleştirilmiş Damgalama Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi / Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2013;2(2).
4. Koç M., Bipolar (İkiuçlu) ve İlişkili Bozukluklar /Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Kitabı/ Ankara Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti 2016; Syf: 433-474(Editör: N. Gürman)
5. Watson S., Gallagher P., Dougall D., Porter R., Moncrieff J., Ferrier N. and Young A./ Childhood Trauma İn Bipolar Disorder / Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2014, Vol. 48(6) 564–570 DOI: 10.1177/0004867413516681.
6. Uçar S. P., Çocukluk Çağı Travmaları ve Bipolar Bozukluk İlişkinin İncelenmesi. T.C. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2016 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Semra Baripoğlu)
7. Yanık M, Özmen M., Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım/İhmal Yaşantıları İle Özkıyım, Kendine Fiziksel Zarar Verme Ve Dissosiyatif Belirtiler Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:140-146.
8. Herman JL: Trauma and Recovery. New York, Basic Books, 1992.
9. Nehir ve ark., Bipolar Bozuklukta Çocukluk Çağı Travmaları Ve Agresyon İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 2018; 19(2):163-168.
10. Uğur Z. Bipolar Affektif Bozuklukta Bağlanma Biçimleri, Çocukluk Çağı Travmaları ve Agresyon İlişkisi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2010. (Tez Danışmanı: Dr. Münevver Hacıoğlu Yıldırım)
11. Abay E, Tuğlu C. Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2000;3:21-26.
12. Sarchiapone M, Carli V, Coumo C, et al. Association Between Childhood Trauma And Aggression İn Male Prisoners. *Psychiatry Res.* 2009 Jan 30;165 (1-2): 187-92.Epub 2008 Oct 30.
13. Berk, L., Hallam, K.T., Colom, F., Vieta, E. ve Hasty, M., Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, 2010; 25: 1–16.
14. Raja M, Azzoni A. Suicide attempts: differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. *J Affect Disord*. 2004;82:437-42.
15. Alloy LB, Abramson LY. The role of the Behavioral Approach System (BAS) in Bipolar spectrum disorders. *Current Directions in Psychological Science*. 2010;19:189–194
16. Fazel S, Buxrud P, Ruchkin V ve ark., Homicide in discharged Patients with schizophrenia and other psychoses: A national case-control study. *Schizophr Res*, 2010; 123(2-3):263-9.
17. Işık ve ark., Duygu Durumu Bozukluklarının Tarihçesi, Prevelansı ve Güncel Sınıflandırması vb. Genel Özellikleri / Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar- Ankara 2013; Ziraat Grup Matbaacılık S: 3-11.
18. Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014.
19. Altınbaş, K., Smith, D.J., Craddock, N., Rediscovering the Bipolar Spectrum. /Archives of Neuropsychiatry, 2011; 48: 167 – 170.
20. Işık ve ark., Bipolar ve İlişkili Bozukluklar/ Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar- Ankara 2013; Ziraat Grup Matbaacılık S: 325-474.
21. Angst, J. Ve Sellaro, R., Historical Perspectives and Natural History of Bipolar Disorder. *Biological Psychiatry*, 2000; 48 (6): 445 – 457.
22. Kraepelin E. Manic- Depressive Insanity and Paranoia. *Fundamental States*. Chapter VII, Livingstone, Edinburgh, 1921; 117-132,.

23. Amerikan Psikiyatri Birliği; Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC,2000' den çeviren Koroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
24. Amerikan Psikiyatri Birliği; Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V) Tanı ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev: E.Koroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
25. Keskin G., Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıtı Dayalı Uygulama ve Bakım Kavramları / Akademisyen Tıp Kitabevi / Ankara 2016.
26. Yeloğlu ve ark., Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi Cilt: 8, Sayı:30, Yıl:2017
27. Judd, L.L. ve Akiskal, H.S., The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord*, 2003; 73(1-2):123-31.
28. Kleinman L, Lowin A, Flood E, Gandhi G, Edgell E, Revicki DA., Costs of bipolar disorder. *Pharmacoeconomics*, 2003; 21:601-622.
29. Kawa, I., Carter, J.D., Joyce, P.R., Doughty, C.J., Frampton, C.M., Wells, J.E. ve ark. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar Disord*, 2005;7: 119–125.
30. Kesebir, S., İnanç, L. ve Bezzin, H.B. Cengiz, F., Kadınlarda Bipolar Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar -Current Approaches in Psychiatry*, 2013;5(2), 220-231.
31. Kulaksızoğlu, İ.B., Tükel, R., Üçok, A., Yargıç, İ. ve Yazıcı, O. (2009). *Psikiyatri (1.Baskı)*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi.
32. Gündoğar ve ark. , *Duygudurum Bozuklukları. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri / Klinik Psikiyatri Kitabı (Çev. Edt. A. Bozkurt)*, 17. Baskı Güneş Tıp Yayınevi Ankara , 2016 Syf: 347- 386.
33. O. Öztürk, N. A. Uluşahin, *Duygu Durum Bozuklukları / Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Kitabı* 14. Baskı, Ankara 2016; Syf: 261-334.
34. Arisoy Ö., Oral ET. Bipolar Bozuklukla İlgili Genetik Araştırmalar: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatr Dergisi* 2009; 20:282–293.
35. Işık, E. ve ark., *Duygudurum Bozuklukları, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Bipolar Bozukluklar. İstanbul, Görsel Sanatlar Matbaası* 2016, Syf:295- 306.
36. Birmaher B, Axelson D, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, Ryan N, Leonard H, Hunt J, Iyengar S, Keller M (2006) Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* 63:175-183
37. Garino JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA (2005) Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*, 186:121-125.
38. WHO, Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO/HSC/PV/99.1. Geneva, WHO, 1999.
39. Oflaz F., *Travma Yaşamış Çocuk ve Gençlerin Ele Alınmasında Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulamaları / Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics* 2015;1(2):46-51.
40. Bilir Ş. ve ark., Türkiye'nin 16 İlinde 4 - 12 Yaşlar Arasındaki 50.473 Çocuğa Fiziksel Ceza Verme Sıklığı ve Buna İlişkin Problem Durumlarının İncelenmesi Aile ve Toplum Yıl: 1 Cilt: 1 Sayı: 1 Mart 1991 ISSN: 1303-0256
41. S. S. Zoroğlu ve ark. , *Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları / Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(2):69-78.
42. İ. Yargıç ve Ark. , *Çocukluk Çağı Travmalarının İntihar Girişimi ve Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlişkisi / Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012; 13: 277-284.
43. Townsend M. C. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıtı Dayalı Uygulama Bakım Kavramları. 6. Baskı* 2016. Akademisyen Tıp Kitabevi. Ankara. (Çev. Edt: Celale Tangül Özcan; Nermin Gürman).
44. Y. Taner ve ark. , *Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri / Hacettepe Tıp Dergisi* 2004; 35:82-86.

45. Altıparmak S., Çocuk İstismarı ve İhmalinin Çocuk Bedeni Üzerine Etkileri / Çocuk Dergisi 8(1):9-13, 2008.
46. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması.(2010). Erişim: <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>, (23.11.2016).
47. E. Aktepe, Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı / Psikiyatride Günsel Yaklaşımlar, 2009; 1:95-119
48. Hyun M, Friedman SD, Dunner DL. Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2000; 2:131-135.
49. E. Erten ve ark., Bipolar Bozukluk ve Çocukluk Çağı Travması / Psikiyatride Günsel Yaklaşımlar, 2015; 7(2):157-165
50. S. Bayındır ve ark., Sık Görülen Ruhsal Hastalıklardaki Hemşirelik Tanı ve Girişimleri / Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016; 6 (2): 115-119.
51. Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014.
52. Yehudis Stokes, Jean-Daniel Jacob, Wendy Gifford, Janet Squires and Amanda Vandyk / Exploring Nurses’ Knowledge and Experiences Related to Trauma-Informed Care / Global Qualitative Nursing Research Volume 4: 1–10 © The Author(s) 2017 Reprints and permissions: sagepub.com/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/2333393617734510 journals.sagepub.com/home/gqnM.
53. Oflaz F., Felaketlerin Psikolojik Etkileri Ve Hemşirelik Uygulaması /C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008, 12(3).
54. Gümüş AB., Difficulties of patients and their families in schizoprenia, psycyoeducation and nursing. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2006;1:23–33.
55. Gümüş F. ve ark., Bipolar Bozukluk için Örnek Bir Bireysel Psikoeğitim Modeli / Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing 2016;7(3):142–147N. Turhan, Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme/ Uzmanlık Tezi Tez Danışmanı Prof. Dr. Nurgül Özpoyraz / T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı /Adana- 2007
56. Günüşen N. P., Öfke, Saldırganlık ve Psikiyatri Hemşireliği. *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics* 2016;2(2):36-43.
57. Ramírez JM, Andreu JM. Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity); some comments from a research project. *Neurosci Biobehav Rev* 2006; 30:276-291.
58. Çoban A. S. Agresyon Yönetim Konusunda Verilen Eğitimin Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Bilgi Ve Tutumlarının Etkisi. T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı (Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği) Doktora Tezi. 2011. Kayseri.(Danışmanlar: Prof. Dr. Nimet KARATAS, Doç. Dr. Mürüvvet BASER).
59. Annagür, B. B., Obezitede çeşitli risk faktörleri ve dürtüsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,2010, 2(4).
60. Petit J. Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin N Am* 2005; 28: 701-711.
61. Maniglio R. Prevalence of child sexual abuse among adults and youths with bipolar disorder: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2013; 33:561-573.
62. Güleç H. ve ark., Bipolar bozuklukta dürtüsellik. *Anadolu Psikiyatri Bülteni* 2009; 10:198-203.
63. Corruble E, Damy C, Guelfi JD. Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *J Affect Disord* 1999; 53:211-215.
64. Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A, Dougherty DM, Moeller FG. Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2003; 73:105-111.
65. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51: 768-774.
66. Björkdahl, A., Olsson, D., Palmstierna, T., Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006; 113:224-229.

67. Dolan, M., Doyle, M., Violence risk assessment: combining actuarial and clinical information to structure clinical judgements for the formulation and management of risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2002;9: 649-657.
68. Kettles, A.M., Woods, P., The theory of risk. İçinde Alyson M.Kettles ve Phill Woods (ed). *Risk Assessment and Management in Mental Health Nursing*. First Edition,Blackwell, İngiltere,2009;p:49-76.
69. Nijman H, Bowers L, Oud N, Jansen G. Psychiatric Nurses' Experiences With İnpatient Aggression. *Aggressive Behavior* 2005;31:217-27
70. Doğan S., Güler H., Hastaların Öfkeli Davranışları Karşısında Hemşirelerin Yaklaşımları, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001.
71. Parmentier C, Etain B, Yon L, Misson H, Mathieu F, Lajnef M, Cochet B, Raust A, Kahn JP, Wajsbrot-Elgrabli O, Cohen R, Henry C, Leboyer M, Bellivier F. Clinical and dimensional characteristics of euthymic bipolar patients with or without suicidal behavior. *Eur Psychiatry* 2012; 27:570-576.
72. Uğur K., Bipolar Bozuklukta Özkıyım Davranışının Değerlendirilmesi / Uzmanlık Tezi. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2012,Adana.
73. www.tuik.gov.tr / Erişim tarihi: 10.03.2018
74. Genç S. E., Bipolar Bozuklukta İntihar Girişimi Olan, İntihar Düşüncesi Olan Ve Olmayan Bireylerin Sosyodemografik Ve Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.2007, İstanbul.
75. Rihmer Z, Kiss K. Bipolar disorders and suicidal behaviour. *Bipolar Disord.* 2002;4: 21-5.
76. Sayıl I., Bipolar Bozukluklarda İntihar. *Kriz Dergisi* ,1998;5(1): 41-44
77. Abreu LN, Lafer B, Garcia EB, Oquendo MA. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Rev Bras Psiquiatr*, 2009; 31:271-280.
78. Gökdemir E., Remisyondaki Bipolar Bozukluk Tip 1 Hastalarında Komorbidite, Mizaç Ve intihar Olasılığı İlişkisi. T. C. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. 2011,Ankara.
79. APA. Practice Guidelines Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors,2003.http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf.
80. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Suicide in bipolar disorder: a review. *Psychiatria Danubina* 2014;26(2):108-14.
81. Látalová K. Bipolar disorder and aggression. *Int J Clin Pract* 2009; 63(6):889-899.
82. Rihmer Z., Suicide Risk in Mood Disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:17-22.
83. Aas M, Henry C, Andreassen OA, Bellivier F, Melle I, Etain B. The role of childhood trauma in bipolar disorders. *Int J Bipolar Disord* 2016; 4:2.
84. Temel M., İntiharların Önlenmesinde Hemşirenin Sorumlulukları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 2009;12: 2.
85. Ekinci M. ve ark., İntihar ve Hemşirelik Girişimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi Arşiv*, 1998;Cilt 1, Sayı 1.
86. Pınar Ş. E. Ve ark., Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*;2012;3(2):86-91
87. Şar, V., Öztürk, E. Ve İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği.*Türkiye Klinikleri J.Med. Sci.*, 32(4): 1054 – 1063.
88. Can S (2002) "Aggression questionnaire" adlı ölçeğin Türk popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik Çalışması. Genel Kurmay Başkanlığı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servis Şefliği, yayımlanmamış uzmanlık tezi, İstanbul.

89. Atlı Z., İntihar Olasılığı Ölçeğinin (İÖÖ) Klinik Örnekleme Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması / Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı /PSK-YL-2007-0003 (Danışman: Doç. Dr. Mehmet Eskin)
90. Atlı Z. ve ark., İntihar Olasılığı Ölçeğinin (İÖÖ) Klinik Örnekleme Geçerlik ve Güvenirliği/ (*Klinik Psikiyatri* 2009;12:111-124)
91. Köroğlu ve ark., Psikiyatride Kullanılan Ölçekler, HYB Basım Yayın, Ankara, 2014
92. Etain B, Henry C, Bellivier F, et al. (2008) Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 10: 867-8.
93. Uygun E., Bipolar I Bozuklukta Duygulanım Değişkenliğinin Dürtüsellik Ve Agresyonla Korelasyonu Ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, uzmanlık Tezi , İstanbul, 2016 Syf:122
94. Ata ve Kelleci, Psikiyatri Kliniğinde Yatan Bir Grup Hastada Saldırganlık Potansiyeli Ve Etkileyen Bazı Etkenler. *NPakademi*. 2012; 1(1):7-15
95. Çapar A., Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılık Ve İntihar Olasılığı İlişkisi, T. C. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2017.Syf:114.
96. Erdem H., Çocukluk Çağı Şizofreni Ve Bipolar Bozukluk Hastalarında İstismar-Çocukluk Çağı Travmaları, T.C. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, 2017, Syf:162.
97. Hosang GM, Korszun A, Jones L, et al. (2012) Life-event specificity: bipolar disorder compared with unipolar depression. *The British Journal of Psychiatry* 201: 458-465.
98. Algül A, Ateş MA, Gülsün M, Doruk A, Semiz ÜB, Başoğlu C, ve ark. Antisosyal kişilik bozukluğu olgularında kendini yaralama davranışının saldırı-ganlık, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyasyon ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:278-285.
99. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Love-joy M, Wenzel K et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1132-1136.
100. Uğur M., Duygudurum Bozuklukları / İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri/ Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62 •Mart 2008 S:59-84

8. EKLER:

EK-1 Kişisel Bilgi Formu

BİREYSEL BİLGİ FORMU

1. **Cinsiyetiniz:** Kadın Erkek
2. **Yaşınız:**
3. **Doğum yeriniz:**
4. **Şuan yaşadığınız yer:**
 Köy İlçe Şehir merkezi
5. **Medeni durumunuz:**
 Evli Bekâr Boşanmış Ayrı yaşıyor
6. **Çocuğunuz varsa sayısı:**
 1 2 3 4 ve üzeri
7. **Şuan kiminle birlikte yaşıyorsunuz?**
 Yalnız Ailemle Eşim Çocuklarım Eşim ve çocuklarım
Arkadaşlarımla
8. **Mesleğiniz**
 Memur İşçi Ev Hanımı Öğrenci Emekli
9. **Çalışma durumu**
 Evet Hayır
10. **Hastalığınız çalışma durumunuzu etkiledi mi?**
 Evet Hayır
11. **Gelir durumunuz**
 Gelir giderden az Gelir gidere denk Gelir giderden fazla
12. **Eğitim durumunuz nedir?**
 Okur- yazar değil Okur-yazar İlk Öğretim Lise Ön lisans
 Lisans
 Yüksek lisans
13. **Eşinizin eğitim durumu?**
 Okur- yazar değil Okur-yazar ilk Öğretim lise ön lisans
 lisans
 yüksek lisans
14. **Eşinizin herhangi bir fiziksel rahatsızlığı var mı?**
 Evet Hayır

15. Eşinizin herhangi bir ruhsal rahatsızlığı var mı?

Evet Hayır

16. Evliliğiniz süresince eş ve çocuklar dışında, evinde birlikte yaşayan kişiler olmuş mu?

Evet Hayır

17. İlk Tanı alma yaşı

.....

18. Ailede Bipolar Bozukluğu öyküsü olan var mı?

Evet Hayır

19. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?

Evet Hayır

20. Herhangi bir fiziksel rahatsızlığınız var mı?

Evet Hayır

21. Önerilen ilaçları düzenli kullanıyor musunuz?

Evet Hayır

22. Kontrollerinize düzenli olarak gidiyor musunuz?

Evet Hayır

23. İntihar girişiminiz oldu mu?

Yok Bir kez iki ya da üç kez üçten fazla

24. İntihar girişimi düşüncesi ile nasıl baş ediyorsunuz?

.....

25. ihtiyaç duyduğunuzda size destek olan birileri var mı?

Evet Hayır

26. aile ve arkadaşlarınızdan gördüğünüz desteği yeterli buluyor musunuz?

Evet Hayır

27. Ailede intihar girişimi olan var mı?

Evet Hayır

28. Kendinize yönelik şiddet davranışlarınız oldu mu?

Yok sıklıkla birkaç kez

29. Başkalarına yönelik şiddet davranışınız oldu mu?

Yok sıklıkla birkaç kez

30. Sigara kullanımınız var mı?

Evet Hayır

31. Alkol Kullanım Durumunuz var mı?

Evet Hayır

32. Madde Kullanım Durumunuz var mı?

Evet Hayır



EK-2: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan kutuyu işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.					
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailemdelikiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tıpsız” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6. Yırtık, söktük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
7. Sevdiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11. Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					
14. Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma					

(dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi.					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					

EK-3: BUSS-PERRY AGRESYON ÖLÇEĞİ

Karakterinize en uygun olan yanıtı (X) şeklinde işaretleyiniz	Hiç uygun değil	Çok az uygun	Biraz uygun	Çok uygun	Tam Uygun
1. Arkadaşlarım çok münakaşacı olduğumu söyler					
2. Şans hep başkalarına gülüyor, hep onlardan yana oluyor					
3. Birden parlarım ama çabuk sakinleşirim					
4. Kendimi sık sık diğer insanlarla tartışırken bulurum					
5. Bazen hayatın bana adaletli davranmadığını düşünürüm					
6. İnsanlarla aynı fikirde olmazsam onlarla tartışmaktan kendimi alıkoyamam					
7. Bazen ortada hiçbir neden yokken parlarım					
8. Kız ya da erkek birisi beni kızdırtırsa ona vurabilirim					
9. Bazen neden bu kadar katı olduğumu merak ediyorum.					
10. Tanıdığım insanları tehdit ettiğim olmuştur					
11. Biri çok üzerime geldiğinde, beni sıkıştırdığında ona vurabilirim					
12. Öfkemi kontrol etmekte zorluk çekerim					
13. Eğer çok kızarsam o kişinin yaptığı işleri berbat edebilirim					
14. Kapıyı arkadan gelenin yüzüne çarpacak kadar çıldırabilirim					
15. İnsanlar bana patronluk tasladıklarında onların inadına işi ağırdan alırım					
16. İnsanlar bana nazik davrandıklarında ne isteyeceklerini merak ederim					
17. Her şeyi dağıtacak kadar çılgınlaşabilirim					
18. Bazen sevmediklerim hakkında dedikodu yayar, çamur atarım					
19. Ben sakin biriyim					
20. İnsanlar beni kızdırlarsa onlara gerçek düşüncelerimi söyleyebilirim					
21. Bazen insanların bana arkamdan güldüklerini hissederim					
22. İstedigimi elde edemediğim zaman kızgınlığımı gösteririm					
23. Bazen birine vurma isteğimi kontrol edemem					
24. Pek çok insandan daha sık kavga ederim					
25. Eğer biri bana vurursa ben de ona vururum					
26. Arkadaşlarımla aynı fikirde olmadıgımda bunu açıkça söylerim					
27. Haklarımı korumak gerektiğinde şiddete başvurmam gerekirse hiç çekinmem					
28. Fazla dostça davranan yabancılara güvenmem					
29. Bazen kendimi patlamaya hazır bir bomba gibi hissederim					
30. Beni gerçekten rahatsız edenlere susarak, ilgilenmeyerek tepki veririm					
31. Arkadaşlarımın arkamdan benim hakkımda konuştuklarını bilirim					
32. Bazı arkadaşlarım benim düşünmeden hareket ettiğimi söylerler					
33. Bazen hiçbir şeyi düşünemeyecek kadar kıskanç olurum					
34. El şakası yapmaktan hoşlanırım					

EK-4: İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyun ve okuduğunuz cümlenin sizin için hangi sıklıkta doğru olduğunu belirtiniz. Sizden istenen her bir cümlenin sağ tarafındaki seçeneklerden size uygun olanın altındaki “D” harfini daire içine alarak işaretlemenizdir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Öfkeli olduğüm zaman elime geçen her şeyi fırlatırım.	D	D	D	D
2	Birçok insanın benimle içtenlikle ilgilendiklerini hissedirim.	D	D	D	D
3	Ani ve kontrolsüz(dürtüsel) davrandığımı hissedirim.	D	D	D	D
4	Başkalarıyla paylaşamayacağım kadar kötü şeyler düşünürüm.	D	D	D	D
5	Çok fazla sorumluluk yüklediğimi düşünürüm.	D	D	D	D
6	Yapabileceğim daha birçok yararlı şey olduğunu hissedirim.	D	D	D	D
7	Başkalarını cezalandırmak için intihar etmeyi düşünürüm.	D	D	D	D
8	Başkalarına karşı düşmanca duygular beslediğimi hissedirim.	D	D	D	D
9	İnsanlardan koptuğumu hissedirim.	D	D	D	D
10	İnsanların bana ben olduğüm için değer verdiklerini hissedirim.	D	D	D	D
11	Eğer ölürsem birçok insanın üzüleceğini hissedirim.	D	D	D	D
12	Öylesine yalnızlık hissedirim ki buna dayanmam.	D	D	D	D
13	Başkalarının bana düşmanca duygular beslediğini hissedirim.	D	D	D	D
14	Eğer hayata yeniden başlayabilsem, yaşamımda birçok değişiklik yapacağımı hissedirim.	D	D	D	D
15	Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünürüm.	D	D	D	D
16	Beğendiğim bir işi bulmak ve sürdürmekte güçlüğüm vardır.		D	D	D
17	Gittiğim zaman hiç kimsenin beni özlemeyeceğini düşünürüm.	D	D	D	D
18	Benim için işler yolunda gidiyor gibi görünür.	D	D	D	D
19	İnsanların benden çok fazla şeyler beklediklerini hissedirim.	D	D	D	D
20	Düşündüğüm ve yaptığım şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini düşünürüm.	D	D	D	D

21	Dünyanın yaşama değer olmadığını hissedirim.	D	D	D	D
22	Gelecekle ilgili çok titiz bir şekilde plan yaparım.	D	D	D	D
23	Kendisine güvenebileceğim kadar çok arkadaşım olmadığını düşünürüm.	D	D	D	D
24	Eğer ölmüş olsaydım insanların daha rahat edeceğini hissedirim.	D	D	D	D
25	Bu şekilde yaşamaktansa ölmenin daha az acılı olacağını hissedirim.	D	D	D	D
26	Anneme duygusal açıdan daha yakın olduğumu hissedirim/hissederdim.	D	D	D	D
27	Eşime duygusal açıdan daha yakın olduğumu hissedirim/hissederdim.	D	D	D	D
28	İşlerin düzeleceğine ilişkin umutsuzluk hissedirim.	D	D	D	D
29	İnsanların beni ve yaptıklarını onaylamadıklarını hissedirim.	D	D	D	D
30	Kendimi nasıl öldüreceğimi düşündüm.	D	D	D	D
31	Parayla ilgili endişelerim var.	D	D	D	D
32	İntihar etmeyi düşünürüm.	D	D	D	D
33	Kendimi yorgun ve birçok şeye ilgisiz hissedirim.	D	D	D	D
34	Çok öfkelenince bazı şeyleri kırıp dökerim.	D	D	D	D
35	Babama duygusal açıdan yakın olduğumu hissedirim/hissederdim.	D	D	D	D
36	Nerede olursam olayım, mutlu olamadığımı hissedirim.	D	D	D	D

EK-5: ETİK KURUL ONAYI:

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocukluk Çağı Travmalarının Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Hastalarda Saldırganlık ve İntihar Davranışı ile İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	388

KARAR BİLGİLERİ	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>
	ILAN	<input type="checkbox"/>
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>
	DIĞER:	<input type="checkbox"/>
	Karar No:2017 /388	Tarih: 27.11. 2017
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	
	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	PEDIATRI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Feridun IŞIK	GÖĞÜS CERRAHI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Betül TAŞ	AĞIZ DIŞ ve ÇENE CERRAHİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Cahide Eliboğan	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Recep TÜRK	BANKACI	Ziraat Bankası Gaziantep Bölge Yöneticisi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Elden teslim aldım.
Uzle Adıpsızgel

EK-6: KURUM İZİNİ



EK-7: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu araştırma Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Bölümü'nde "Çocukluk Çağı Travmalarının Bipolar Tanılı Hastalarda Saldırganlık ve İntihar Davranışı ile İlişkisi" konulu yüksek lisans tezinde kullanılmak amacıyla hazırlanmıştır. Araştırmanın sonuçları psikiyatri hemşireliğine katkısı açısından önem taşımaktadır. Araştırmaya katılanların isimleri hiç bir yerde yayınlanmayacak, sadece bilimsel araştırmalar yapmak için kullanılacaktır. Soruları atlamadan, tüm soruları cevaplamanız, içinizden geldiği gibi ve özellikle de doğru yanıtlar vermeniz araştırma için önemlidir. Ayrıca sizin belirtmek istediğiniz bilgiler var ise, lütfen son sayfaya yazınız.

İlginiz ve değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

ARAŞTIRMACILARIN		GÖNÜLLÜNÜN	
Adı Soyadı:	Vesile ADIGÜZEL	Adı Soyadı:	
İmza		Adresi:	
Adı Soyadı:	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR	İmza	

9.: ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Diyarbakır' da doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini Diyarbakır'da tamamladı. 2007 yılında Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik bölümünden mezun oldu. 2016 yılının güz döneminde Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans yapmaktadır. Evli ve 2 çocuk annesi.

