



**T.C.**

**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**(Hemşirelik Bilim Dalı)**

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ  
DAMGALAMA, YAŞAM KALİTESİ ve BENLİK SAYGISI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**AYTUĞ TÜRK**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. NEZİHE UĞURLU**

**HAZİRAN 2018–MUĞLA**



**T.C.**

**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**(Hemşirelik Bilim Dalı)**

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ  
DAMGALAMA, YAŞAM KALİTESİ ve BENLİK SAYGISI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**AYTUĞ TÜRK**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. NEZİHE UĞURLU**

**HAZİRAN 2018–MUĞLA**



**T.C.**

**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA,  
YAŞAM KALİTESİ ve BENLİK SAYGISI**

**AYTUĞ TÜRK**

**M.S.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsünde  
“Yüksek Lisans”  
Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.**

**Tezin Enstitüye Verildiği Tarih :08.06.2018**

**Tezin Sözlü Savunma Tarihi :10.07.2018**

**Tez Danışmanı : Doç. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU**

**Jüri Üyesi : Doç. Dr. Ayşe ÇEVİRME**

**Jüri Üyesi : Doç. Dr. Güngör GÜLER**

**Enstitü Müdürü :Prof. Dr. Feral ÖZTÜRK**

**HAZİRAN, 2018**

**MUĞLA**

Ek. 3a

**TUTANAK**

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 10/07/2018 tarih ve ..... sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 24/6 maddesine göre, Hemşirlik Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Ayтуğ TÜRK'ün "Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalama, Yaşam Kalitesi ve Benlik Saygısı" adlı tezini incelemiş ve aday 10/07/2018 tarihinde saat 13.00'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra ..... dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin ..... olduğuna ..... ile karar verildi.

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU

Üye

Üye

Üye

Üye

**YEMİN**

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalama, Yaşam Kalitesi ve Benlik Saygısı” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

08/06/2018  
Aytuğ TÜRK  
İMZASI

YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ		
TEZ VERİ GİRİŞ FORMU		
YAZARIN	MERKEZİMİZCE DOLDURULACAKTIR.	
Soyadı :		
Adı :	Kayıt No:	
TEZİN ADI		
Türkçe :		
Y. Dil :		
TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans	Doktora	Sanatta Yeterlilik
X	O	O
TEZİN KABUL EDİLDİĞİ		
Üniversite :		
Fakülte :		
Enstitü :		
Diğer Kuruluşlar :		
Tarih :		
TEZ YAYINLANMIŞSA		
Yayımlayan :		
Basım Yeri :		
Basım Tarihi :		
ISBN :		
TEZ YÖNETİCİSİNİN		
Soyadı, Adı :		
Ünvanı :		

TEZİN YAZILDIĞI DİL : TÜRKÇE

TEZİN SAYFA SAYISI:125

**TEZİN KONUSU (KONULARI) :**

- 1.Bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısı
- 2.İçselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı
- 3.İçselleştirilmiş damgalama ve yaşam kalitesi

**TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER :**

- 1.Bipolar bozukluk
- 2.Yaşam kalitesi
3. İçselleştirilmiş damgalama
- 4.Benlik saygısı

Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.

**İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER: Konunuzla ilgili yabancı indeks, abstract ve thesaurus'u kullanınız.**

- 1.Bipolar disorder
- 2.İnternalized stigma
- 3.Quality of life
- 4.Self-esteem

Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.

1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum

2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir

3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezimin tamamının fotokopisi alınabilir

Yazarın İmzası :

Tarih : 08/06/2018

## TEŞEKKÜR

Çalışmamın her safhasında, engin bilgisi, destek ve deneyimleri ile bana yol gösteren, hayatımda keşke daha önce tanısaydım dediğim nadir insanlardan olan, sadece çalışmama değil hayatıma kattığı tüm güzellikler adına çok değerli hocam Sayın Doç. Dr. Nezihe BULUT Uğurlu'ya,

Meslek yaşantımda bana destek olan ve eğitimimi üstlenen değerli hocalarım Doç. Dr. Selma Sabuncuoğlu'na, Doç. Dr. Meral Kelleci ve Prof. Dr. Havva Tel'e ,

Tezimin istatistiksel değerlendirme ve analiz kısmında desteğini sunan Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi İstatistik Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Atilla Göktaş'a,

Bana sağladıkları uygun çalışma ortamı, destek, ilgi ve hassasiyetlerinden ötürü başta Uz. Dr. Esin Erdoğan, tıbbi sekreterler; Asuman Omuzdaş, Bilgehan Çetinkaya ve Damla Gürlük olmak üzere tüm Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarına,

Tez çalışmam boyunca yanımda olan ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim arkadaşlarım, Arş. Gör. Dr. Çiğdem Bilge, Arş. Gör. Cemile Çelebi, Arş. Gör. Nihan Örgülü'ye,

Beni yetiştirip, hayatıma yön veren ve bugünüme gelmemde ki her türlü maddi ve manevi desteğini ve sabrını esirgemeyen aileme,

Tanışamamızın üzerinden geçen 13 yıl boyunca hayatımda ki tüm boşlukları dolduran, sol yanımda, çok değerli eşim *Bingül Türk'e* ve hayatımıza varlıklarıyla çok ama çok renk katan ilk göz ağrım, canım oğlum *Bertuğ Eymen'e* ve ailemizin yeni üyesi, biricik kızım *Beyza Öykü'ye*,

**TEŞEKKÜR EDERİM**



## ÖZET

Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalama, Yaşam Kalitesi ve Benlik Saygısı

Aytuğ TÜRK

Yüksek Lisans Bitirme Tezi

Tez Danışmanı Doç. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU

Bu çalışma Bipolar Bozukluk (BB) tanısı olan hastaların içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısını etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi ve ilgili değişkenler arasındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla gerçekleştirilmiş, kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini, İzmir’deki bir eğitim araştırma hastanesinin Psikiyatri Polikliniği ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan, remisyon dönemindeki hastalar oluşturmaktadır. Veriler Aralık 2017- Nisan 2018 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmanın örnekleme, % 80 güven aralığında,  $\pm$  % 5 örnekleme hatası ve 0,5 etki büyüklüğü ile 102 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 105 hastaya ulaşılmıştır.

Çalışmaya başlamadan önce Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan yazılı izin ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni alınmıştır. Çalışmaya katılacak hastalara çalışma hakkında bilgi verilip yazılı onamları alındıktan sonra, veriler sırasıyla “Sosyo-Demografik Veri Formu”, “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği” “*Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Form*” ve “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği” kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin değerlendirmesinde, sayı ve yüzde dağılımları yapılarak, ilgili değişkenlerin gruplar arasındaki karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde ise Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen hastaların %62,9’unun kadın, %30,5’inin 36-45 yaş aralığında, %50,5’inin evli, %43,8’inin ilköğretim mezunu, %70,5’inin çalışmadığı, %51,4’ünün orta gelir düzeyinde olduğu saptanmıştır.

Hastaların RHİDÖ ve alt ölçek puan ortalamaları “Öz Damgalama” için  $58,56 \pm 18$ , “Yabancılaşma” için  $13,94 \pm 4,66$ , “Damgalamaya Karşı Direnç” için  $12,17 \pm 4,30$ , “Kalıp

Yarguların Onaylanması” için  $11,49 \pm 3,47$ , “Sosyal Geri Çekilme için”  $11,06 \pm 3,37$  ve “Algılanan Ayrımcılık” için  $9,89 \pm 4,31$  olduğu belirlenmiştir.

WHOQOL-BREF puan ortalamasının  $96,48 \pm 19,98$  ve WHOQOL-BREF alt ölçek puan ortalamalarının “Bedensel İyilik Hali” için  $26,25 \pm 6,03$ , “Ruhsal İyilik Hali” için  $19,82 \pm 5,2$ , “Sosyal İyilik Hali” için  $8,94 \pm 3,05$ , “Çevresel Boyut TR” için  $26,56 \pm 5,14$  olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışma sonucunda hastaların %26’sının benlik saygılarının düşük olduğu görülmüştür. Hastaların sosyo-demografik ve tanımlayıcı özelliklerinden yaş, cinsiyet ve medeni durumları tüm ölçekler üzerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmazken ( $p > 0,05$ ), eğitim, gelir ve çalışma durumları, ruhsal hastalıklarına eşlik eden fiziksel bir hastalığın varlığı ve intihar girişiminde bulunma durumlarının tüm ölçekler üzerinde gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,001$ ). Bunun dışında bazı sosyo-demografik değişkenlerin RHİDÖ, WHOQOL-BREF ve Alt Ölçeklerin puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır. RHİDÖ ile WHOQOL-BREF ve RBSÖ arasında negatif yönde, RBSÖ ile WHOQOL BREF arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Bipolar bozukluk, içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi, benlik saygısı, hemşirelik

## ABSTRACT

Internalized Stigma, Quality of Life and Self Esteem in Patients with Bipolar Disorder

Aytuğ TÜRK

Master Thesis, Department of Nursing  
Supervisor: Assoc. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU

This study is a cross-sectional study to investigate some factors affecting internalized stigmatization, quality of life and self-esteem of patients with Bipolar Disorder (BD) and to reveal the relationship between the related variables. The universe of the research constitutes patients during the remission period who are served by Psychiatric Polyclinic and Community Mental Health Center of an educational research hospital in Izmir. The data were collected face to face between December 2017 and April 2018. The sample size of the study was determined as 102 persons with 80% confidence interval,  $\pm 5\%$  sampling error and 0.5 effect size. A total of 105 patients meeting the inclusion criteria were reached.

Before starting to research, Muğla Sıtkı Koçman University had written permission from the non-invasive Clinical Research Ethics Committee and permission was obtained from İzmir Provincial Health Directorate. "The World Health Organization Quality of Life Scale-Short Form" and the "Rosenberg Self-Esteem Scale" were used in the study, respectively, after giving written information about the study to participate in the study. . Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis variance analysis were used in the comparison of the variables between the groups by making number and percentage distributions. Spearman correlation analysis was used to determine the relationship between the scales.

Of the patients included in the study, 62.9% were female, 30.5% were in the age range 36-45, 50.5% were married, 43.8% were primary school graduates, 70.5% Of the respondents are middle income level.

The mean scores of RHIDS and subscale scores of patients were  $58.56 \pm 18$  for "Self Stamping",  $13.94 \pm 4.66$  for "Alienation",  $12.17 \pm 4.30$  for "Stigma Resistance"  $11,49 \pm 3,47$  for "Stereotype Endorsement ",  $11,06 \pm 3,37$  for "Social Withdrawal "and  $9,89 \pm 4,31$  for " Perceived Discrimination " .

The mean score of WHOQOL-BREF was  $96,48 \pm 19,98$  and that of WHOQOL-BREF subscale was  $26,25 \pm 6,03$  for "Physical Health",  $19,82 \pm 5,2$  for "Psychological Health",  $8,94$

$\pm 3,05$  for "Social Relationship" and  $26,56 \pm 5,14$  for "Environmental Dimension TR". Also, 26% of the patients were found to have lower self-esteem as a result of the study. While age, gender and marital status of the patients did not make a statistically significant difference between the groups on all scales ( $p > 0,05$ ), education, perceived income and working status, existence of a physical disease accompanying psychiatric diseases and suicide ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,001$ ) were found to be statistically significant among the groups on all scales. Apart from this, some socio-demographic variables were found to affect the mean scores of RHIDS, WHOQOL-BREF and subscales. There was a statistically significant positive correlation between RHIDÖ and WHOQOL-BREF and RBSÖ, and between RBSÖ and WHOQOL BREF.

**Key words:** Bipolar disorder, internalized stigmatization, quality of life, self-esteem, nursing



**İÇİNDEKİLER**

TUTANAK.....	i
YEMİN.....	ii
TEŞEKKÜR .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	xiv
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xv
1. GİRİŞ .....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2.Araştırmanın Amacı .....	5
1.3. Araştırma Soruları .....	5
2. GENEL BİLGİLER .....	6
2.1.Bipolar Bozukluğun Tanımı.....	6
2.2.Bipolar Bozukluğun Sınıflandırması ve Tanı Ölçütleri.....	7
2.3.Bipolar Affektif Bozukluğun Belirti ve Bulguları.....	9
2.3.1.Manik Dönem Belirti ve Bulgula.....	9
2.3.2.Depresif Dönem Belirti ve Bulguları.....	11
2.3.3.Karma Dönem ve Hipomanik Dönem Belirti ve Bulguları.....	13
2.4.Bipolar Bozuklukta Epidemiyoloj.....	13
2.5.BipolarBozuklukta Etiyoloji.....	17
2.5.1.Biyolojik Etkenler.....	17
2.5.2.Çevresel etkenler.....	18
2.6.Tedavi.....	18

2.6.1.Farmakolojik Tedavi.....	20
2.6.1.1.Akut Dönem Tedavisi.....	20
2.6.1.1.1.Akut Dönem Mani Tedavisi.....	20
2.6.1.1.2.Depresif Dönem Akut Tedavisi.....	22
2.6.1.2.Bipolar Bozukluk Sürdürüm ve Koruyucu Tedavi.....	23
2.6.2.EKT.....	23
2.6.3.Psikoterapi.....	24
2.6.4.Psikoeğitim.....	25
2.7. Damgalama.....	25
2.7.1. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA.....	28
2.7.1.1Bipolar Bozuklukta İçselleştirilmiş Damgalama.....	31
2.8.YAŞAM KALİTESİ.....	32
2.8.1.Bipolar Bozukluk ve Yaşam Kalitesi.....	34
2.9.BENLİK SAYGISI.....	36
2.9.1.Benlik Saygısı ve Bipolar Bozukluk.....	37
2.10.Bipolar Bozukluk Ve Hemşirelik Bakımı.....	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
3.1.Araştırmanın Türü.....	39
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	39
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	39
3.4.Verilerin Toplanması.....	39
3.5.Araştırmada Kullanılacak Veri Toplama Araç ve Yöntemleri.....	40
3.5.1.Sosyo Demografik Veri Formu.....	40
3.5.2.Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği.....	40
3.5.3.Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Form.....	41

3.5.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	42
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi.....	42
4. BULGULAR .....	46
5. TARTIŞMA .....	67
5.1.Araştırmaya katılan bipolar bozukluğu olan hastaların, tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımının tartışılması.....	68
5.2.Araştırmaya katılan bipolar bozukluğu olan hastaların, tanımlayıcı özelliklerine göre RHİDÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasının tartışılması.....	71
5.4.Araştırmaya katılan bipolar bozukluğu olan hastaların, tanımlayıcı özelliklerine göre WHOQOL- BREF ve alt ölçeklerin puan ortalamaların karşılaştırılmasının tartışılması.....	80
5.5.Araştırmaya katılan bipolar bozukluğu olan hastaların, tanımlayıcı özelliklerine göre RBSÖ ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasının tartışılması.....	85
5.6.RHİDÖ, WHOQOL- BREF ve RBSÖ puanları arasındaki ilişkinin karşılaştırılmasının tartışılması.....	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	91
6.1. Sonuçlar .....	91
6.2. Öneriler .....	96
7. KAYNAKLAR .....	98
8.EKLER .....	105
EK – 1:SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU .....	117
EK – 2. RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ( RHİDÖ).....	118
EK – 3. DÜNYA YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ- KISA FORM (WHOQOL-BREF).....	121
EK – 4: ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ(RBSÖ) .....	124
EK-6. Etik Kurul Onayı .....	125

EK-7. Çalışma İzin Onayı .....	126
EK-8. Özgeçmiş Formu .....	127





## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine göre dağılımı .....	7
Tablo 2. Hastaların Klinik Özelliklerine göre dağılımı .....	24
Tablo 3. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile RHİDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	29
Tablo 4. Tablo 4.Hastaların Klinik Özellikleri ile RHİDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	38
Tablo 5. RHİDÖ Alt Ölçekleri Puan Aralıkları ve Hastaların Aldıkları Puan Ortalamaları.....	39
Tablo 6. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile RHİDÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması .....	40
Tablo 7. Hastaların Klinik Özellikleri ile RHİDÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	42
Tablo 8. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile WHOQOL-BREF Puan Ortalamalarının Karşılaştırması .....	42
Tablo 9. Hastaların Klinik Özellikleri ile WHOQOL-BREF Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	43
Tablo 10.WHOQOL-BREF Alt Ölçek Puan Aralıkları ve Hastaların Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	44
Tablo 11.Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile WHOQOL- BREF Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırması.....	44
Tablo 12.Hastaların Klinik Özellikleri ile WHOQOL- BREF Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması .....	45
Tablo13. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle RBSÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 14. Hastaların Klinik Özellikleri İle RBSÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	47
Tablo 15.RHİDÖ , WHOQOL- BREF ve RBSÖ Arasındaki Korelasyon İlişkisi.....	48
Tablo 16. RHİDÖ Alt Ölçekleri, WHO-QOL BREF Alt Ölçekleri ve RBSÖ Arasındaki Korelasyon İlişkisi.....	48

**ŞEKİLLER LİSTESİ**

Şekil 2.1.Bipolar bozukluk yaşam döngüsü.....	6
Şekil 2-4.Bipolar Spektrum Bozukluğun DSM-IV/WHO WMH-CIDI Tanısına Göre Uluslararası Yaşam Boyu ve 12Aylık Prevelansı .....	14
Şekil 6-1.Akut Dönem Mani Tedavisinde Kullanılan İlaçlara İlişkin Bilgiler.....	22



**KISALTMALAR DİZİNİ**

RHİDÖ :Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği

WHOQOL-BREF: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form

RBSÖ : Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

BB:Bipola Bozukluk

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

EKT: Elektrokonvülsif Tedavi

Min. : Minimum

Max : Maximum

N : Evrendeki Birey Sayısı

N : Örneklemdaki Birey Sayısı

P : Anlamlılık Düzeyi

SS : Standart Sapma

$\bar{X}$  : Ortalama

## 1.1.GİRİŞ

### 1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Gerek ülkemizde gerekse dünyada, ruhsal bir hastalık tanısı alan bireyler en başta aile üyeleri ve yakınları olmak üzere, içinde yaşadıkları toplum tarafından ayrımcılık, ötekileştirme ve damgalama tutumlarına en fazla maruz kesmi oluşturmaktadır (Overton & Medina, 2008).

Damga, bireyin yaşadığı çevresi tarafından, kabul görmemesine, aşağı görülmesine, dışlanmasına ve reddedilmesine neden olan bir işaret, leke veya etiket şeklinde tanımlanabilir (Beyazyüz, Beyazyüz, Albayak, & Baykal, 2015; Schulze & Angermeyer, 2003). Buna karşın, günümüzde kullanımı ise daha çok, insanların normal olarak görmediği ve algılamadığı kişi ya da grubu değersiz, kusurlu, utanılacak bir durum olarak nitelendirerek, bu kişi ya da gruba yönelik korku duymaya, kaçınmaya, reddetmeye ve uzaklaşmaya iten tutum ve inançlarının tümünü ifade etmektedir. Bu durum hastaların ve hasta ailelerinin sosyal yaşamlarında birçok zorluk yaşamalarına ve örselenmelerine yol açmaktadır (Çam & Çuhadar, 2011).

Ruhsal hastalık ile bağlantılı olumsuz çağrışımlar, tutumlar ve yanlış varsayımlar, hastalığın kendisi kadar zararlı olabilmektedir (Overton & Medina, 2008). Bazı çalışmalarda, hastaların psikiyatriye başvurduktan ve bir tanı aldıktan sonra, açık bir ayrımcılık ya da kötü davranışa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış olarak hissettikleri belirtilmiştir. Aynı zamanda bu hastalarda, durumundan utanma, yetersizlik duyguları, olumsuz otomatik düşüncelerde artma, sosyal ilişkilerden kaçınma ve uzak durma (dışlayıcı bir davranışa maruz kalmaksızın), kendilik değerinde düşme olduğu görülmüştür (Taşkın, 2007).

Bipolar bozukluk insanlar ve toplum açısından her ne kadar görece olarak daha az tanınan ve damgalanan bir bozukluk olmasına karşın, hastalarda algılanan damgalanma hissi oldukça fazla olup, hastalar herkesten önce kendi kendilerini damgalama eğilimi göstermektedirler (Aydemir, 2004). “İçselleştirilmiş” damgalanma ya da “kendini damgalama”, olarak nitelendirilen bu durum, toplumun ve çevrenin zihinsel hastalık hakkındaki bilişsel, duygusal damgalama varsayımlarının ve stereotiplerinin farkında olarak ya da olmayarak özümsemesi, bunları kendilerine inandırması ve kabul etmesi sürecidir (Drapalski et al., 2013; Tanabe, Hayashi, & Ideno, 2016). Bu süreç kişinin bir ruhsal hastalık tanısı alması ile başlar. Böylece bu kişide, kendisinde daha öncesinden var olan ruhsal olarak hasta kişi stereotipi canlanır. (Taşkın, 2007). Bir nevi içselleştirilmiş damgalama toplumsal damgalamanın, hastaların kendine yönelttiği yansıtımlarından oluşmaktadır.

Bipolar bozukluk orta yaş grubunda, yeti yitimine neden olabilen hastalıklar açısından altıncı sıradadır(Çam & Çuhadar, 2011). Bipolar bozukluğun başlangıç yaşının erken erişkin yaşlarda olması, bu yaşların en üretken ve aynı zamanda en çok zarara uğrayabilecekleri dönemler olmasından dolayı hastalarda işlevsellik kaybı önemli boyutlarda görülebilmektedir(Gürhan, 2016). Hastaların, %33 oranında belirtilerin 15 yaşından önce, %27 oranında 15-19 yaş arasında ve %39 oranında 20 yaşından sonra başladığı (Öztürk & Uluşahin, 2016), tanı konulana kadar yaklaşık 10 yıllık bir sürenin geçtiği bildirilmektedir (Eroğlu & Özpoymaz, 2010). Özellikle genç yaş dönemlerinde bipolar bozukluk tanısı konulan hastalar, kişiliklerinin bazı yönlerini hastalığa ait belirtilerden ayırırken güçlük çekmektedirler. Geçirilen akut epizotlar arasında, iyilik halinin görülebildiği hastalarda bu durum, normal dönem ile hastalık dönemi arasındaki fark silikleşmesine buna bağlı olarak da bipolar bozukluk tanılı hastaların, her tür duygudurum salınımını toplumsal damgalama için bir uyarı işareti olarak kabul ederek, gündelik rutin hayatlarını sürekli olarak, kontrol altında tutmak için çaba göstermelerine neden olmaktadır (Ustundag & Kesebir, 2013).

Yakın tarihte Avrupa’da ruhsal hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada, hastaların %43,6’sının orta ve yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalama yaşadıkları belirtilmiştir(Picco et al., 2016). Çin’de kırsal kesimlerde yaşayan ruhsal hastalığı olan bireylerle yapılan bir başka çalışmada ise hastaların %94,6’sının içselleştirilmiş damgalama yaşadıkları gösterilmiştir (Ran 2018). Farklı kültürlerde gerçekleştirilen bu iki çalışmanın sonuçları arasındaki fark, toplumun ve çevrenin algılanan damgalama üzerindeki etkisi üzerine var olan görüşleri destekler niteliktedir. Ülkemize bakıldığında ise Üstündağ ve Kesebir tarafından bipolar bozukluk tanısı olan 105 hasta ile gerçekleştirdikleri bir başka çalışmada, hastaların %46’sının algılanan damgalama düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.(Ustundag & Kesebir, 2013)

Ruhsal hastalığı bulunan kişilere yönelik “damgalama” tutumu ve tutumun bir sonucu olarak hastaların toplum tarafından “dışlanması” gerek hastaların, gerekse hasta yakınlarının yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır.(Avcil, Bulut, & Sayar, 2016). Bununla birlikte hastaların sadece atak dönemlerinde değil, atak dışındaki dönemlerde de klinik olarak yaşam kalitelerinde belirgin bozulma olduğu belirtilmektedir (Michalak et al.2005). Bipolar bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesindeki bozulma, genel toplum ve kronik fiziksel hastalığı olan bireylere göre daha fazladır (Goossens et al.2007). Geniş kapsamlı bir kavram olan yaşam kalitesi (“Quality of Life”), bireyin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan yararlanması olarak

tanımlanmaktadır (Kavak&Ekici 2014). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre ise, bireylerin hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde kendi yaşamını algılama biçimidir şeklinde tanımlamıştır (Arunachalam Mohandoss, 2017).

Geçmişte, klasik olarak bipolar bozuklukta gidişat, sonlanım ve tedavi hedeflerinin sonuç ölçümleri olarak, yineleme oranı, hastaneye yatış sayısı ya da manik ve depresif belirtilerdeki düzelme oranı gibi klinik argümanlar temel alınarak değerlendirilmekteydi (Michalak et al. 2006). Ancak son yıllarda daha etkili tedavi seçeneklerinin özellikle hastalığın akut dönemlerinde başarıyla uygulanması ve tedavi sürecinde hasta ihtiyaçlarının da giderek göz önünde bulundurulması ile birlikte, işlevsellik, öznel iyi oluş ve yaşam kalitesi gibi ölçütlerin üzerinde sıklıkla durulmaya başlanmasına yol açmıştır (Aydemir, Eren, Savaş, & Oğuzhanoglu, 2007; Saarni, Viertiö, Perala, & Koskinen, 2010).

Bipolar bozukluk, hastaların zihinsel ve fiziksel sağlığı, eğitim, mesleki işlevsellik ve kişilerarası ilişkiler üzerinde yaşam boyu olumsuz etkiler göstermektedir.(McCormick, Murray, & Mcnew, 2015).Hastaların yaşamlarında ki bu olumsuzluklardan etkilenen bir başka öznel boyut ise benlik saygısı kavramıdır. Benlik saygısı kişinin kendisini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur. Bireyin kendini değerli, olumlu, beğenilmeye ve sevmeye değer bulmasıdır. Benlik saygısı gereksinimi bireyin çevresindeki bireylerden aldığı değerlendirme ile yakından ilişkilidir. Bireyin sevildiğini, sayıldığını ve yaptığı işlere değer verildiğini öğrenmesi benlik saygısı gereksinimine doyum sağlamaktadır.

Duclos'un aktardığına göre benlik saygısının en eksiksiz ve tam tanımını Saint-Paul 'Benlik saygısı, kendine güven'' kitabında ''Benlik saygısı, kişinin kendi değerinin ve insan olarak başkasına aktarılamaz öneminin bilincinde olmasına dayanan, kendi kendinin olumlu değerlendirmesidir. Kendine saygı duyan bir kişi kendine iyi davranır, kendini sevmeye ve mutlu olmaya layık görür. Benlik saygısı aynı zamanda, yaşamın içindeki olay ve güçlüklerle sorumlu ve etkili bir biçimde mücadele etmek için kişinin özgür iradesini, beceri ve öğrenme yetisini kullanabileceğinden emin olmasını sağlayan güvenlik duygusuna da dayanır.'' Şeklinde yapmıştır (Duclos, 2014).

İçselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısı, bireylerin öznel algılamalarını içeren tutum, düşünce ve yargıları olup birbiriyle doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkili kavramlar olarak değerlendirilmektedir. Yurt dışında ilgili değişkenler arasındaki

ilişkiyi belirlemeye yönelik süregelen ve ağır ruhsal hastalığı olanlar üzerinde gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda, içselleştirilmiş damgalama düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düzeyinin düştüğünü (Blairy et al., 2004; Lin, Chang, Wu, & Wang, 2016; Marcussen, Ritter, & Munetz, 2010) ve içselleştirilmiş damgalamanın benlik saygısını doğrudan, yaşam kalitesini ise benlik saygısı aracılığı ile dolaylı yoldan olumsuz etkilediğini belirten çalışmalar mevcuttur (Mashiach-Eizenberg, Hasson-Ohayon, Yanos, Lysaker, & Roe, 2013; Oliveira, Carvalho, & Esteves, 2016).

Yurt içinde ise gerek bipolar bozukluk, gerekse diğer ruhsal hastalık tanısı alan hastalar üzerinde ‘içselleştirilmiş damgalama’, ‘Benlik Saygısı’, ‘Yaşam Kalitesi’ kavramları arasındaki ilişkiyi ortaya koyan bir çalışmaya rastlanmamıştır. İlgili değişkenlerin kısmen irdelendiği çalışma sayısı ise oldukça kısıtlıdır. Yapılan çalışmalar içselleştirilmiş damgalamanın benlik saygısına olan etkisini farklı ruhsal hastalıklar ile birlikte değerlendirilmiş ve yurt dışı çalışmalara paralel olarak içselleştirilmiş damgalamanın benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Kök & Demir, 2018; Tel & Ertekin Pınar, 2012). İçselleştirilmiş damgalamanın yaşam kalitesi üzerine olan etkisi ise şizofreni hasta grubu üzerinde birkaç çalışmada ele alınmış ve benlik saygısında olduğu üzere damgalanma hissinin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Doğanavşargil, 2009; Özçelik & Yıldırım, 2018). Literatüre incelendiğinde, bipolar bozukluğu olan hasta grubunda içselleştirilmiş damgalama ve yaşam kalitesi üzerine ise yayınlanmış tek çalışmanın bulunduğu görülmüştür. Üstündağ ve Kesebir tarafından gerçekleştirilen çalışmada, içselleştirilmiş damgalamanın yaşam kalitesi, tedaviye uyum ve klinik özellikleri üzerine olan etkisi araştırılmıştır. Yine bu çalışma sonucunda, içselleştirilmiş damgalama hissini yoğun yaşayan bireylerin, yaşam kalitelerinin ve tedaviye olan uyumlarının düşük olduğu tespit edilmiştir (Ustundag & Kesebir, 2013).

Ruhsal hastalığından dolayı damgalamaya maruz kalan kişiler, toplumda ve çevrelerinde var olumsuz yargıların kabullenip benimsenmesi yani içselleştirilmesi ile utanç duyma, yetersizlik duygusu yaşama, sosyal ilişkilerden kaçınma, reddedilme korkusu ile toplumdan geri çekilme, kendini değersiz hissetme gibi olumsuz duygular yaşamaktadırlar. Yaşanan bu olumsuz duygular bir süre sonra benlik saygısının azalmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olur (Avcil et al., 2016; Baysal, Özkan, & Gökmen, 2013; Mashiach et al., 2013; Tel & Ertekin Pınar, 2012).

Genel olarak bipolar bozukluk, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasındaki ilişki her ne kadar teorik olarak kabul edilmişse de, uygulamalı olarak ortaya konulmuş çalışmaların sayısı yetersizdir (Somrongthong, Hongthong, Wongchalee, & Wongtongkam, 2016). Bu çalışma ile gerek diğer ruhsal hastalıklarda gerekse bipolar bozukluğu olan hastalarda daha önce yurt içinde çalışılmamış olan, içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısı ilişkisinin ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır. Bu çalışma ile aynı zamanda içselleştirilmiş damgalamanın, düşük yaşam kalitesi ve benlik saygısının bipolar bozukluğu olan hastalar üzerindeki olumsuz etkilerinin önlenmesi ve müdahale planlarının oluşturulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmada, bipolar bozukluğu olan hastalardaki içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısı üzerinde etkisi olduğu düşünülen sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin etkisinin ortaya çıkarılması ve ilgili değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

## **1.3.Araştırmanın Soruları**

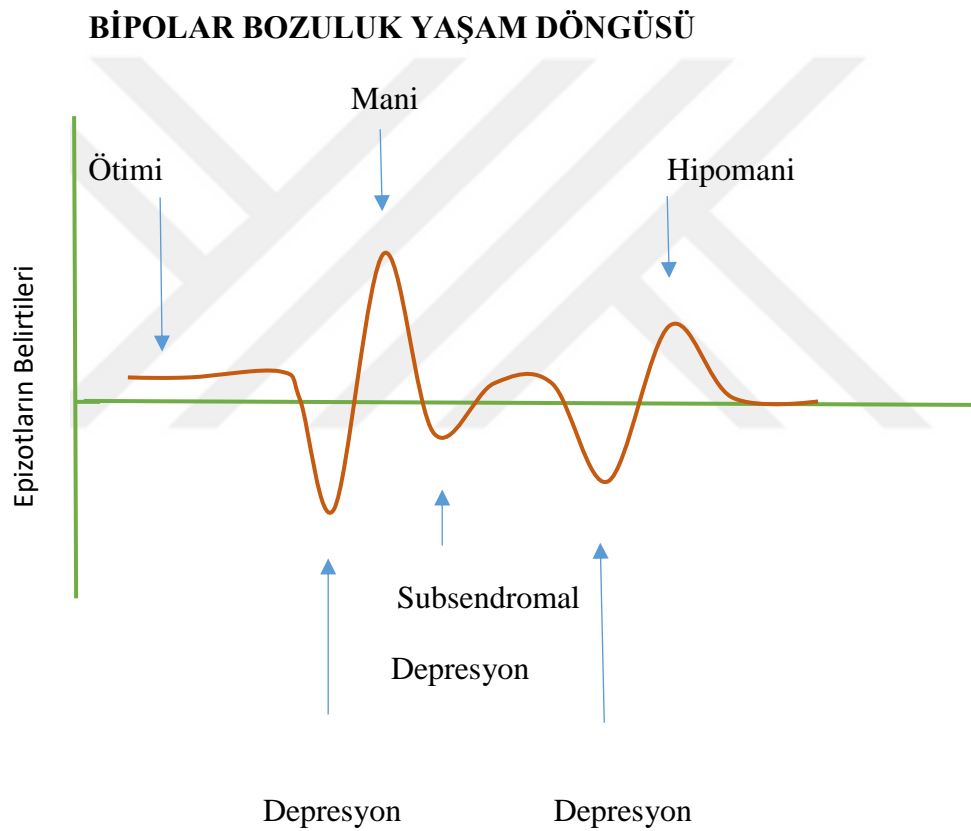
- Bipolar bozukluğu olan hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin, içselleştirilmiş damgalamaları, yaşam kaliteleri ve benlik saygıları açısından, gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturmakta mıdır?
- İçselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?



## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.BİPOLAR BOZUKLUĞUN TANIMI

Bipolar bozukluk (BB), daha önce manik depresif bozukluk olarak tanımlanan, depresif ve manik ya da her ikisini kapsayan karma (mikst) dönemlerin olduğu, dönemler arası tamamen normal olan ya da minimal belirti düzeyleriyle beraber olduğu düşünülen, yüksek mortalite, morbidite ve uzun dönemde hemen her alanda belirgin işlev kaybına yol açtığı bilinen ciddi, rahatsız edici ve kronik bir ruhsal bozukluktur. (Işık, 2013; Judd et al., 2002; Michael Jeffrey Aminoff, 2003; Yeloğlu & Hocaoğlu, 2017)



Şekil 2-1:(Muzina, Colangelo, Manning, & Calabrese, 2007)

Yüzyıllar boyu aynı hastalarda, farklı zaman dilimlerinde görüldüğü bilinen döngüsel melankoli ve maninin, tek bir tanım altında ele alınabileceği şeklindeki görüşlerle birlikte ‘Bipolar Bozukluk’ kavramı 1850’li yıllarda tıp literatüründe yer almaya başlamıştır (Noll, 2007; Romans & McKean, 2014). Fransız psikiyatrist Jean-Pierre Falret 1854’de bu tabloyu ‘Folie Circulaire’ (döngüsel delilik) olarak tanımlamış, yine bir başka Fransız psikiyatrist olan

Baillarger 'Folie A Double Forme' (çift yönlü delilik) terimini kullanmıştır. Aynı zamanda mani ve depresyonun klinik özellikler bakımından ve kavramsal olarak da birbirleriyle ilişkili olduklarını belirtmişlerdir (Akiskal, 2007; Towsend, 2016).

Sonraki yüzyılda, Alman psikiyatrlar, nozoloji ve psikopatolojiye katkıları ile affektif bozukluk kavramını ve alt tipleri tanımlamışlardır. Kahlbaum (1882) siklotimiyi ve psikotik belirtilerin olmadığı maniyi, Mendel (1881) ise bipolar tip-II bozukluğun temeli olan hipomaniyi tarif etmişlerdir (Bozkurt & Oral, 2015).

1899 yılında Kraepelin, duygulanım bozukluklarını 'Manik-Depresif Psikoz' sınıflandırması altında tanımlayarak, duygusal veya duygulanım bozukluğu gösteren kişileri, manik depresif veya potansiyel manik depresif olarak değerlendirmiş ve şizofreni bozukluğundan ayırarak; günümüzde geçerli olan bipolar bozukluk tanımının temellerini atmıştır (Carvalho & Vieta, 2017; Healy, 2008; Noll, 2007). Kraepelin 'Manik Depresif Hastalık' için üç önemli tanı ölçütü öne sürmüştür:

- Depresyon ya da öfori tarzında, yoğun emosyonel tonüs,
- Daha önceki sağlıklı işlevselliğe geri dönebilme özelliği,
- Hastanın yaşamı boyunca tekrarlayan, birçok atak yaşaması (Işık, 2013).

1957'de Leonhard, Kraepilini'nin bu sınıflandırmasından temel alarak, ruhsal durumun kutup zıtlıkları olan depresyon ve mani deneyimini yaşayan hastalar için, "Bipolar" terimini ilk kez kullanmıştır. 1966'da Angst ve Perris bağımsız olarak tek kutuplu depresyon ve bipolar bozukluğun; klinik sunum, gelişim, aile öyküsü ve terapötik yanıt açısından farklılaşabileceğini, çeşitli çalışmalarla ortaya koymuştur. Onların bu fikirleri, zihinsel bozukluk tanısı için iki temel modern sınıflandırma sistemi olan DSM ve ICD tarafından da kabul görmüştür (Excellence, 2014; Malhi & Berk, 2014).

Yapılan uzunlamasına değerlendirmeler sonucunda, hem depresyon, hem de manik ya da hipomanik dönemler yaşayan hastaların, başta DSM ve ICD olmak üzere günümüz sınıflandırmalarındaki tanısı bipolar bozukluktur. Günümüzde gelinen noktada uzunlamasına manik ya da hipomanik dönemlerin eşlik ettiği depresyonlarla, bu tür dönemlerin eşlik etmediği depresyonların farklılığı yaygın olarak kabul görmektedir (Vahip, 2004).

## **2.2.Bipolar Bozukluğun Sınıflandırması ve Tanı Ölçütleri**

DSM'nin ilk sürümünden başlayarak, devam eden duygudurum bozukluklarının uzunlamasına modelinden (döngüsellik ve nüks) daha çok, geçirilen dönemler ve özellikleri

üzerine daha fazla ağırlık verilmesi, DSM-5' de artarak devam etmiş ve bu durum bipolar bozukluğun sınıflandırmasında Kraepelin'in görüşünden giderek uzaklaşılmasına neden olmuştur (Carvalho & Vieta, 2017). İki uçlu ve ilişkili diğer bozukluklar DSM-5'de depresyon bozukluklarından ayrılmış, şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar ile depresyon bozuklukları bölümleri arasına yerleştirilmiştir (Carvalho & Vieta, 2017; Köroğlu, 2014). Bu bölümde kapsanan tanılar, beş başlık altında toplanmıştır(Köroğlu, 2014).

**Bipolar I Bozukluğu:** Bipolar I bozukluğun ana özelliği, bir veya daha fazla manik ya da karma(mikst) dönem geçirmiş olmaktır. Her ne kadar majör depresif dönem varlığı bu tanıyı koyabilmek için zorunluluk olmasa da olguların çoğunda majör depresif dönem varlığı bulunmaktadır ya da ilerde geçirecekleri varsayılır (Güleç & Köroğlu, 2007; Yüksel, 2014). Judd ve ark. tarafından 2003 yılında yapılan çalışmada, bu hastaların %47'sinin uzunlamasına seyrinde semptomatik olarak kaldığı ve bunlarında %67'sinin de, depresif belirtiler gösterdiği belirlenmiştir (Judd et al., 2003).

**Bipolar II Bozukluğu:** Bu bozukluğun ana özelliği, en az bir majör depresif dönem ile en az bir hipomanik dönemin olması, ama manik ya da karma bir dönem bulunmamasıdır. Hipomanik dönem; manik dönem ölçütlerinin, iş ve sosyal yaşamı ciddi ölçüde bozmayan, psikotik belirtiler içermeyen ve hastaneye yatış gerektirmeden ayaktan tedavi edilebilecek düzeyde olduğu daha hafif bir dönemi anlatır (Güleç & Köroğlu, 2007). Bu olgular dönemler arasında üretken ve yaratıcı nitelikler gösterirler. Hafif hipomanik belirtilerin normal, başarılı davranış olarak görülmesi normaldir (Yüksel, 2014). Bu nedenle ilk hipomanik atağın ortaya çıkmasından sonra bile hastalara doğru tanının konulabilmesi yaklaşık 10 yıla kadar gecikebilmektedir (Işık, 2013).

**Siklotimik Bozukluk:** Uzun yıllar boyunca bir kişilik bozukluğu olarak sınıflandırılan siklotimik bozukluk, DSM –III'de "Affektif Bozukluklar", DSM-IV-TR'de "Duygudurumu Bozuklukları" ana başlığının, bipolar bozukluk alt başlığı altında ve son olarak DSM-V'de "Bipolar ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında yer almıştır (Işık, 2013). Bu bozuklukta çok sayıda hipomanik dönemler ile çok sayıda depresif duygudurum ve ilgi kaybı dönemleri olur. Ancak bu belirtiler süre ve şiddet yönünden depresyon ve maniye benzemez. Aynı zamanda belirtiler süre ve şiddet yönünden bipolar bozukluk ölçütlerine uymaz (Yüksel, 2014).

**Maddenin/İlacın Yol Açtığı Bipolar ve İlişkili Bozukluklar:** Tanısal özelliklerinin, temelde mani, hipomani ve depresyon dönemlerinin özelliklerini göstermesine karşın, mani ve hipomani dönemlerinin; antidepressan ilaç kullanımı ya da diğer tedavilerden sonra ve ilacın fizyolojik etkileri doğrultusunda ortaya çıkması ayırt edici özelliğidir (Köroğlu, 2014).

**Diğer Bir Tıbbi Duruma Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluklar:** Bu bozukluk tanısının konulabilmesi için; öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularında başka bir sağlık durumunun doğrudan patofizyoloji ile ilgili bir sonucu olduğuna ilişkin bulguların varlığı gereklidir. Klinik görünümüne engel olan kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan bir duygudurum varlığı başlıca özelliğidir (Köroğlu, 2014).

**Belirlenmiş Bir Diğer Bipolar ve İlişkili Bozukluklar:** Bipolar ve ilişkili bozuklukların belirti özelliklerinin baskın olmasına karşın (Köroğlu, 2014), herhangi bir bipolar ve ilişkili bozuklukların tanı ölçütlerini tam karşılamayan tablolar bu bozukluk altında ele alınır (Işık, 2013).

**Belirlenmemiş bipolar ve ilişkili bozukluklar:** Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, toplumsal veya işle ilgili alanlarda ve önemli diğer işlevsellik alanlarında düşmeye neden olan, bipolar belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bipolar ve ilişkili bozukluklar tanı kümesinde herhangi birinin tanısı için tam ölçütlerin karşılanmadığı durumlar, bu bozukluk altında ele alınır (Köroğlu, 2014).

## 2.3. Bipolar Affektif Bozukluğun Belirti ve Bulguları

### 2.3.1. Manik Dönem Belirti ve Bulguları

**Bilişsel belirtiler:** Benlik saygısı ve toplumsal, cinsel, ya da dinsel yönden kendine güven duygusu abartılı bir şekilde yükselmiştir (Güleç & Köroğlu, 2007; Işık, 2013). Artan bu benlik saygısına bağlı olarak büyüklük ve olağandışı güçlülük duygusu izlenir. Kendilerini diğer insanlardan daha yetenekli görürler ve her şeyi yapabilecek güçte olduklarına inanırlar (Fortinash & Holoday Worret, 2012; Yüksel, 2014). Bu tabloya, duyguduruma uygunluk gösteren hezeyan ve halüsinasyonların eşlik ettiği psikotik yaşantılar eklenebilir. Psikotik yaşantılar hastaların %67'sinde duygudurum ile uyumlu olup (O. Öztürk & Uluşahin, 2016); genel olarak grandiyozite (dünyayı yönetme, peygamber olma, özel güçlere sahip olma, vb.) ve bununla ilgili olarak paranoid (kötülük görme, izlenme, çekememe, vb.) niteliktedir (Güleç & Köroğlu, 2007; Townsend, 2016). Düşünce akışı hızlanmış olup, aynı anda birden fazla düşünce yaşamaya bağlı olarak fikir uçuşmaları görülebilir (Fortinash & Holoday Worret, 2012; Işık, 2013). Spontan dikkati ileri derecede artmıştır. En ufak uyaran bile dikkatini çekebilir ve bu

durum hastanın istemli (volonter) dikkatini toplamada sorun yaşamasına neden olabilir. Bellek işlevlerinde artma (hipermnezi) izlenebilir (Güleç & Köroğlu, 2007; Işık, 2013).

**Duygusal belirtiler:** Mani döneminde duygudurum, çoğu kez çöşkun, son derece neşeli, yükseklerde ya da ‘kendini dünyanın tepesinde hissetme’ ya da ‘başı göklerde olması’ ile tanımlanır (Köroğlu, 2015). Neşe, kendini aşırı derecede iyi hissetme, mutluluk halinin hakim olduğu ‘öforik’ duygu durumu ile öfke, kızgınlık, aşırı sinirlilik, hırçınlık duygularının hakim olduğu ‘irritabl’ duygu durumu arasında yaşanan dalgalanmalar görülebilir. İrritabl duygular genellikle kişinin istekleri karşılanmadığın da/engellendiğinde ya da kişi madde kullanıyorsa ortaya çıkar. Hasta açık açık şakalar ve espriler yapabilir, şarkılar söyleyebilir. Bu neşeli duyguları genellikle çevresindeki kişilere de yayılıp, bulaşabilir. Bu tabloya kısa süreli yaşanan hüzünlenmeler ve ağlama gösterilerinin eklenmesi maniye ters bir bulgu olmayıp karma dönem tanısı gerektirmemektedir (Fortinash & Holoday Worret, 2012; Leigh & Streltzer, 2017; Towsend, 2016; Yüksel, 2014).

**Davranışsal Belirtiler:** Yükselen duygudurum ile birlikte görülen aşırı hareketlenme, yerinde duramama, çok konuşma, hedefe yönelik davranışlarda artma, manide kolayca fark edilebilen davranışsal belirtilerdir (Fortinash & Holoday Worret, 2012; Güleç & Köroğlu, 2007; Işık, 2013; Leigh & Streltzer, 2017; O. Öztürk & Uluşahin, 2016; Yüksel, 2014). Konuşurken el ve kol hareketlerini de kullanarak öfkeli, neşeli, kendine güvenen ve yüksek bir ses tonu ile konuşurlar. Konuşma, sözü kesilemez (basınçlı konuşma) ve dağınık olup, esas üzerinde konuşulan temaya çoğunlukla teğet geçer (tanjansiyalite) hale gelmiştir (Işık, 2013; O. Öztürk & Uluşahin, 2016; Uğur, 2008). Zayıf dürtü kontrolü vardır ve normalde sağduyulu olan birey bile, sosyal ve cinsel yönden sınır tanımayan davranışlar sergileyebilir. Savurgan davranışlar gösterip, gereksiz para harcama, hediyeler alma, bağışlarda bulunma ya da gereksiz yatırımlar yapabilirler. Kendi düşünce ve davranışlarını gerçekleştirmeye yönelik çevresindeki kişileri manipüle edebilir ve işler kötüye giderse kendi başarısızlıklarının sorumluluğunu almaktan kaçınarak, bunun için başkalarını suçlayabilirler. Bu dönemde alkol alımında artış başta olmak üzere, uyarıcı ilaç ya da bağımlılık yapabilen maddeleri de kötüye kullanabilmektedirler (Işık, 2013; Towsend, 2016).

**Bedensel (Somatik) Belirtiler:** Uyku ileri derecede hemen hemen her hastada bozulur. Hasta günlerce sabahlara kadar uyumaz. Hastaların %69-99’unda uyku ihtiyacında azalma yaşanmasına karşılık (Harvey, Talbot, & Gershon, 2009), kendilerini enerjik hisseder ve günlük yaşantılarını aktif olarak sürdürürler. İştahta artış görülse bile genellikle yemek yemeye vakit bulamadıklarından yetersiz beslenme ve sıvı alımına bağlı kilo verme ve dehidratasyon ortaya

çıkabilir. Libido artışı ve buna bağlı, cinsel yönden sınır tanımayan davranışlar birliktelik yaşadıkları partnerlerini bile rahatsız edecek boyuta ulaşabilir (Black & Andreasen, 2014; O. Öztürk & Uluşahin, 2016).

**Sosyal Belirtiler:** Maninin başlangıç döneminde hastaların sosyal ilişkilerinde artış gözlemlense de bu durum genel olarak uzun sürmez ve hatta sosyal etkileşimlerinin daha da bozulmasına neden olur. Yeni arkadaşlıklar ve ilişkiler kurmak yönünden istekli olsalar dahi hareketlerini ve düşüncelerini kontrol edememeleri diğer insanların tepkisine yol açabilir. Bu durumda daha önce dost ve arkadaş canlısı görünen hastaların saldırgan ve düşmanca bir tutum ve davranış sergilemesine neden olabilir (Fortinash & Holoday Worret, 2012; Işık, 2013).

### 2.3.2. Depresif Dönem Belirti ve Bulguları

**Bilişsel belirtiler:** Düşünme, konsantre olma ve karar verme yeteneklerinde azalmalar ve yavaşlamalar görülür. Düşünce süreci ve akışında yaşanan bu yavaşlama, konuşmalarına da yansır ve hasta düşüncelerini ifade ederken zorlanmalar yaşar. Bazen sorulan bir soruya cevap almak iki-üç dakikalık süreyi alır (Fortinash & Holoday Worret, 2012; Işık, 2013). Benlik saygısı çok azalmıştır. Bu durum düşünce içeriğine de yansır. Düşünce içeriğinde başta değersizlik ve buna bağlı tekrarlayan intihar düşüncesi olmak üzere, suçluluk, hipokondriyak uğraşlar, umutsuzluk, obsesif ve tekrarlayan düşünceler, pişmanlık, kararsızlık ve çaresizlik gibi olumsuz özellikler gösterir (Güleç & Köroğlu, 2007; O. Öztürk & Uluşahin, 2016; Townsend, 2016). Gerek istemli (volonter) gerekse istemsiz (spontan) dikkat azalmıştır (Işık, 2013). Gerçek bir bellek bozukluğu olmamasına karşın unutkanlık sık karşılaşılan bir bulgudur. Bu durumun dikkat ve düşünceleri toparlayamama ve belirli bir konu üzerine yoğunlaşamama ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Nadiren varsanılar ve yanılsamalar görülür (Güleç & Köroğlu, 2007; O. Öztürk & Uluşahin, 2016).

**Duygusal belirtiler:** Depresif duygu durum (disfori) ve anhedoni bu dönemin iki temel duygusal belirtisidir (Fortinash & Holoday Worret, 2012). Duygulanımda genel bir keyifsizlikten, ıstırap veren acı duyma derecesine varan artmalar olabilir. Bu tablo çökkün duygudurum (disfori) olarak adlandırılır (O. Öztürk & Uluşahin, 2016). Çökkün duygudurum; yaşamaktan zevk almama, karamsarlık, kendini kederli ve elemli hissetme, moral bozukluğu, umutsuzluk, mutsuzluk, hüznün ve kendini boşlukta hissetme duygusu, sıkıntı ve kötümser düşüncelerle karakterize olup sürengelik gösteren bir durumdur (Işık, 2013). Daha önceleri ilgi duyulan ve doyum sağlanan hobiler, yemekler, cinsel aktiviteler, sosyal aktiviteler ve arkadaşlık ilişkileri artık birey için bir ilgi ve doyum kaynağı olmaktan çıkmıştır (Fortinash & Holoday Worret, 2012; Güleç & Köroğlu, 2007). Yaşadıkları olumsuz duygular nedeniyle

kendilerini diğer kişilere karşı bağımlı hissederler. Sürekli olarak kendilerine ve depresif yakınmalarına yönelik yaşamaya başlarlar, yani ben merkezci hale gelir. Yaşanan olumsuz duygular sabah erken saatlerde daha belirgin olarak hissedilir (Işık, 2013; O. Öztürk & Uluşahin, 2016).

**Davranışsal Belirtiler:** Davranış değişikliği olarak psikomotor yavaşlama (reterdasyon) ve psikomotor hareketlilik (ajitasyon) tabloları izlenir. Fiziksel etkinliklerin hemen her alanında durma noktasına gelecek boyutta yavaşlama ile karakterize olan retardasyon daha çok genç hastalarda görülür. Alçak sesle ve tek düze konuşma, çökmüş postür, yavaş ve katı yürüme, öz bakımda yetersizlik, gündelik işleri yapamama ve sosyal geri çekilme görülebilir. O güne kadar yapılan tüm fiziksel etkinlikler hastaya artık taşıması zor bir yük gibi gelmektedir (Fortinash & Holoday Worret, 2012; Işık, 2013; O. Öztürk & Uluşahin, 2016; Townsend, 2016). Daha çok artmış motor etkinlik olarak gözlemlenen ajitasyon ise daha çok ileri yaştaki hasta grubunda görülür (40-50 yaş üstü). Hastanın içsel olarak yoğun yaşadığı olumsuz duyguların dışı vurumudur. Durmaksızın gezinme, elleri ovuşturma, tırnak yeme, saçını ya da elbiselerini çekiştirme, bacaklarını sallayıp durma çok sigara içme davranışları görülebilir (Güleç & Köroğlu, 2007; Işık, 2013).

**Bedensel (Somatik) Belirtiler:** Bazı bedensel belirtiler depresif dönemin karakteristik özelliklerini oluşturmaktadır. Bunların başlıcaları; enerji azalmasına bağlı güçsüzlük, yorgunluk hissi, genellikle iştah ve yemek yemenin azalmasına bağlı kilo kayıpları ve sıvı-elektrolit dengesizlikleri, uyku düzeninin bozulmasına bağlı uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma, cinsel isteksizliğe bağlı cinsel etkinliğin azalması ya da tamamıyla ortadan kalkmasıdır (Işık, 2013; E. Köroğlu, 2004).

**Sosyal Belirtiler:** Depresif dönemde gerek bireysel gerekse sosyal işlevsellikte önemli bozulmalar ortaya çıkar. Hastalar öncelikle ailelerinden başlayarak sosyal çevrelerinden ve toplumdaki kişilerle etkileşime geçmekten kaçınırlar ve sosyal aktivitelerde daha az yer alırlar. Bu durum çalışma hayatlarına yansarak olumsuz durumların meydana gelmesine ve bunun sonucunda ekonomik problemler yaşanmasına yol açabilir. Daha fazla depresif belirtileri olan kişiler daha sık olumsuz sosyal etkileşimler yaşarlar ve bu duruma karşı daha güçlü tepki verirler (Black & Andreasen, 2014; Fortinash & Holoday Worret, 2012; Steger & Kashdan, 2009).

### 2.3.3.Karma Dönem ve Hipomanik Dönem Belirti ve Bulguları

Hastaların küçük bir kısmı tek bir atak sırasında hem manik hem de depresif belirtiler gösterebilir. Böyle bir durum varlığında tanı karma (mikst) ataktır (Black & Andreasen, 2014). Kişi manik epizod ve majör depresif epizodlara özgü belirtilerinin yanı sıra hızla değişen duygular (üzüntü, iritabilite, öfori) yaşayabilir (Köroğlu, 2004). Hastanın duygudurumu ve belirtileri hızlı değiştiği için karma atağın klinik seyri kafa karıştırıcı olabilir. Hasta bir anda konuşkan, enerjik, coşkulu iken dakikalar sonra gözyaşlarına boğulabilir ve ümitsizlik hissinden, öz kırım düşüncelerinden bahsedebilir (Black & Andreasen, 2014).

Hipomani dönemi mani dönemine benzemekle birlikte belirtiler daha hafif ve kısa süreli seyreder. Bu dönemde hasta yükselmiş duygudurum ve maniyi tanımlayan diğer klasik belirtileri sergileyebilmesine karşın bu belirtilere sanrılar ve var sanılar eşlik etmez (Black & Andreasen, 2014). Aynı zamanda belirtiler sosyal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulmaya neden olacak ya da hastanede yatışı gerektirecek kadar şiddetli değildir (Towsend, 2016).

### 2.4.Bipolar Bozuklukta Epidemiyoloji

Bipolar bozukluk tüm duygu durum bozukluklarının %10-20'sini oluşturmaktadır (Işık, 2013). Bipolar bozukluk tanı ölçütlerindeki farklılıklar ve farklı ölçeklerin kullanımı, kültürel ve genetik etkenler, toplum çalışmalarında bulunan yaygınlık oranlarında değişik sonuçlar elde edilmesine yol açabilmektedir. Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı yurt dışında yapılan çalışmalarda %0.5-1.6 olarak kabul edilse de (Doğan, 2011; Fagiolini et al., 2015; McDonald, Bulloch, et al., 2015; Pini et al., 2005; Sharifi et al., 2015; Singh et al., 2015; Timpano, Rubenstein, & Murphy, 2012; Yonkers et al., 2004) bipolar spektrum bozuklukları da bu orana dahil edildiğinde bipolar bozukluk genel nüfusun yaklaşık %6'sını etkilemektedir (Hirschfeld & Petukhova, 2007). Bipolar bozukluğun Birleşik Devletlerde 3 milyondan fazla insanı etkilediği tahmin edilmektedir (Ebert, Loosen, Nurcombe, & Leckman, 2013). Türkiye'de ise Sivas il merkezinde yapılan bir çalışmada (Özdemir & Doğan, 2015a), Bipolar Bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0.71. Bipolar I bozukluğun %0.43 ve Bipolar II ve Siklotimik bozukluğun %0.14 olarak bulunmuştur.



		<b>BPS</b>	<b>BP-1</b>	<b>BP-II</b>	<b>Eşik Altı BP</b>
Yaşam Boyu	Ülke	%	%	%	%
	Brezilya	2.1	0.9	0.2	1.1
	Bulgaristan	0.3	0.0	0.0	0.2
	Kolombiya	2.6	0.7	0.4	1.5
	Hindistan	0.1	0.0	0.0	0.1
	Japonya	0.7	0.1	0.1	0.5
	Lübnan	2.4	0.4	0.5	1.5
	Meksika	1.9	0.7	0.1	1.0
	Yeni Zelanda	3.9	1.0	0.7	2.1
	Romanya	1.8	0.1	0.3	1.4
	Çin	1.5	0.3	0.2	1.0
	A.B.D	4.4	1.0	1.1	2.4
	<b>Tüm Ülkeler</b>	<b>2.4</b>	<b>0.6</b>	<b>0.4</b>	<b>1.4</b>
12 Ay	Brezilya	1.5	0.6	0.2	0.7
	Bulgaristan	0.1	0.0	0.0	0.1
	Kolombiya	1.5	0.4	0.3	0.8
	Hindistan	0.1	0.0	0.0	0.1
	Japonya	0.2	0.0	0.0	0.2
	Lübnan	1.9	0.4	0.5	1.1

	Meksika	1.1	0.5	0.1	0.5
	Yeni Zelanda	2.2	0.6	0.5	1.1
	Romanya	1.0	0.0	0.3	0.7
	Çin	1.1	0.2	0.2	0.8
	A.B.D	2.8	0.6	0.8	1.4
	<b>Tüm Ülkeler</b>	<b>1.5</b>	<b>0.4</b>	<b>0.3</b>	<b>0.8</b>

**Şekil 2-4.**Bipolar Spektrum Bozukluğun DSM-IV/WHO WMH-CIDI Tanısına Göre Uluslararası Yaşam Boyu ve 12Aylık Prevelansı (Merikangas et al., 2011)

Bipolar bozukluğun görülme yaygınlığının cinsiyete göre değişmediği, kadın ve erkeklerde aynı oranda görüldüğü belirlenmesine karşın (Doğan, 2011; McDonald, Bulloch, et al., 2015; Pini et al., 2005), epizodlar ve klinik görünüm cinsiyete göre farklılık gösterebilmektedir. Kadınlarda bipolar bozukluğun erkeklere göre daha geç başladığı, daha fazla mevsimsellik gösterdiği, karma (mikst) epizod, depresif epizod ve hızlı döngülü seyrettiği ileri sürülmüştür. Ayrıca ilk nöbetin erkeklerde mani, kadınlarda ise depresyon şeklinde ortaya çıkmasının daha sık olduğu bildirilmiştir (Black & Andreasen, 2014; Doğan, 2011).

Ek tanı durumlarının fazla olması, bipolar bozuklukta tanı koymayı güçleştiren en önemli faktörlerden biridir. Bu nedenle, belirtilerin başlangıcından tanı konulana kadar ortalama yaklaşık 10 yıllık bir süre geçmektedir (Eroğlu & Özpoyraz, 2010). Bu nedenle hastalığın ortalama başlangıç yaşını kesin olarak saptamak zordur. Bipolar duygu durum bozukluklarında başlangıç yaşı sıklıkla 20 yaş civarında olup, 15-19 yaş aralığında pik yapar. Olguların yarısından fazlasının başlangıç yaşı 20’li yaşlar öncesidir. Yaşlılıkta başlaması nadir olarak görülmekte olup (Fortinash & Holoday Worret, 2012; Goodwin & Jamison, 2007; Özdemir & Doğan, 2015a), bu oran yapılan bir çalışmada %10 olarak bulunmuştur. Bipolar bozukluk erkeklerde kadınlara oranla daha erken yaşlarda ortaya çıkmakta olup, kadınlar için ortalama yaş 24.8, erkekler için ise 24.4 olarak bildirilmiştir. ABD’deki takip çalışmalarında ise son dönemlerde hem BB tip 1, hem tip 2 için başlangıç yaşının giderek düştüğü ifade edilmektedir (Yeloğlu & Hocoğlu, 2017).

İrk ve etnisite açısından ele alındığında, bazı ülkelerdeki farklı epidemiyolojik veriler daha çok metodolojik ve sosyoekonomik doku farklılıkları üzerinden açıklanmıştır. Bu nedenle mevcut yaygınlık oranlarındaki farklılıklarına karşın, bipolar bozukluğun toplumda yaygınlığı açısından ırksal bir farklılık olmadığı bildirilmektedir (Doğan, 2011; Işık, 2013; Yeloğlu & Hocaoğlu, 2017).

Ailesinde bipolar bozukluk olan hastalarda risk artmakta, hastalık daha erken yaşta başlamakta ve prognoz daha kötü olmaktadır (Işık, 2013). Bipolar bozukluk hastalarının birinci derece akrabalarında, hem bipolar bozukluk, hem de diğer duygudurum bozukluklarının görülme olasılığının ortalama 10 kat artarak, görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Yakınlık derecesi arttıkça hastalığın çıkma ihtimali daha da yükselmektedir (Doğan, 2011;Köroğlu, 2015). Anne ve babasından herhangi birinde bipolar I bozukluk varsa çocuklarında bir duygu durum bozukluğu gelişme oranı %25 iken hem anne, hem de baba da bipolar I bozukluk tanısı varlığında, bu oran %75'lere kadar çıkabilmektedir (E. Köroğlu, 2004). Bipolar I bozukluk tanısı konulmuş hastaların birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk görülme olasılığı %15 iken bipolar II bozukluk için ise bu oran %1-5 arasındadır (Işık, 2013).

Bipolar bozukluk, evlilere oranla bekâr, birlikte yaşayan, boşanmış ve dullarda daha yüksek oranda görülmektedir (Doğan, 2011). Ayrıca evli bipolar hastaların hastanede yatış sürelerinin daha kısa ve prognozlarının daha iyi olduğu bildirilmektedir (Işık, 2013).

Bipolar bozuklukla ilgili yapılan ilk epidemiyolojik çalışmalarda, sosyoekonomik düzeyi orta ve üst grupta olanlarda bipolar bozukluk riskinin arttığı bulunmuşken sonraki çalışmalarda bu durumu destekler nitelik göstermemiştir (Doğan, 2011).

Bipolar bozuklukta hastalık öncesi kişilik yapısının hastalık üzerindeki etkisi net olmamakla birlikte, depresyonun yüksek düzeydeki nörotisizm ve negatif emosyonalite ile hipomani ve manilerin ise yüksek düzeyde pozitif emosyonalite ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (Işık, 2013; Yeloğlu & Hocaoğlu, 2017).

Hastalık mevsimsel özellik gösterme açısından değerlendirildiğinde, hastaların üçte birinde manilerin yaz aylarında, depresyonların ise ilk ve sonbahar aylarında çıkma eğiliminde olduğu gözlemlenmiştir (Ebert et al., 2013; Yeloğlu & Hocaoğlu, 2017). Hastaların ortalama %25'i mevsimsel özellik göstermekte olup, bunların çoğu da bipolar II bozukluk tanısı konulmuş hastalardır (Işık, 2013).

## 2.5.ETİYOLOJİ

Biyolojik, psikososyal ve çevresel etmenlerin tamamı bipolar bozukluğun ortaya çıkışında rol oynasa da etiyolojik ve patofizyolojik temelini aydınlatmaya yönelik yoğun girişimlere karşın kesin nedeni bilinmemektedir. Çoklu etiyolojik faktörlerin kompleks yollarla etkileştiği konusunda görüş birliği vardır (Black & Andreasen, 2014; Ebert et al., 2013).

### 2.5.1.Biyolojik Etkenler:

**A. Genetik:** Duygudurum bozukluklarının özellikle de bipolar bozukluğun bazı ailelerde yığılım gösterdiği bilinmektedir. Birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk olan bireylerin daha yüksek risk altında olduğu hemen hemen tüm aile çalışmalarında gösterilmiştir. İkiz ve evlat edinme çalışmaları yapılan aile araştırmalarını tamamlayarak, bipolar bozuklukta altta yatan genetik bir yatkınlığın varlığını kuvvetli bir şekilde ortaya koymaktadır (Black & Andreasen, 2014; Fortinash & Holoday Worret, 2012; O. Öztürk & Uluşahin, 2016).

Bipolar bozukluğu olan kişilerin birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk görülme riski %8.7; unipolar bozukluk görülme riski ise %14.1 olarak bildirilmiştir (O. Öztürk & Uluşahin, 2016). Birinci derece yakınında bipolar bozukluk olanlarda hastalığın ortaya çıkma riski genel popülasyona oranla 5-10 kat daha fazladır (Işık, 2013; Özdemir et al., 2016)

İkiz çocuklar ile ilgili yapılan çalışmalarda, dizigotik ikizlerde yüzde %10-20, monozigotik çalışmalarda %60-80 arasında bipolar bozukluk için uyumluluk oranı göstermiştir. Monozigotik ikizlerin aynı genleri paylaştığı ve dizigotik ikizlerin de yaklaşık %50 oranında ortak genleri taşıdığı düşünüldüğünde, genlerin bipolar bozukluğun etiyolojisinde önemli bir rol oynadığının göstergesidir (Fortinash & Holoday Worret, 2012; Towsend, 2016).

Evlat edinme çalışmalarında ise, biyolojik anne babasında duygulanım bozukluk hikâyesi olan çocukların, sağlıklı anne, babaya evlatlık verilseler bile, bunlardaki bipolar bozukluk oranının yüksek olduğu bildirilmektedir (Işık, 2013).

**B. Nörotransmitterler:** Duygudurum bozukluklarında nörotransmitterlerin rolüyle ilgili yapılan ilk çalışmalarda, serotonin ve norepinefrin monoaminleri üzerine odaklanarak depresyonun beyindeki kritik nöral kavşaklarındaki norepinefrin eksikliğinden kaynaklandığı ileri sürülmüştür. Bu varsayımlar, antidepresan ilaçların etki mekanizmaları ile ilgili yapılan, antidepresanların, norepinefrinin geri alımını baskılayarak nöral kavşaklarda azalmasına yol açtığı sonucuna ulaşan çalışmalarla destek görmüştür (Black & Andreasen, 2014; Fortinash & Holoday Worret, 2012). Böylelikle monoaminlerin manide arttığını ve tam tersine depresyonda azaldığını öne süren ve günümüzde de geçerliliğini koruyan “monoamin varsayımı” ortaya

çıkıştır. Özellikle mani oluşumunda noradrenerjik aktivasyondan ve “Noradrenerjik-kolinerjik” sistemler arasındaki denge bozukluğundan, kolinerjik yetersizlikten söz edilmektedir. Aynı zamanda, bipolar bozuklukta etkili olduğu düşünülen diğer iki nörotransmitter olan GABA ve Glutamattır. Bipolar bozuklukta GABA/Glutamat sisteminde dengesizlik olduğu ve glutamat artışının hastalık üzerinde olumsuz rolü olduğu bildirilmiştir (Işık, 2013).

Son yıllarda özellikle bipolar bozuklukla ilgili olarak nörotransmitterler ve hücre içi iletili süreçleri, hücre plastiği açısından incelenmektedir. Duygudurum bozukluklarında, sinir hücresinin plastikliğinde (nöroplastisite) ve hücresel dayanıklılıkta azalma olduğunu gösteren farklı çalışmalardan gelen güçlü kanıtlar bulunmaktadır (O. Öztürk & Uluşahin, 2016).

**C. Nörendokrin Faktörler:** Duygudurum bozuklukları, Hipotalamus-Hipofiz-Böbreküstü Bezi (HHB) ekseninin düzensizliğine bağlanmıştır (Fortinash & Holoday Worret, 2012). Bipolar bozukluk hastalarında HHB eksen fonksiyonu anormaldir. Teorik olarak HPA aksının azalmış glukokortikoid reseptör ekspresyonu ile düzensizliğinin, kortikosteroidlerin aşırı salgılanarak, dopamin nörotransmisyonuna yol açtığı öne sürülmüştür. Ayrıca, dopamin nörotransmisyonu mekanizmasındaki bozulmanın, manik atakların altında yatan neden olabileceği öne sürülmektedir (Balcıglu, Kırılıoğlu, Özdemir, & Öncü, 2017). HHB eksenindeki değişiklikler genel olarak depresif ve karma dönemlerdeki hastalarla saptanmış olup, bipolar bozukluğu olan hastalarda deksametazon ile kortizol baskılanmasının olmaması, asıl sorunun glukokortikoid reseptörleri (GR) kaynaklı olabileceğine işaret etmektedir (O. Öztürk & Uluşahin, 2016).

### 2.5.2.Çevresel etkenler

Çevresel etkenlerin hastalığın ortaya çıkışı ve ilerleyişini etkilediği bir gerçektir. Hastalığın ortaya çıkmasına neden olabilecek biyolojik etkenlerin varlığının olmadığı durumlarda bile, ekonomik sorunlar, aile bunalımları, iş yaşamındaki çatışmalar ve doyumsuzluklar emeklilik, iş yitimi, beden sağlığının bozulması gibi bazı zorlu yaşam olayları ve psikososyal etkenler hastalığın gelişmesinde ya da kötüleşmesinde önemli rol oynayabilir (Engin & Çuhadar, 2014; Yeloğlu & Hocoğlu, 2017). Psikososyal etkenler ile hastalığın başlangıcı arasında net bir ilişki olmamasına karşın, psikososyal etkenler daha çok hastalığın seyri, atakların uzunluğunu, şiddetini ve ara dönemi etkilediği söylenebilir (Alloy, Abramson, & Urosevic, 2005; Ebert et al., 2013; Yüksel, 2014).

Son yıllarda, bipolar bozukluklarda hastalık öncesi kişilik üzerine yapılan çalışmalar giderek artmaktadır. Bu çalışmalar, Kraepelin'in bazı mizaçların manik depresif hastalığın kalıntısı gibi görünebileceği görüşünü temel almaktadır. Akiskal, duygudurum bozukluklarında görülen dört mizaç özelliği tanımlamıştır (Aktaran Öztürk & Uluşahin, 2016). Depresif, hipertimik, siklotimik ve öfkeli mizaç olarak adlandırdığı bu kişilik özelliklerinin farklı duygudurum bozukluklarında normal toplumdan daha sık görüldüğünü gösteren çok sayıda araştırma bulunmaktadır (O. Öztürk & Uluşahin, 2016).

## 2.6.Tedavi

Günümüz için bipolar bozukluğu geçiren bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır; uygulanan tedavi ile morbidite ve mortalitenin azaltılmasına çalışılmaktadır (Ertuğrul Köroğlu, 2015). Bipolar bozukluğun tedavisinde 3 dönemden söz edilmektedir. Bunlardan birincisi tedavinin ilk başında uygulanan ve belirtilerin kontrol altına alınmasına yönelik akut dönem tedavisi, semptomların azalmaya devam ettiği ve remisyon döneminde kalmayı hedefleyen sürdürüm tedavisi ve son olarak remisyon dönemini takiben, hastalık öncesi duruma ve işlevselliğe geri dönmesinin hedeflendiği koruyucu tedavi dönemleridir (Malhi et al., 2015). Bipolar bozuklukta tedavi;

- a) Manik ya da depresif epizodların tedavisi
- b) Yeni epizodların ortaya çıkışının önlenmesi
- c) Sadece epizodlarda değil, ara dönemlerde hastaların işlevsel yönden düzelmesinden geçer (Işık, 2013).

Bipolar bozukluk; uzun süreli dönemler halinde ilerleyen ve gidiş özellikleri bakımından her hastada klinik olarak farklı değişkenlerin izlendiği bir hastalıktır. Hastalığın en temel özelliği de bu değişkenlerdir. Hastayı değerlendirirken, kısa süreli önerilerde bulunurken ya da uzun dönem tedavisi oluşturulurken, hastalığın o zamana kadarki gidiş özellikleri sürekli göz önünde bulundurulur (O. Öztürk & Uluşahin, 2016). Bu nedenle tedaviye başlamadan önce, söz konusu hastalığın bir 'izlem çizelgesi' oluşturulur. Bu çizelgede aşağıdaki belirtiler bulunmalıdır (Ertuğrul Köroğlu, 2015).

- İçinde bulunulan dönemin türü (manik, karma, hipomanik, depresif)
- Tanı (Bipolar I, Bipolar II,Siklotimi)
- Belirteçler
- Tetikleyici etken/ler
- Öncü belirtileri

- Belirtileri ve bulguları
- Yeğlinliği (Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği kullanılabilir)
- Kaçınıcı dönem olduğu
- Geçirilen son dönemden bugüne dek geçen süre
- Önceki her dönem için
  - Başlangıç tarihi, türü ve süresi
  - Tetikleyici etken/ler ve öncü belirtiler
  - Yeğlinliği (Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği kullanılabilir)
  - Akut dönem tedavisinde kullanılan ilaçlar ve dozları
  - Bir sonraki döneme dek geçen sürede, sürdürme tedavisinde kullanılan ilaçlar, dozları ve kullanım süresi,
  - Bir sonraki döneme dek geçen sürede işlevsellik düzeyi
- Herhangi genel tıbbi bir durumun bulunup bulunmadığı (hipotiroidi vb.)
- Soy geçmiş öyküsü (Birinci derece ve diğer akrabalarında herhangi bir ruhsal bozukluk bulunup bulunmadığı)

## **2.6.1.Farmakolojik Tedavi**

### **2.6.1.1.Akut Dönem Tedavisi**

#### **2.6.1.1.1.Akut Dönem Mani Tedavisi**

Aşırı hareketlilik, riskli davranışlara girme, kendine ya da çevreye zarar verme olasılığı olan davranışlar gösterme, aşırı hareketlilik, uykusuzluk vb. belirtilerle seyreden manik dönemin acil tedavisi gerekir (Işık, 2013). BB tanısı olan hastaların yaklaşık %10 ile 20'si öz kırım girişimi sonucunda ölmektedir (Yeloğlu & Hocaoğlu, 2017). Bu nedenle, hastanın kendisinin ve çevresindekilerin güvenliği için, ajitasyon, agresyon ve dürtüselliğinin hızla denetim altına alınması gerekir. Bunun en kolay ve en hızlı yolu da farmakolojik araçların kullanımından geçer (Ebert et al., 2013; Ertuğrul Köroğlu, 2015).

Hastanın uykusunun düzelmesi, içinde bulunduğu eksitasyon tablosunun düzeltilmesi ve dolayısıyla kendisine ya da çevresine zarar vermemesi amacıyla öncelikle akut dönem belirtilerine yönelik tedavi, antipsikotikler (örneğin; ketiapin, olanzapin, risperidon, aripiprazol, ziprasidon vb. yeni nesil antipsikotikler ya da haloperidol, pimoziklorpromazin vb. klasik antipsikotikler) ve gerekiyorsa antipsikotiklere ek olarak, benzodiazepinlerin (örneğin; klonozepam, lorazepan vb.) de kullanıldığı kombine tedavi şeklinde başlanabilir (Işık, 2013).

Tedavinin ikinci aşamasını oluşturan ve bipolar hastalığın esas tedavi edici ajanları olan, antidepresif, antimanik ve nüksleri önleyici profilaktik etkileri olan duygudurum düzenleyicilere de akut dönemde başlanır (Işık, 2013).

Akut manide ilk seçilecek duygudurum dengeleyiciler lityum ve valproattır. Karbamazepin ikinci seçenek olarak önerilir. Lamotrijin, gabapentin ve topiramatin akut mani tedavisinde yeri yoktur (Bond & Anderson, 2015; O. Öztürk & Uluşahin, 2016).

**Lityum:** Bipolar bozukluklu hastalarda lityum için esas olarak iki endikasyon vardır. Bunlardan birincisi, akut dönem mani ve hipomaninin tedavisinde ikincisi de hem manik hem de depresif epizodların nükslerini önlemeye yönelik koruyucu tedavisinde kullanılır (Ebert et al., 2013; Ünal, Ümit, & Bülbül, 2013). Akut maninin tedavisinde temel seçenek lityumdur. Lityum doğada çeşitli tuzları bulunan, alkali metaller grubundan (sodyum, potasyum) bir metaldir. Lityum vücutta metabolize olmaz, tümüyle böbreklerden atılır. Lityum, dopamin reseptör aşırı duyarlılığını azaltır ve beyin bölgelerinde serotonin salınımını artırır. Lityum pre ve post sinaptik adrenerjik reseptörleri de etkilemektedir. Akut mani sağaltımı için lityum kan düzeyi, 1.0-1.25 mEq/lit arasındadır (Engin & Çuhadar, 2014). Lityum tedavisi başladıktan sonra hastaların yaklaşık yarısında 3 hafta içinde manik belirtilerin iyileştiği izlenir. Manide psikotik özellikler arttıkça, lityum etkinliği de azalmaktadır (Işık, 2013). Lityum tedavisine başlamadan önce, özellikle lityum tedavisinin etkileyebileceği vücut sistemleri (böbrek, tiroid ve kardiyovasküler) önde tutularak geniş bir tıbbi öykü alınmalıdır. Ayrıca dermatolojik bir hastalığı olup olmadığı araştırılmalı, kadın hastaların gebe olup olmadıkları saptanmalıdır. Lityumla tedavi edilen hastaların yaklaşık %75'inde yan etki görülür. Çoğu yan etki, lityum dozunun azaltılması ya da dozun verilme biçiminin değiştirilmesi ile azalır ya da ortadan kalkar (Ertuğrul Köroğlu, 2015).

**Valproat:** Özünde antikonvülsan bir ilaç olmakla birlikte, bugün için bipolar bozukluğun tedavisinde gerek akut dönem tedavisinde gerekse koruyucu tedavide yaygın olarak kullanılmaktadır (Ertuğrul Köroğlu, 2015). Manideki genel etkinliği lityuma benzerdir. Lityuma yanıt vermeyen olgular valproata yanıt verebilir. Etkili doz 900-3000mg arasında değişebilir. 750-1250 mg/gün başlangıç dozu ile başlanıp, kan düzeyi 50-100 mgr/ml arasında doz ayarlaması yapılır (O. Öztürk & Uluşahin, 2016).

**Karbamazepin:** Akut dönem mani tedavisinde karbamazepinin yeri varsa da valproattan daha az etkili olduğu yönündeki görüşler giderek artmaktadır. İlacın doz aralığı 200-1800 mg/gündür. Doz, serum düzeyi, alınan yanıt ve ortaya çıkan yan etkilere göre doz giderek arttırılmalıdır (Ertuğrul Köroğlu, 2015).



	LİTYUM	VALPROAT	KARBAMAZEPİN
Akut manide etki	+++(%60)	+++(%60)	++(%50)
BB tipi etkinlik	BB(I)=BB(II)	BB(I)=BB(II)	BB(I)>BB(II)
Karma mani	Etkisiz/+?	++	+
Hızlı döngülü	Etkisiz/+?	++	+
Koruyucu tedavi	++	+	Etkisiz/+?
Etkili kan düzeyi	0.8meq/L	90-100 mcg/ml	8-12 mcg/ml
Etki başlaması	5-10gün	3-10 gün	14-21 gün
Önemli yan etkiler	Tiroid, karaciğer, böbrek işlev bozukluğu	Hepatotoksisite, polikistik over (%10)	Agranülositoz, hepatotoksisite, hiponatremi
Gebelik ve olası riskler	Kardiyovasküler Malformasyon (%11)	Spina bfida, nöral tüp defekti	Nöral tüp ve kraniyofasial defekt

**Şekil 6-1.Akut Dönem Mani Tedavisinde Kullanılan İlaçlara İlişkin Bilgiler (Işık, 2013)**

**Antipsikotikler:** Hiperaktivite, anksiyete, hostilete, sanrılar var sanılar, insomnia ve negativizm üzerinde yüksek oranda etkilidir. Ağır olgularda iki seçenek vardır. Bu tür olgularda başlangıçta tek olarak verileceği gibi yukarıda bahsedildiği üzere lityumla birlikte de başlanabilir. Lityumun etkisi ortaya çıktıktan sonra antipsikotikler yavaş yavaş azaltılır (Engin & Çuhadar, 2014). Özellikle ketiapin, olanzapin ve klozapin olmak üzere ikinci kuşak antipsikotikler bipolar bozukluğun tedavisinde önemli bir seçenek sunmakla birlikte uzun dönemli kullanımında hiperlipidemi ve glukoz tolerans testininin bozulması gibi yan etkilere yol açtığı için, uzun dönem kullanımında dikkate alınması gereken özellikleridir (O. Öztürk & Uluşahin, 2016).

### 2.6.1.1.2. Depresif Dönem Akut Tedavisi

Manik döneme göre tedavisi daha zor olan epizodlardır. Depresif belirtiler aşırı uyuma, iştah artışı ve aşırı yeme gibi 'Atipik Özellikler' içerir. Psikomotor yavaşlama hâkimdir. Psikotik belirtiler izlenir. Nöbetler erken yaşlarda başlar, kısa sürer ve antidepresanlar majör depresyondan daha olumsuz yanıt verirler. Hatta bazı hastalarda antidepresanlara verilen yanıtın, plasebo yanıtına eşit olduğu da öne sürülmüştür. Bu nedenle, antidepresanların hem yararları sınırlıdır, hem de manik kaymaya ya da hızlı döngüye neden olma riskleri vardır (Işık, 2013). Bu nedenle tek başına bir antidepresanla tedavi önerilmez. Özellikle ağır hastalarda bir tedavi seçeneği, eş zamanlı olarak lityum ve antidepresana birlikte başlamaktır (Ertuğrul Köroğlu, 2015).

Bipolar depresyonda ilk seçilecek ilaçlar lityum ya da lamotrijindir.

**Lamotrijin:** Bipolar bozukluğun akut depresyon dönemi başta olmak üzere hızlı döngülü bipolar bozukluğun sürdürüm tedavisinde ve bipolar bozukluğun depresif dönemlerini önleyici olarak sürdürüm tedavisinde etkilidir. Buna karşın lityum, akut maninin tedavisinde etkili değildir (Işık, 2013). İlk iki hafta 25mg/gün dozunda verilir. Daha sonra üçüncü ve dördüncü haftalarda 50mg/gün dozunda verilerek günlük doz sonrasında 400mg/gün olana dek arttırılabilir (O. Öztürk & Uluşahin, 2016).

Bipolar bozukluk depresif dönemde bir diğer tedavi seçeneği, ikinci kuşak antipsikotiklerdir. Bu ilaçlardan ketiapinin bipolar depresif dönemde tek başına etkili olduğunu gösteren geniş ölçekli çalışmalar mevcuttur. Hem 300, hem 600 mg.'lık günlük dozlardaki ketiapinin tek başına bipolar I ve bipolar II hastaların depresif dönemlerinde etkili olduğu gösterilmiş; lityum ve paroksetenden daha etkili bulunmuştur (O. Öztürk & Uluşahin, 2016).

### 2.6.1.2. Bipolar Bozukluk Sürdürüm ve Koruyucu Tedavi

Bipolar bozukluğun iki yıl içinde tekrarlama oranı %60 civarındadır. Ayrıca hastaların tedavi uyumları da ortalama %18-50 civarındadır. Bu nedenle daha da önem kazanan sürdürüm tedavisindeki temel amaç yeni manik, depresif, ya da karma nöbetlerin önlenmesidir. Bu amaçla lityum tuzları, sodyum valproat, karbamazepin, lamotrijin, tek başlarına ya da kombine olarak ya da yeni nesil antipsikotiklerle birlikte (örn; ketiapin, aripiprazol, olanzapin vb.) kullanılabilir (Işık, 2013).

En son depresyon döneminin ya da manik dönemin yatıştırılması için hangi ilaç kullanılmışsa, sürdürüm tedavisinde de genellikle o ilaçla tedavi sürdürülür; ancak önceki akut dönem sırasında antipsikotik bir ilaçla tedavi edilen hastalarda, sürdürüm tedavisi sırasında

antipsikotik bir ilaca gerek olup olmadığı yeniden değerlendirilmelidir (Ertuğrul Köroğlu, 2015).

Hastalığın tedavisinde en az akut dönem tedavisi kadar önemli olan bir diğer basamak da koruyucu tedavidir. Yinelemelerin önlenmesi, eşik altı belirtilerin ortadan kaldırılması ve hastaların hastalık öncesi işlevsellik düzeylerini sürdürmesi koruyucu tedavinin temel hedefleridir. Sürdürüm tedavisindeki ilaçla koruyucu tedaviye başlanılmalı, koruma tedavisi olabildiğince yalınlaştırılmalıdır. Bu amaçla lityum ve bazı antiepileptikler (valproik asit, karbamazepin, lamotrijin) duygudurum düzenleyici olarak kullanılmaktadır. Son dönemde atipik antipsikotikler de koruyucu tedavide klinisyenler tarafından tercih edilmeye başlanmıştır (Eroğlu & Özpoyraz, 2010). İkinci kuşak antipsikotiklerin özellikle ketiapin ve olanzapinin duygudurum yinelemelerini, özellikle mani dönemlerini önleyebildiğini, bipolar depresyon tedavisinde de etkili olduğu ve manik kaymaya yol açmadığı bildirilmektedir. Bu nedenle bipolar bozukluğun sürdürüm ve koruma tedavisinde kullanılabileceği öne sürülmektedir (Ebert et al., 2013; O. Öztürk & Uluşahin, 2016).

### **2.6.2.EKT**

Elektrokonvulsif terapi (EKT) beynin, elektriksel uyarımıyla jeneralize konvülsiyonlar oluşturulması esasına dayanan en eski biyolojik tedavi yöntemlerinden birisidir (Atagün, Yıldırım, & Canbek, 2012). Bu yöntem antidepresanlardan ve antimanik ilaçlardan daha önce kullanılmaya başlanmıştır. Bipolar Bozukluğun hem depresif hem de akut manik döneminde belirtilerin yatıştırılmasında antipsikotiklere yakın düzeyde etkilidir (Işık, 2013). Özellikle tedaviye dirençli bipolar bozuklukta tedavi yanıtları iyi bulunmuştur. Manik atakta tedavi yanıt oranları %80 olarak bildirilmiştir. İntihar olasılığının var olduğu ve psikotik özellik gösteren depresyon dönemleri ile ağızdan sıvı ve gıda alımının az ya da olmaması gibi ağır manik eksitasyonların varlığında kullanımı önerilmektedir (Sayar, Özten, Eryılmaz, Göğçegöz, & Ceylan, 2014).

EKT tedavisi elektroşok tedavisi olarak anılmış olduğu için kişileri korkutan bir tedavi olmuştur. Tedavi sırasında ortaya çıkan tonik/klonik nöbet ve sonrasındaki unutkanlık dönemi, hastalar üzerinde ürkütücü etki yapmaktadır. Şok sözcüğü özellikle bu konuda bilgisi olmayan kişiler üzerinde olumsuz etki yaptığından elektrokonvulsif tedavi (EKT) sözcüğünün kullanılması önerilmektedir (Işık, 2013).

### 2.6.3.Psikoterapi

Bipolar bozukluğun tedavisinde tek başına ilaçların kullanımını yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle diğer ruhsal hastalıklarda olduğu gibi bipolar bozukluğun tedavisinde de psikoterapötik yaklaşım önemlidir. Yaşam boyu sürmesi, kişinin çeşitli alanlarını olumsuz olarak etkilemesi, uzun süren ilaç kullanımı nedeniyle bireyde güvensizliğe, karamsarlığa yol açabilmesi gibi sorunlar nedeniyle günümüzde psikodinamik, bilişsel ve davranışsal, kişiler arası ve sosyal ritim terapileri uygulanabilir. Ayrıca, evlilik, aile ve grup terapileri de gereksinimlere göre seçilebilir (Engin & Çuhadar, 2014; O. Öztürk & Uluşahin, 2016). Uygulanan bu psikoterapilerin ortak amaçları;

- Tedaviye uyum ile hastalık ve ilaçlar hakkında bilgi sağlamak,
- Düzenli uyku-uyanıklık ritmini oturtmak,
- İlaçların yan etkileri hakkında bilgilendirme,
- Duygulanımdaki günlük dalgalanmaların belirlenmesi ve kaydedilmesi,
- Hastalığın inkarını azaltmak,
- Hastalığı anlamayı ve kabul etmeyi sağlamak,
- Sosyal ve uğraşı işlevlerini güçlendirmek,
- Aileyi hastalığın olumsuz etkilerinden korumak(Işık, 2013).

### 2.6.4.Psikoeğitim

Bipolar bozukluk hastaları için psikoeğitim; hastalık ve tedavisi hakkında bilgilenme, hastalığa karşı tutum, tedavi uyumu, belirtilerin iyileşmesi, depresif ve hipo (manik) atakları önleme, hastanede yatış süresini ve sayısını azaltma, sosyal ve mesleki işlevsellikte düzelme, intihar riskini azaltma, yaşam kalitesini yükseltme ve ailenin tedaviye katkısı üzerine odaklanmıştır. Psikoeğitimin tek başına kullanımından daha çok ilaç tedavisi ve diğer tedavilere ek olarak kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır (Gümüş, Buzlu, & Çakır, 2016). Bunların yanı sıra psikoeğitim aşağıdaki durumlar içinde kullanılmaktadır:

- Emosyonel destek geliştirmek,
- Katılımcıların damgalama hissini azaltmak,
- Katılımcıların bozukluk hakkındaki tutum ve inançlarını değiştirmek,
- Konu hakkındaki duygularını tanımlamak ve açıklamak,
- Problem çözme becerileri geliştirmek,
- Kriz girişimi becerileri geliştirmek(Engin & Çuhadar, 2014).

Bipolar bozukluğu olan hastalara uygulanan tedavi ve bakım sırasında, hemşireler tarafından hastalara verilen eğitim; sağlığın en üst düzeyde korunmasında, hastalığın ciddiyetinin ve hastanın yaşadığı anksiyete, depresyon, hastalık belirtilerinin ve hastanede kalış süresinin azalmasına, öz bakımlarını yürütmek için gerekli bilgi ve becerilere sahip olmalarında, bağımlılıklarının azalmasında, hasta memnuniyetinin artmasında ve sağlık bakım harcamalarının azalmasına katkıda bulunduğu belirtilmektedir (Gümüş et al., 2016).

Türkiye’de rutin tedavi programları içinde psikoedükatif uygulamalar henüz istenen düzeyde değildir. Bu nedenle, psikiyatri hemşireleri hastanın bakım ve tedavi sürecinde hasta ile sürekli etkileşim içerisinde olmalarından dolayı hastanın gereksinimlerini değerlendirmede, bu gereksinimlere yönelik psikoedükatif programları hazırlamada ve uygulamada uygun bir konuma sahiptirler (Gümüş et al., 2016).

## 2.7. DAMGALAMA

Damgalama (stigma) sözcüğü her ne kadar köken olarak “leke, delik, yara, küçük bir iz-işaret bırakma” anlamına gelse de (Yaman & Güngör, 2014), günümüzde kullanımı daha çok, insanların farklı olarak algıladıkları kişi ya da grubu değersiz, kusurlu, utanılacak bir durum olarak nitelendirerek, bu kişi ya da gruba yönelik korku duymaya, kaçınmaya, reddetmeye ve uzaklaşmaya iten tutum ve inançlarının tümünü ifade etmektedir.

Damgalama ile damgalanan kişi ya da grubun farklı olduğu vurgulanır ve bu farklılık nedeniyle de damgalı kişilere birçok olumsuz özellik atfedilir. Önce damgalanan ve ardından birtakım olumsuzlukların atfedildiği bu kişiler daha sonra toplumdan değersizleştirilerek uzaklaştırılır, yalıtılır, yok edilmek için çaba gösterilir ya da yok olması için kendi haline bırakılır. Damgalamanın amacı ve sonucu ayırmak ve dışlamaktır (Taşkın, 2007c).

Damgalama, pek çok durum veya olguda görülse de, ilk çağlardan bu yana ruhsal bozukluğu olan bireyler damgalama ve ayrımcılığa en fazla maruz kalan kesim olmuşlardır. Toplumun ruhsal bozukluklara ilişkin tutumu, hastaları “tehlikeli” ve “ne yapacağı önceden kestirilemez kişiler” olarak algılamalarıyla ilişkilidir. Damga, tüm ruhsal bozukluklarla ilgilidir; ancak bazı ciddi ruhsal bozuklukları deneyimleyen kişilerde olağan dışı davranışlar olduğundan daha fazla görülür. İnsanlık tarihi boyunca ruhsal bozukluklar, hemen hemen tüm toplumlarda bir hakaret ve küçümseme aracı olarak kullanılmıştır. Ruhsal hastalığı olanların damgalanması ve dışlanması, ruhsal hastalık belirtilerinin anlaşılmasız ve korkutucu olarak görülmesi ile başlamıştır (Avcil, Bulut, & Sayar, 2016; Oksal, 2017).

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin maruz kaldığı damgalama ve ayrımcılık geçmişte olduğu gibi günümüz koşullarında da hala devam etmektedir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin damgalanması, bu kişilerin tedaviye uyumundan, sosyal ilişkilerine varan geniş bir yelpazede zorluk yaşamalarına yol açmaktadır. Damgalanma hastalar kadar hasta yakınlarını da etkilediğinden hasta ve hasta yakınlarının sosyal yaşantılarını ve psikolojik süreçlerini olumsuz etkileyerek düşük bir yaşam kalitesi sürmelerine sebep olmaktadır. Damgalanma yaşayan kişiler durumundan utanma, yetersizlik duygusu yaşama, sosyal ilişkilerden kaçınma gibi nedenlerle kendilerini değersizleştirmekte, reddedilme korkusu yaşamakta, ümitsizliğe kapılmakta ve benlik saygıları düşmektedir (Tel & Ertekin Pınar, 2012).

Akıl hastalarına yönelik damgalama yaşam kalitelerinin düşmesindeki (sağlık hizmetlerine rahat erişim, güvenli barınma, sosyal etkileşimlerde bulunma, tatmin edici iş hayatı vb.) ve iyilik hallerinin sürmesinin önündeki en büyük engellerden birisini oluşturmaktadır. Damgalama bu bireylerde tedavi için sağlık kurumlarına başvurmadan çekinmeye ve hatta ruhsal hastalıklardan kurtulmanın mümkün olabileceğine dair umutlarının yitirmelerine neden olabilecek kadar aşağılayıcı olabilir (Lyons & Janca, 2015; Stull, Mcgrew, Salyers, & Ashburn-Nardo, 2013; Tel & Ertekin Pınar, 2012). Dünya genelindeki ruhsal hastalığa sahip bireylerin yaklaşık %70'inin damgalama endişesi ile sağlık kuruluşlarına başvurmadan kaçındıkları bildirilmiştir (Henderson, Evans-Lacko, & Thornicroft, 2013).

İnsanlar damgalayıcı durumlardan dolayı yanlış anlaşılmış, farklı ya da utanmış hissedebilir. Damgalama eninde sonunda olası damgalayanlarla sosyal etkileşimlerde zorlanmalara yol açar ve rahatsız eder. Bu süreç yaşam kalitesinden ödün verme, düşük benlik saygısı, depresif semptomlar, işsizlik ve gelir kaybı, sosyal çevrede daha fazla daralma ile sonuçlanır (Çam & Çuhadar, 2011).

Araştırmalara göre, toplumda ruhsal hastalıklara yönelik yaygın olumsuz inanışlar ve düşünceler şu şekilde sıralanmaktadır:

- Ruhsal hastalıklar kalp hastalıkları gibi gerçek bir hastalık değildir
- Ruh hastaları kurumlarda kilitli tutulmalıdır
- Ruh hastası olan birey asla normal yaşamına dönemez,
- Ruh hastaları tehlikelidir,
- Ruh hastaları düşük gelirli işlerde çalışabilir(ÇAM & BİLGE, 2007).

Damgalama nedenleri açıklanırken 4 terim kullanılmıştır (Avcil et al., 2016). Bunlar:

**Stereotipiler:** Stereotipiler, bir sosyal grubun çoğu tarafından bilinen ancak tabulaşmış, kökleşmiş, doğru oldukları varsayılan bilgilerdir ve sıklıkla yanlış bilgilenme ve yok sayma temelinde biçimlenirler. Bir anlamda “doğru bilinen yanlışlar” söz konusudur. Ruhsal hastalığa sahip bireyler yaşamlarının her alanında bu yanlış bilinen olumsuz stereotiplere maruz kalmaktadırlar. Ruhsal hastalığı olan insanlarla ilgili stereotipik düşünceler arasında, bu kişilerin şiddete eğilimli ve tehlikeli oldukları, durumlarının kendi suçları olduğu, bağımsız olarak yaşayamayacakları, özgür ve asi birer ruh oldukları, dünyayı çocuksu bir biçimde algıladıkları gibi özellikler sayılabilir (Karagöl, Çalışkan, & Beyazyüz, 2013; Drapalski et al., 2013a).

**Önyargılar:** Etkinleşen stereotipiler nedeni ile hasta olan kişi, diğer özelliklerinden bağımsız olarak tehlikeli bir kişi olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Bir bakıma hasta kişi dendiğinde, değerlendirme artık toplum zihninde çok önceden hazır bulunan önyargılara göre yapılmaktadır. Önyargı, kişilerin bir nesne ya da durum konusunda, dış gerçekler hakkında bilişsel bir değerlendirme yapmaksızın, daha çok önceki bazı yargılar ve stereotipiler üzerinde oluşturulmuş bir yargıdır. Nesnenin ya da durumun gerçek özellikleri önyargılı bir yaklaşımda önem taşımamaktadır. Önyargılar, stereotipleri destekler ve birlikte bir sonuç olarak bazı duygusal reaksiyonlara neden olur (Taşkın, 2007c).

**Ayrımcılık:** Değerlendirilen bir durum sonucu ortaya çıkan bilişsel ve duygusal yanıtlar olup, davranışa yansır. Ruhsal olarak hasta olan bir kişi için bu davranış, ayrımcılık ve dışlayıcı davranışlardır. Önyargılı davranışların sonucu veya bir bireyin negatif stereotiplere sahip olması sonucu da ortaya çıkabilir (Avcil et al., 2016). Yeni Zelanda da ruhsal hastalığı olan bireylerin maruz kaldığı ayrımcılığı belirlemeye yönelik 763 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların yaklaşık %55'inin başta aileleri ve yakın arkadaşları olmak üzere toplumun çeşitli kesimlerince sıklıkla ayrımcılığa uğradıklarını belirtmişlerdir (Wyllie & Brown, 2011).

**Tutum:** Kişilerin yaşama bakış açısı, büyüdüğü çevredeki topluma uygun olarak şekillenir. Bu bakış açısı kişinin olaylar karşısında sergilediği duygusal reaksiyonlarını da etkiler. Bu reaksiyonlar bazen pozitif bazen de negatif olur. Kişideki bu reaksiyonlar ve dünya görüşünün bütünleşmesi ile oluşan bakış açısına “tutum” denir. İnsanlar ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik genellikle negatif tutumlara sahiptirler (Avcil et al., 2016).

Güncel literatür üç tür damgadan söz eder; yapısal, sosyal ve içselleştirilmiş. Yapısal damga sistemsel düzeyde, sosyal damgalama grup düzeyinde, içselleştirilmiş damga bireysel düzeyde yer alır (Özge & Baysal, 2013). Çeşitli damgalamalar arasında bireye psikolojik olarak en fazla zarar veren çalışmamızın da bağımlı değişkenlerinden birini oluşturan içselleştirilmiş damgalamadır (Kök & Demir, 2018).

### 2.7.1. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA

“İçselleştirilmiş” damgalanma ya da “kendini damgalama”, toplumun ve çevrenin zihinsel hastalık hakkındaki bilişsel veya duygusal damgalama varsayımlarını ve stereotiplerini farkında olarak ya da olmayarak özümsemesi, bunları kendilerine inandırması ve kabul etmesi sürecidir (Drapalski et al., 2013a; Tanabe, Hayashi, & Ideno, 2016). Bu süreç kişiye bir ruhsal hastalık tanısı konulması ile başlar. Böylece bu kişide, kendisinde daha öncesinden var olan ruhsal olarak hasta kişi stereotipi canlanır. Kişide var olan bu stereotip ne kadar olumsuzsa, algıladığı damgalanma da orantılı bir şekilde artmaktadır. Başka bir ifadeyle, hasta olan kişide, ruhsal hastalığı olan kişileri damgalama eğilimi ne kadar yüksek ise, kendisi de kendini o derecede damgalanmış hissetmektedir (Taşkın, 2007a).

Kişinin içselleştirilmiş damgalamayı deneyimleyebilmesi belirtildiği gibi bir süreç şeklinde ilerlemekte ve üç aşamadan oluşmaktadır. Bu süreç;

**Farkındalık:** Kişinin ruhsal bir hastalığa sahip olmadan önceki zamanlarda, ruhsal hastalığı olanlara yönelik toplum tarafından üretilen, basmakalıp düşünceler hakkında fikir sahibi olması (örneğin; "Akıl hastalığı olan insanlar öngörülemez ve tehlikelidir") ile başlar;

**Onaylama:** Kişinin var olan bu basmakalıp düşünceleri kabul etmesi ve haklı olarak görmesi (örneğin; "Bu doğru, akıl hastalıkları olan insanlar öngörülemez ve tehlikelidirler) ile devam eder;

**Kabul etme:** Kişinin doğru bulduğu bu basma kalıp düşüncelerin hastalık tanısı konulduktan sonra kendisi için de geçerli olduğunu kabul etmesi ile (Örneğin; "Ben de akıl hastasıyım, bu yüzden diğer insanlar için öngörülemez ve tehlikeli olmalıyım) sonlanır (Tanabe et al., 2016).

Damgalama, bireysel farklılıkların kategorize edildiği, stereotipik biçimde ve bilişsel olarak “biz” ve “onlar” diye ayrıma yol açan bir durum olarak tanımlanmaktadır (Sözen, Özgür B, Elçi, & Bakır, 2013). Bu kavram nesnel olarak dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalma eğiliminden bağımsızdır ve ruhsal hastalık tanısı ve etiketi alma ile birlikte kendisini göstermektedir. En önemli kaynak kişinin kendisidir. Hastanın yakın çevresi ve toplumdaki



damgalama eğilimiyle artış gösterir. İçselleştirilmiş damgalanma, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumda var olan damgalanmayla da baş etmelerini güçleştirmektedir. Toplumdaki damgalamanın içselleştirilmesi, bireylerin ciddi şekilde örselenmesine yol açmaktadır. Bu bireyler bir kez kendileri ya da başkaları tarafından “akıl hastası” olarak etiketlendiklerinde, istemeyerek de olsa kendilerini bu grubun bir üyesi olarak görürler. Damgalanmanın içselleştirilmesiyle birlikte bu olumsuz kalıp yargılar kendileri için de geçerli “gerçekler” haline gelir ve kişide utanç duygusuna yol açar (Özge & Baysal, 2013).

Damgalanma algısı tedavi sürecinde ve hastaların iyilik haline ulaşmalarında tıpkı damgalama gibi önemli bir engel oluşturmaktadır. Hastaların kendilerinden kaynaklanan ve öznel bir damgalamayı ifade eden bu süreç nedeni ile öncelikle hastalar psikiyatrik yardım almaktan kaçınmaktadır. İçselleştirilmiş damgalama, hastalık belirtilerini kötüleştirerek ve iyileşmeyi geciktirerek hastalara zarar vermektedir.

Damgalanma duygusu yaşayan hastalar yoğun bir şekilde değersizlik hissi yaşamakta, benlik saygıları azalmakta ve sıklıkla bu tabloya depresyon bulguları da eşlik etmektedir. Benlik saygısı ve damgalanma hissi birbirlerini karşılıklı olarak etkileyen değişkenlerdir. (Çam & Çuhadar, 2011; Taşkın, 2007a; Yüksel, 2014). İçselleştirilmiş damgalama ayrıca, bilişsel (kendini yitiren düşünceler, aşağılık duygusu, yetersizlik duygusu, olumsuz benlik duygusu, vb.), duyuşsal (umutsuzluk duyguları, hüznün, utanç, öfke vb.) ve davranışsal (kendini aşağılama, kendini soyutlama, durumun gizlenmesi, sosyal geri çekilme, sosyal kaçınma vb.) deneyimler ile yakından ilişkili olduğu belirtilmiştir (Sarısoy, Faruk Kaçar, Pazvantoğlu, & Korkmaz Zabun, 2013).

Damgalama ve buna bağlı olarak içselleştirilmiş damgalamanın, toplumun ve çevrenin hastalığa dair var olan olumsuz düşüncelerine bağlı olarak farklı kültürlerde görülme oranları değişebilse de, genel olarak ruhsal hastalığı olanlarda yüksektir (Asrat, Ayenalem, & Yimer, 2018).

İran'da yapılan bir çalışma sonucuna göre ruhsal hastalığı olan kişilerdeki içselleştirilmiş damgalamanın yaygınlığı %40 olarak bulunmuştur (Ghanean, Nojomi, Jacobsson, & Jacobsson, 2011). Kaliforniya, ABD'de toplum temelli yapılan bir çalışma da ise , şiddetli ruhsal hastalığı olan kişilerdeki içselleştirilmiş damgalanma prevalansı %36 olarak belirlenmiştir (West, Yanos, Smith, Roe, & Lysaker, 2011a). Benzer şekilde, ABD Maryland Üniversitesi'nden yapılan bir başka çalışmada, ruhsal hastalığı olanlar da % 35 oranında içselleştirilmiş damgalanma yaygınlığı bildirmiştir (Drapalski et al., 2013b). Mısır' da yapılan başka bir çalışmada ise hastaların %70'inin en az bir içselleştirilmiş damgalama sorunu

yaşadığını belirlenmiş, (Shalaby Hosny & Sabra İbrahim, 2014) bu oranın, Etiyopya'da yapılan başka bir çalışmada ise % 97,4 olduğu bulunmuştur (Assefa, Shibre, Asher, & Fekadu, 2012).

Picco ve ark.'nın 2016 yılında Tayvan'da ayaktan takip edilen 280 psikiyatri hastası ile yaptığı bir çalışmada ise hastaların %43,6'sının orta ve yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalama yaşadıklarını, içselleştirilmiş damgalaması yüksek olan kişilerin benlik saygısının ve işlevsellik düzeylerinin düşük olduğunu tespit etmişlerdir (Picco et al., 2016b).

2015 yılında Beyazyüz ve ark. tarafından ülkemizde yapılan ayaktan takip edilen psikiyatri hastalarının, içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin, sosyodemografik özellikler ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada, içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin erkek hastalarda kadın hastalara göre, evli hastalarda bekârlara göre, köyde yaşayanlarda kent merkezinde yaşayanlara göre, ailesinde ruhsal hastalık olmayanlarda, ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olanlara göre daha yüksek olduğu ve içselleştirilmiş damgalama ile benlik saygısı arasında negatif yönde ilişki olduğunu saptamışlardır (Beyazyüz, Beyazyüz, Albayak, & Baykal, 2015).

Yine Ülkemizde 2012 yılında Tel ve Ertekin tarafından ayaktan takip edilen psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısını belirlemek amacı ile 160 kişi ile yaptığı çalışmada, psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalama yaşadığı, içselleştirilmiş damgalama ile benlik saygısı arasında yakın ilişki olduğu, içselleştirilmiş damgalama puanları arttıkça benlik saygısı puanlarının azaldığı, cinsiyet, eğitim düzeyi ve yıllık hastaneye yatış sayısının içselleştirilmiş damgalama düzeyi üzerinde etkili faktörler olduğunu ifade etmişlerdir (Tel & Ertekin Pınar, 2012).

### **2.7.1.1 Bipolar Bozuklukta İçselleştirilmiş Damgalama**

Bipolar bozukluk; insanlar ve toplum açısından görece daha az tanınan ve damgalanan bir bozukluk olmasına karşın, hastalarda algılanan damgalanma hissi oldukça fazla olup, hastalar herkesten önce kendi kendilerini damgalama eğilimi göstermektedirler (Çam & Çuhadar, 2013). Özellikle genç yaş dönemlerinde tanı konulan hastalar, kişiliklerinin bazı yönlerini hastalığa ait belirtilerden ayırırken güçlük çekmektedirler. Geçirilen akut epizodlar arasında iyilik halinin hakim olduğu bu hastalarda, normal dönem ile hastalık dönemi arasındaki fark silikleşir ve bipolar bozukluk tanılı hastalar her tür duygudurum salınımını damgalama için bir uyarı işareti gibi görerek, gündelik rutin hayatlarını sürekli olarak, kontrol altında tutmaya çaba gösterirler (Ustundag & Kesebir, 2013).

Sarisoy ve ark. tarafından 2013 yılında Türkiye’de, Kim ve ark tarafından 2015 yılında Kore’de yapılan çalışmalarda toplum tarafından daha çok bilinen ve damgalanan bir hastalık grubu olan şizofreni hastaları ile bipolar bozukluğu olan hasta grubunu karşılaştırmışlar ve bipolar bozukluğu olan kişilerinde şizofreni bozukluğu olan kişiler kadar içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir (W. J. Kim et al., 2015; Sarisoy et al., 2013). Yine Chang ve ark. tarafından 2016 yılında Tayvan’ da yapılan benzer bir çalışmada şizofreni hastaları, bipolar bozukluğu olan hastalar ve son olarak anksiyete bozukluğu olan hasta gruplarının deneyimlediği içselleştirilmiş damgalamayı belirlemeye yönelik yapılan çalışma sonucuna göre şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hasta gruplarının, anksiyete bozukluğu olanlara oranla, anlamlı derecede içselleştirilmiş damgalamalarının yüksek olduğunu belirlemişlerdir (Chang & Wu, 2016).

Üstündağ ve Kesebir tarafından 2013 yılında yapılan başka bir çalışma sonuçlarına göre bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma % 46 oranında bulunmuştur. İçselleştirilmiş damgalanması olan hastaların işlevsellik puanları daha düşük, iyilik dönemleri daha kısa, depresif dönem sayıları daha fazla olduğu ve içselleştirilmiş damgalanma düşük sosyoekonomik düzeyde, düşük eğitim düzeyinde, kırsalda ve çalışmayan hastalar arasında daha sık bulunduğu, bu hastaların daha çok sayıda çocukları olduğu belirlenmiştir (Üstündağ Fatih & Kesebir, 2013).

Bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın nasıl geliştiğini, nasıl sürdürüldüğünü ve diğer psikolojik ve davranışsal süreçlerle nasıl etkileşime girdiğini anlamak, içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmak için girişimlerin belirlenmesi ve geliştirilmesi açısından önemlidir (Drapalski et al., 2013b).

Bipolar bozukluğu olan hastalarda var olan içselleştirilmiş damgalamanın olumsuz etkilediği alanlardan bir tanesini de yaşam kalitesidir.

## **2.8.YAŞAM KALİTESİ**

Yaşam kalitesi, bireyin yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, davranışsal risk faktörleri, kişisel inançları gibi birçok faktörden etkilenen fiziksel, psikolojik, duygusal, zihinsel ve sosyal yönden öznel iyi oluşunu ifade eden ve geniş kapsamlı bir terimdir. Günümüzde ruhsal hastalığı olan kişilerde, olumsuz yönde değişikliğe uğrayan ve çok boyutlu bir yapıdan oluşan yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve iyilik halinin sürdürülmesi hastalığa yönelik uygulanan tüm tedavi yöntemlerinin ortak hedeflerinden birisini oluşturmaktadır.

Yaşam kalitesi (QoL), bir bireyin refahının ve rolünün işleyişinin çeşitli yönlerini, yaşamlarındaki kaynaklara ve fırsatlara ne ölçüde erişebildiğine dair bir yapıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre ise, “bireylerin hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde kendi yaşamını algılama biçimidir” şeklinde tanımlanmıştır (Arunachalam Mohandoss, 2017).

Tanımlardan da görüldüğü üzere yaşam kalitesi için net bir tanım yapmak güçtür. Farklı bilim dallarına mensup araştırmacılar tarafından, yıllardır üzerinde çalışılan ve çok boyutlu bir yapıya sahip olan yaşam kalitesi kavramına, her bir bilim dalı kendi bakış açısıyla yaklaşmış, buna bağlı olarak da birden fazla tanım ortaya çıkmıştır (Gigantesco & Giulian, 2011)(Pinto, Fumincelli, Mazzo, & Calderia, 2017). Ortak bir tanı olmamasına karşın, temel ihtiyaçların karşılanması ve değerlerin gerçekleştirilmesi kavramın en sade tanımlamasıdır (Torlak Evinç & Yavuzçehre Savaş, 2008). Bu temel ihtiyaçların karşılanması, Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi ile açıklayacak olursak; Maslow insan gereksinimlerini önceliklerine göre beş başlık altında toplamıştır.

1. Fiziksel gereksinimler (yiyecek, su, barınma...)
2. Güvenlik gereksinimi (emniyet, korunma, sağlık...)
3. Sosyal gereksinimler (bir topluluğa ait olma hissi, sevgi...)
4. Saygı görme gereksinimi (toplumda sayılma, sosyal statü...)
5. Kişisel ilgileri/fikirleri/idealleri ortaya koyma gereksinimi (kendini geliştirme, kişisel yaşamı zenginleştirme, kişisel hedefleri gerçekleştirme...).

Maslow'un teorisi bize, insan yaşamının her döneminde karşılanması gereken temel ihtiyaçları sıralarken, yaşam kalitesi; bu ihtiyaçların kantitesi (nicelik) kadar, kalitesinin (nitelik) de önemli olduğunu vurgulamaktadır (Boylu Aydın & Paçacıoğlu, 2016).

Patrick ve Erikson'a göre yaşam; kalite ve kantite olarak ayrılabilen iki boyuta sahiptir. Yaşam kantitesi; mortalite oranları veya yaşam beklentisi gibi zor biomedikal bilgiyle ilgili olarak ifade edilmiştir. Yaşam kalitesi; sadece ölçülebilir indikatörlerin kullanımıyla ifade edilemeyen, yaşamın kompleks yönlerini ifade eden, en önemlisi, genelde subjektif bir değerlendirmeyi tanımlamaktadır. Sadece subjektif iyilik duygusu değil, sağlık durumu ve eksternal yaşam durumu gibi objektif indikatörleri de içermektedir (Şerif Top, Özden, & Sevim, 2003).

1960'lı yıllara kadar sosyal bilimcilerin, politikacıların, ekonomistlerin ilgi alanına giren ve üzerine araştırmalar yapılan yaşam kalitesi kavramının sağlık bilimleri alanına girişi, 1964 yılında JR Elkinton tarafından transplantasyon tıbbın tartışıldığı ‘‘Tıp ve Yaşam Kalitesi’’ isimli makalesi ile başlamıştır (Şerif Top et al., 2003). Sonrasında ise artan bir biçimde sağlık alanının farklı bilim dallarınca üzerinde çalışılan popüler bir konu haline gelmiş ve yaşam kalitesinin artırılması sağlık uygulamalarının ana hedeflerinden birisini oluşturmuştur.

Bu hedef doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1980'den beri yaşam kalitesini ölçmek ve değerlendirmek için çalışmalar yapmaktadır. Bu çalışmalar sonucunda, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) projesi 1991 yılında başlamıştır. Uluslararası 15 merkezde kurulan WHOQOL grupları tarafından oluşturulan 100 sorudan oluşan WHOQOL ve bu 100 soru içerisinde 26 soru seçilerek oluşturulan WHOQOL-BREF farklı kültürlere uyarlanabilen yaşam kalitesi ölçekleridir (Gülmez, 2013; Yildirim & Hacıhasanoğlu, 2011).

Hemşirelik alanında ise çalışmaların yoğunlaştığı dönem 1980-1990'lı yıllar arasında olmuştur. Hemşirelik alanındaki yaşam kalitesi çalışmaları; yaşamın biyolojik, psiko-sosyal ve sosyo-kültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeye yönelik bakım sağlama gerçeğine dayanmaktadır (Arslan & Bölükbaş, 2003).

Daha önceki var olan kavramlara benzer olarak, Peplau, Rogers, King, Leininger ve Parse gibi birçok hemşirelik kuramcısı, yaşam kalitesinin öneminden bahsetmiş ve sıklıkla üzerinde durmuşlardır. Peplau'nun kişiler arası ilişkiler kuramında yaşam kalitesini, sağlık ve psikolojik sağlık kavramları ile eş anlamlı olarak kullanmıştır. Rogers'ın fenomenolojik benlik kuramında ve King'in amaca ulaşma kuramında ise yaşam kalitesini yaşam doyumu ile eş anlamlı olarak kullanmıştır. Leininger, transakültürel hemşirelik ve kültürel bakım modelinde, yaşam kalitesi kavramının kültürel olarak inşa edildiğine inanmaktadır; yani bir yaşam kültürünün değerlerine, inançlarına ve simgelerine bağlıdır, sağlık ve refahı sağlamak için önemli bir güce sahiptir. Parse ise insan olma kuramında yaşam kalitesi kavramını, her bireyin yaşadığı deneyimlere yüklediği anlam şeklinde açıklamıştır (Pinto et al., 2017; Plummer & Molzahn, 2009). Aynı zamanda insanın kendi sağlığının ve yaşam kalitesinin uzmanı olduğunu belirtmiştir (Boylu Aydın & Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalarda, kadın olmak, yaşlı olmak, dul veya boşanmış olmak, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, zayıf sosyal destek, yaşanan konutun ve özelliklerinin yetersizliği, ıveğen ve/veya süreğen bir hastalığa sahip olmak, düşük

iş doyumu ve boş zaman aktivitelerinin yetersiz olması gibi faktörlerin yaşam kalitesini önemli ölçüde bozan ve azaltan faktörler olduğu belirtilmektedir (Boylu Aydiner & Paçacıoğlu, 2016).

### **2.8.1. Bipolar Bozukluk ve Yaşam Kalitesi**

Geçmişte, klasik olarak bipolar bozuklukta gidişat, sonlanım ve tedavi hedeflerinin sonuç ölçümleri, yineleme oranı, hastaneye yatış sayısı ya da manik ve depresif belirtilerdeki düzelme oranı gibi klinik ölçütler temel alınarak değerlendirilmekteydi (Michalak et al. 2006). Ancak son yıllarda daha etkili tedavi seçeneklerinin özellikle hastalığın akut dönemlerinde başarıyla uygulanması ve tedavi sürecinde hasta ihtiyaçlarının da giderek göz önünde bulundurulması ile birlikte, işlevsellik ve yaşam kalitesi gibi ölçütlerin üzerinde sıklıkla durulmaya başlanmıştır (Aydemir, Eren, Savaş, & Oğuzhanoğlu, 2007; Saarni I Saarni, Viertiö, Perala, & Koskinen, 2010). Bu nedenle tedavinin odak noktası, belirtilerin hafifletilmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve sosyal işlevsellikte doyum sağlanması yönünde değişim göstermiştir (Latalova, Prasko, Diveky, Kamaradova, & Velartova, 2011b). Bipolar bozukluğu olan bireyler, manik, depresif ya da karma bir duygu durum döneminde olmasalar bile, yaşam kalitelerinin ve işlevselliklerinin hastalığı olmayan bireylere oranla, sıklıkla daha düşüktür (Sylvia et al., 2017; Victor, Johnson, & Gotlib, 2011). Gutierrez-Rojas ve ark. tarafından bipolar bozukluğu olan hasta grubu ile genel nüfus içinden seçilen kontrol grubu arasında yaşam kalitesini araştırdığı çalışmalarında, bipolar bozukluğu olan hastaların, kontrol grubuna oranla daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu belirlemiş olup, bu sonuçlar bipolar bozukluğu olan hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğuna dair yukarıda verilen görüşü destekler niteliktedir (Gutiérrez-Rojas et al., 2008).

Yaşam kalitesi; bireyin yaşamın tüm yönleriyle memnuniyetini vurgulayan ve fiziksel, sosyal, çevresel ve psikolojik iyi oluşu içeren çok boyutlu bir kavramdır (Amini & Sharifi, 2012). Bipolar bozukluk; ölüm ve hastalanma oranlarının yüksek olduğu, tedavi maliyetleri fazla olan, genellikle tanı ve tedavinin çeşitli klinik ve sosyal nedenlerden dolayı geciktiği bir hastalıktır. Bozukluğun erken yaşlarda başlaması, tanı konulana kadar geçen sürenin uzunluğu ve yetersiz tedavi nedeniyle, hastaları yaşam kalitesi ve beklenen psikososyal gelişim açısından zarara uğratmaktadır (Binbay, Solmaz, & Kurt, 2015).

Bipolar bozukluğu olan hastalarda, depresif belirtilerin düzeyi, kadın cinsiyeti, tanı konuncaya kadar geçen sürenin uzunluğu, düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi ve kırsalda yaşama, bipolar bozuklukta düşük yaşam kalitesinin belirteçleri olduğu şeklinde görüşler vardır. Ayrıca bipolar bozukluğa eşlik eden başka bir eş tanının varlığı da (anksiyete, alkol-madde bağımlılığı vb.) yaşam kalitesindeki bozulmayı arttırmaktadır (Gutierrez-Rojas et

al., 2008a; Özdemir & Doğan, 2015b; Victor et al., 2011). Bununla beraber, bozuklukla ilgili yapılan klinik çalışmalar genel olarak mani tedavisi ile ilgilidir, ancak depresif belirtiler psikososyal sorunla yaşanmasına yol açarak, gerek hastaların gerekse hasta yakınlarının yaşam kalitesinin bozulmasına neden olur (Binbay et al., 2015). Bipolar bozuklukta yaşam kalitesinin bozulduğu yönünde sonuç bildiren çalışmalar literatürde mevcuttur (Abraham, Miller, Birgenheir, Lai, & Kilbourne, 2014; Özdemir & Doğan, 2015a; Thomas, Nisha, & Varghese, 2016).

Bipolar bozukluk tedavisi sıklıkla farmakoterapi ile sınırlı olmasına karşın, tek başına farmakoterapinin ruh sağlığına kavuşmalarına ve yaşam kalitelerindeki bozulmayı düzeltmek için yetersiz olduğuna dair görüşler vardır. Bu nedenle farmakoterapi ile birlikte diğer tedavi seçeneklerinin birlikte kullanımı hem farmakoloji tedavinin etkililiğini hem de hasta ve ailelerinin hayatları üzerindeki olumsuz etkileri azaltabilmektedir (Stroppa & Moreira-Almeida, 2013).

Bipolar bozukluğu olan hastaların öznel ve nesnel iyi oluşları, hastalığın uzun dönem seyri açısından önemlidir. Hastaların, içinde buldukları dönemin özelliklerine göre hastalık belirtilerinde azalma olmasına karşın, işlevsellik ve yaşam kalitelerindeki bozulmalar devam etmektedir. Hastaların psikososyal işlevselliklerinin kapsamlı bir değerlendirilmesi gerçekleştirilerek, belirtilerin azaltılmasına yönelik girişimlerin yanı sıra, psikososyal işlevlerinin geliştirilmesine yönelik özel girişimler planlanmalıdır (Aydemir, 2016).

Yıllar boyu kronik ruhsal hastalıklar, genellikle kötü yaşam kalitesi ve düşük benlik saygısı ile ilişkilendirilmiştir (Van Dongen, 1996). Bipolar bozuklukta uzun seyirli ve kronik bir hastalık olduğundan bipolar bozuklukta araştırılması gereken bir başka kavram da benlik saygısıdır.

## **2.9.BENLİK SAYGISI**

Duclos'un aktardığına göre benlik saygısının en eksiksiz ve tam tanımını Saint-Paul "Benlik saygısı, kendine güven" kitabında; "benlik saygısı, kişinin kendi değerinin ve insan olarak başkasına aktarılamaz öneminin bilincinde olmasına dayanan, kendi kendini olumlu değerlendirmesidir. Kendine saygı duyan bir kişi kendine iyi davranır, kendini sevmeye ve mutlu olmaya layık görür. Benlik saygısı aynı zamanda, yaşamın içindeki olay ve güçlüklerle sorumlu ve etkili bir biçimde mücadele etmek için kişinin özgür iradesini, beceri ve öğrenme yetisini kullanabileceğinden emin olmasını sağlayan güvenlik duygusuna da dayanır." şeklinde yapmıştır (Duclos, 2014).

Bu tanıma göre benlik saygısı her şeyden önce kişinin kendine karşı olumlu bir yargısıdır, ama bu önceden kişinin benliğine dair bir bilincinin ve bilgisinin olmasını gerektirir. Benlik saygısı kişinin farklı alanlardaki değerinin bilincine varmasıdır. Bir bakıma, gerçeklik ve dünya karşısında ayakta durmamızı sağlayan tutum ve inançların bütünüdür (Duclos, 2014).

Bir başka tanıma göre, benlik saygısı kavramı bünyesinde kişinin kendisine yönelik algılarını, duygu ve tutumlarını barındırmaktadır. Benlik kavramının subjektif değerlendirilmesine bağlı olarak, beğenilmesi ve kabullenilmesi özsaygıyı (self esteem) oluşturur. Benlik saygısı, olumlu bir kişilik yapısı için bireyin kendinden hoşnut olma durumu olup kendini sevmeye ve sevilmeye layık bulmaya, kendini olduğu gibi benimsemeye, kendine güvenmeyi sağlayarak ego için destekleyen bir faktör niteliğindedir (Torun, Arslan, Nazik, Akbaş, & Yalçın, 2012).

Benlik saygısı, bireyin bir insan olarak kendisi hakkındaki öznel değerlendirmesini ifade eder, bu yüzden kişinin objektif yeteneklerinin ve becerilerinin, hatta başkaları tarafından nasıl değerlendirildiğinin bir göstergesi olarak kullanılmamaktadır (Mashiach et al., 2013).

Brown, Dutton ve Cook (2001), “Benlik saygısı” kavramının, kişilerin farklı alanlarda kendini değerlendirmek için üç şekilde kullanıldığını ama bu kullanımlar arasında farklar olduğunu belirtmişlerdir:

(a) insanların karakteristik olarak kendilerini nasıl hissettiklerini ifade etmek için kullandıkları ve daha uzun süreli bir tutumu içeren evrensel benlik saygısı ya da öze saygı ;

(b) bireyin yeteneklerini ve niteliklerini bir nesne olarak ele alıp onu değerlendirmesi sonucunda kendisi hakkında vardığı yargı ve geliştirdiği tutuma bağlı öz değerlendirme (Örneğin, benlik saygısını ölçmek için tasarlanmış pek çok ölçek, akademik benlik saygısı, sosyal benlik saygısı veya atletik benlik saygısını ölçmek için farklı alt ölçekleri içermektedir.)  
ve

(c) olumlu ya da olumsuz sonuçlar doğuran, anlık duygusal durumlarda başvurdukları öz-değer duyguları (örn: kişinin işyerinde terfi alması ya da başarılı olması sonucu öz saygısının yükselmesi ya da kişinin boşanma sonrasında öz saygısının düşmesi gibi) (Brown, Dutton, & Cook, 2001).

Rosenberg, benlik saygısının oluşmasını sağlayan beş psikolojik seçicilik mekanizmasından söz etmiştir. Rosenberg’e göre seçicilik, yapılanmamış ya da birbiri ile çelişkili anlarda ve tercih seçeneklerinin birden fazla olduğu durumlarda işlevsel hale gelmektedir. Rosenberg, bireyin kendine yönelttiği tutumunu etkileyen bu seçicilik



mekanizmalarını kendine değer, biçimde seçicilik, yorumlamada seçicilik, standartlarda seçicilik, kişilerarası seçicilik ve durumsal seçicilik olarak ifade etmiştir. Birey, kendi özelliklerini keşfetme yoluyla ve diğer bireylerin de tepkileriyle kendine ilişkin tanımlamalarda bulunmaktadır. Kendini olumlu sıfatlarla donanmış bir birey olarak algılamaktaysa benlik saygısı düzeyi yüksek, olumsuz ve çelişkili algılamaları varsa, benlik saygısı düşüktür (Akt.Sarı, 2016).

### **2.9.1.Benlik Saygısı Ve Bipolar Bozukluk**

Kişinin kendisini sahip olduğu ruhsal hastalığından ötürü, bir anlamda toplumun ve “norm”ların dışına itilmiş hissetmesinin doğal bir sonucu olarak benlik saygısı örselenmektedir (Ersoy & Varan, 2007). Bipolar bozuklukta da içinde bulunulan dönemin özelliklerine göre benlik saygısı örselenebilir. Depresif epizod sırasında, hastanın kendine karşı takındığı olumsuz düşünce ve tutumlara bağlı olarak, daha düşük ve bunun tam aksine manik ya da hipomanik döneminde daha yüksek bir benlik saygısına sahip olabilmektedir. Geçirilen akut dönemin özelliğine bakılmaksızın, remisyon döneminde de hastaların benlik saygısı ile ilgili zorlanmaları devam edebileceğine dair mevcut kanıtlar bulunmaktadır (Knowles et al., 2007).

Hayward ve ark. bipolar bozukluğu olan hastalarla yapmış oldukları bir çalışmada, bozukluğun hipomanik ve remisyon döneminde olan hastaların benlik saygısının, depresif döneminde olan hastalara kıyasla, anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Hayward, Wong, Bright, & Lam, 2002).

Mileva ve ark. yaptığı bipolar bozukluğu olan hastalarda stigmatın etkilerini inceledikleri bir başka çalışmanın sonuçları da, çalışmaya katılan hastaların nerdeyse yarısı hastalıklarının yaşam kalitelerini ve benlik saygılarını olumsuz yönde etkileyeceğini düşündüğünü ortaya koymuştur (Mileva, Vázquez, & Milev, 2013).

Ülkemizde bipolar bozukluğu olan hastalardaki benlik saygısı üzerine yapılan çalışmalar ise genellikle benlik saygısı ve içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişki üzerine yoğunlaşmıştır.

Tel ve Ertekin Pınar tarafından 2012 yılında ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya yönelik yaptıkları çalışma sonuçlarına göre ise; hastalarda içselleştirilmiş damgalama ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu, buna karşılık hastaların yaşadığı yer, medeni durum, tanı grubu ve çalışma durumuna göre içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tel & Ertekin Pınar, 2012).

Kök ve Demir tarafından yapılan benzer bir çalışma sonuçlarına göre hastaların düşük benlik saygısı ve algıladıkları düşük sosyal destek ile içselleştirilmiş damgalama arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir (Kök & Demir, 2018).

Beyazyüz ve ark. tarafından içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin bazı tanı grupları, sosyo-demografik özellikler ve benlik saygısı ile ilişkisini ortaya koymaya yönelik gerçekleştirdikleri çalışmanın sonuçlarına göre; benlik saygısı puanları ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğunu saptamışlardır (Beyazyüz et al., 2015).

Bipolar bozukluğu olan hastalarda, sosyal geri çekilme, düşük benlik saygısı, yakın ilişkilerde azalma ya da hiçlik, diğerlerine bağımlılıkta artış, aile çatışmaları, iş kaybı ve sosyal işlevlerde bozulma gibi ciddi mesleki ve sosyal problemler yaşayabileceğine ilişkin görüşler literatürde mevcuttur (Çam & Çuhadar, 2013). Ancak, düşük benlik saygısının başta anksiyete ve depresyon gibi hastalıklarla doğrudan ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar olmasına karşın, aynı durum bipolar bozukluk için geçerli değildir. Genel olarak bipolar bozukluk ve benlik saygısı arasındaki ilişki her ne kadar teorik olarak kabul edilmişse de, uygulamalı olarak ortaya konulmuş çalışmaların sayısı yetersizdir (Somrongthong, Hongthong, Wongchalee, & Wongtongkam, 2016).

## **2.10. Bipolar Bozukluk Ve Hemşirelik Bakımı**

Bipolar bozukluğun akut dönemleri boyunca, hastanın güvenliğinin korunması ve hastanın tıbbi olarak stabilize edilmesi, hemşirelik bakımının temel hedeflerini oluşturmaktadır. Hastane ortamı, konulan bu hedefleri başarmak için genellikle en güvenli ortamdır (Fortinash & Holoday Worret, 2012). Bipolar bozuklukta hastaneye yatışı gerektirecek durumlar:

- Hastanın kendine ve çevresine zarar verici davranışlarının olması, intihar riskinin yüksek olması
- Hareketlerinde artma ve uykusuzluğa ikincil genel sağlık durumunun tehlike altında olması,
- Ayaktan tedavi önerilerine uymama, ilaçlarını almaması,
- Psikotik bulguların varlığı,
- Sosyal destek mekanizmalarından yoksun olma (Gürhan, 2016).

Hemşire, hastanın ayrıntılı bir duygudurum ve ruh hali değişimleri, stres faktörleri, yaşam olayları, alkol ve uyuşturucu kullanımı, para harcama şekli ve duygudurumunu tetikleyen davranışlar hakkında bilgi edinmelidir (Goossens et al., 2007).

Buna karşın akut dönemde hastalar değerlendirme sürecine tam olarak koopere olamazlar. Birçok olguda hemşirenin kendi değerlendirme becerilerini ve aile gibi yardımcı bilgi kaynaklarını kullanması doğru değerlendirme verilerini elde etmek adına yararlı olabilir. Aile üyeleri semptomların ortaya çıkışı, gidişatı ve varsa önceki epizodlar hakkında hemşireye gerekli bilgileri sunabilir (Engin & Çuhadar, 2014).

Akut dönem boyunca hemşire, bipolar bozukluğu olan hastayı üç boyutta değerlendirmelidir

- Akut manik dönemde hastanın davranışlarının sosyal sonuçlarını, psikosozyal ve fiziksel olarak değerlendirmelidir.
- Eğer duygudurum düzenleyici ilaç reçete edilmişse, ilaçlar ile ilgili bir problem belirtmediğinden ve vücutta tedavi edici seviyenin elde edildiğinden emin olunur.
- Manik epizod yatışığında, muhtemel tehlike faktörlerine kişinin farkındalığı geliştirmeye çalışılır, böylelikle kendi kendine yönetim stratejilerini geliştirebilir (Gürhan, 2016).

Akut dönemde hemşirelik bakımı, ilaç tedavisinin düzenli olarak sürdürülmesine, fiziksel aktivitelerin istenen düzeyde gerçekleşmesine, yiyecek ve sıvı alımının artırılmasına, bozulan uyku düzeninin sağlanmasına ve hastanın kendi bakımını bağımsız olarak sağlamasına yönelik girişimleri içermektedir (Fortinash & Holoday Worret, 2012).

Hemşire hastadaki belirti ve bulguları hemşirelik sorunlarını öncelik sırasına koyarak bakım planını geliştirmelidir (Gürhan, 2016).

Akut belirtilerin ortadan kalkması ya da hafiflemesi durumunda, sürdürüm tedavisi boyunca hemşirelik planlaması, ilaç rejimine uyumu ve nökslerin önlenmesi üzerine odaklanır. Girişimler, sosyal ilişkilerin sağlıklı olarak kurulabilmesi, stresle etkin baş etme becerileri kazanması, bilişsel işlevselliğin sağlanması, çalışma hayatına uyum sağlayabilmesi ve sosyal destek sistemlerini etkili olarak kullanabilmesi yönünde planlanmalıdır. Bu süre zarfında, gerek hasta, gerekse hasta ailesi için psikoeğitim programları gerçekleştirilmelidir (Fortinash & Holoday Worret, 2012).

Koruyucu tedavi dönemi boyunca, hemşirelik planlaması, nükslerin önlenmesi ve gerçekleşmesi muhtemel epizodların şiddetinin ve süresinin sınırlanması üzerine odaklanır. Bipolar bozukluğu olan hastaların tanı konulduktan sonra tüm yaşam boyu ilaç kullanmaları gerekmektedir. Bu nedenle koruyucu tedavi dönemi boyunca ilaç uyumunun sağlanması önemlidir. Ayrıca hemşireler tarafından uygulanacak psikoterapiler, destek grupları, psiko eğitim grupları ve periyodik gerçekleştirilen değerlendirmeler, hastanın ve ailesinin sosyal ve mesleki yaşamlarını aktif ve etkin olarak sürdürmelerine yardımcı olur (Fortinash & Holoday Worret, 2012).

Hemşire hastadaki belirti ve bulguları değerlendirmesini gerçekleştirdikten sonra, girişim yapmayı planladığı hemşirelik sorunlarının öncelik sırasına koyarak bakım planını geliştirmelidir (Gürhan, 2016).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

**3.1.Araştırmanın Türü:** Araştırma bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasındaki ilişki ile sosyo-demografik ve klinik özelliklerin ilgili değişkenler üzerinde ki etkisini belirlemeye yönelik tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

**3.2.Araştırmanın yapıldığı yer ve tarih:** Araştırma 30.12.2107-10.4.208 tarihleri arasında İzmir il merkezinde bulunan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilmiştir. 1958 yılında hizmete giren hastane 688 yatak kapasitesi ve 29 klinik ile hizmet vermektedir. Hastane de üç adet psikiyatri polikliniği, hastaneye bağlı toplum ruh sağlığı merkezi ve yataklı psikiyatri servisi bulunmaktadır. Psikiyatri polikliniğinde dönüşümlü olarak görev yapan 6 uzman hekim, 4 psikolog ve veri kayıt işlemlerinden sorumlu iki sekreter görev yapmaktadır. Toplum ruh sağlığı merkezinde ise bir uzman hekim, 2 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 iş ve uğraş terapisti, 3 hemşire, 1 sekreter ve 1 güvenlik görevlisi görev yapmaktadır. Ayrıca haftanın belirli günlerinde spor ve müzik eğitmenleri de kısmi zamanlı olarak merkezde görev almaktadırlar. Hemşireler psikiyatrist ve psikologlar ile birlikte psiko-eğitim grupları oluşturarak hastalara eğitim vermekte ve düzenli aralıklarla ev ziyaretleri gerçekleştirmektedirler.

**3.3.Araştırmanın evreni ve örnekleme:** Araştırmanın evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan, remisyon dönemindeki hastalar oluşturmaktadır. Çalışmanın yapılacağı kurum ile yapılan görüşmeler sonucunda, tıbbi kayıtlarda ki tanı kodlarının farklılık gösterebilmesinden dolayı, remisyon döneminde olan hasta sayısı tam olarak hesaplanamamıştır. Araştırmanın örnekleme Picco ve ark. tarafından 280 hasta ile yapılan çalışma referans alınarak G-Power 3.1.9.2 programı ile % 80 güven aralığında,  $\pm$  % 5 örnekleme hatası ve 0,5 etki büyüklüğü ile 102 kişi olarak belirlenmiş ise de, çalışma toplamda 105 hasta ile tamamlanmıştır.(Picco et al., 2016b) Örnekleme dahil edilen bireyler ilgili tarih aralığında poliklinik ve toplum ruh sağlığına başvuran remisyon döneminde ki hastalardan tesadüfi olarak seçilmiştir.

**3.4.Verilerin toplanması:** Çalışmaya başlamadan önce Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesine bağlı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu izin belgesi ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğünden çalışmanın uygulanabileceğine dair yazılı izin onay belgesi alınmıştır.

Çalışma, hastalığının akut döneminde olmayan hastalarla yapılması planlandığı için,

poliklinik ve toplum ruh sağlığı merkezindeki görevli hekimlerin, remisyon dönemdeki hastalarla görüşme işlemleri sonrasında, bipolar bozukluğu olan hastaları araştırmacıya yönlendirilmesiyle gerçekleşmiştir. Çalışmaya katılacak hastalara çalışma hakkında bilgi verilip yazılı onamları alındıktan sonra formların uygulanması gerçekleştirilmiştir. Veriler mesai saatleri içerisinde araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerle poliklinik ortamında ve toplum ruh sağlığı merkezinde yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

**Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:**

- Bipolar bozukluk tanısı ile Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet almak
- Okur, yazar olmak,
- 18- 65 yaş aralığında olmak,
- Hastalığın aktif döneminde olmamak(Poliklinik hekiminin tanısı ve görüşüne göre).

**Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:**

- Araştırmaya katılmak için yazılı onam vermeyi kabul etmemek,
- Hastanın test performansını etkileyebilecek görme ya da işitme kusurunun olması ya da duyu kusuru varsa da bu kusurunu gidermeye yönelik aparatının (gözlük, işitme cihazı gibi) değerlendirme sırasında yanında olmaması.

**3.5.Araştırmada kullanılacak veri toplama araç ve yöntemleri:** alışmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı onam alındıktan sonra sırasıyla kullanılan veri toplama araçları şunlardır:

**3.5.1.Sosyo demografik veri formu:** Araştırmacı tarafından literatüre uygun olarak hazırlanan, hastaların, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, hastalık başlangıç yaşı, eşlik eden fiziksel bir hastalığın varlığı, yakınlarında ruhsal hastalığa sahip olma durumları, hastaneye yatış sayısı, son hastaneye yatışı üzerinden geçen süre, ilaç kullanma süreleri, ilaç tedavilerini ve poliklinik kontrollerini sürdürme durumları intihar girişimini sorgulayan toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

**3.5.2.Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği:** Ruhsal Hastalığa sahip olan kişilerdeki algılanan damgalamayı ölçmek için Ritsher ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin, Türkçe Formu'nun geçerlik ve güvenilirlik alışması Ersoy ve Varan tarafından

2007 yılında yapılmıştır (22). 29 maddeden oluşan ve içselleştirilmiş etiketlenmeyi değerlendiren ölçeğin; “Yabancılaşma”, “Kalıp Yargıların Onaylanması”, “Algılanan Ayrımcılık”, “Sosyal Geri Çekilme” ve “Damgalanmaya Karşı Direnç” olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. Likert tipi ölçeğin maddeleri “Kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “Aynı fikirde değilim” (2 puan), “Aynı fikirdeyim” (3 puan), “Kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde derecelendirilmiş olup ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Ölçek toplam puanına ilişkin bir kesme noktası bulunmamakla birlikte ölçekten alınan yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin olumsuz yönde daha şiddetli olduğunu ifade etmektedir. Beş alt ölçeğe ait tüm maddelerden elde edilen toplam puan 29 ile 116 arasında değişmekte ve içselleştirilmiş damgalanmaya ilişkin toplam puanı göstermektedir. RHİDÖ'nin alt ölçekleri ve maddeleri şunlardır:

- I. Yabancılaşma (6 madde); 1, 5, 8, 16, 17, 21
- II. Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde); 2, 6, 10, 18, 19, 23, 29
- III. Algılanan Ayrımcılık (5 madde); 3, 15, 22, 25, 28
- IV. Sosyal Geri Çekilme (6 madde); 4, 9, 11, 12, 13, 20
- V. Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde); 7, 14, 24, 26,27

Tüm ölçek için elde edilen iç tutarlık katsayısı .93 olarak bulunmuş olup, ölçeğin iki-yarım güvenilirliği .89 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .959 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca “Yabancılaşma Alt Ölçeği” için .86, “Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Ölçeği” için .808 “Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeği” için .875 , “Sosyal Geri Çekilme Alt Ölçeği” için .861, damgalanmaya “Karşı Direnç Alt Ölçeği” için, .71 olarak hesaplanmıştır. Ölçek kullanım için Ersoy'dan izin alınmıştır.

**3.5.3.Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Form:** Bireylerin öznel algılanan yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla DSÖ tarafından geliştirilen ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından (1999) yılında gerçekleştirilmiştir. Orijinal ölçekteki (whoqol-100) 6 genel boyuttan (fasetten) iki, geri kalan 24 fasetten de birer soru alınarak oluşturulmuştur. WHOQOL-BREF, biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 soru ve 4 boyutu kapsamaktadır. Bu boyutlar: Bedensel iyilik, Ruhsal (mental) iyilik, Sosyal İlişkiler ve Çevre boyutlarıdır. Türkçe geçerlik çalışmaları sırasında bir ulusal soru

eklenmesiyle oluşan WHOQOL-BREF-TR 27 sorudan oluşmaktadır. 27 soruluk Türkiye sürümü (27. soru ulusal sorudur) kullanıldığında Çevre alan skoru çevre-tr olarak adlandırılır. Bu durumda Çevre-tr alan skoru çevre skoru yerine kullanılır.

Likert tipi ölçeğin maddeleri 1=Hiç Memnun Değilim, 5=Çok Memnunum şeklinde derecelendirilmiş olup ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. WHOQOL-BREF alt ölçekleri ve maddeleri şunlardır:

I. Bedensel boyut (6 madde); 3,4,10,15,16,17,18

II. Ruhsal boyut (7 madde); 5,6,7,11,19,26

III. Sosyal ilişkiler boyutu (5 madde); 20,21,22

IV. Çevresel boyut TR (6 madde); 8,9,12,13,14,23,24,25,27

Bu çalışma kapsamında, ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan Cronbach Alfa değerleri bedensel alan için .88, ruhsal alan için .87, sosyal ilişkiler alanı için .78 ve çevre alanı için 0.88 olarak bulunmuştur. Ölçek kullanımı için Eser ve ark'ndan izin alınmıştır.

**3.5.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği:** Kişilerin benlik saygısını değerlendirmek için Rosenberg tarafından oluşturulmuş 1963 yılında geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması 1985 yılında Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır (117, 118). Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği; “Kendilik Kavramının Sürekliliği Alt Boyutu”, “İnsanlara Güven Duyuma Alt Boyutu”, “Eleştiriye Duyarlılık Alt Boyutu”, “Depresif Duygulanım Alt Boyutu”, “Hayalperestlik Alt Boyutu”, “Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme Alt Boyutu”, “Tartışmalara Katılabilme Derecesi Alt Boyutu”, “Psişik İzolasyon Alt Boyutu”, “Psikosomatik Belirtiler Alt Boyutu”, “Benlik Saygısı Alt Boyutu” ve “Ana – Baba İlgisi Alt Boyutu” olmak üzere 11 alt boyuttan oluşmaktadır. Rosenberg, istenildiği takdirde alt ölçeklerin araştırmalarda ayrı ayrı kullanılabileceğini belirtmiştir. Bu çalışmada Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) olarak söz edilen ölçek Rosenberg Benlik Saygısı Envanterinin ilk bölümü olan “Benlik Saygısı” alt ölçeğidir. Çok doğru, doğru, yanlış ve çok yanlış seçeneklerinin yer aldığı dördümlük likert bir ölçek olup 3’ten 0’a kadar değişen puanlama yapılmaktadır. Benlik Saygısı Alt Boyutunda, olumlu ve olumsuz anlam taşıyan 10 madde yer almaktadır. Toplam puan aralığı 0-30 arasında olup, 15-25 arası alınan puan benlik saygısı için yeterli olarak kabul edilirken, 15 puan altı ise düşük benlik saygısı olarak kabul edilmektedir. Buna göre, bireylerin aldığı puan arttıkça benlik saygısı düşmektedir. Benlik Saygısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının Cronbach



alfa güvenilirlik katsayısı 0.76 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ise Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.94 olarak hesaplanmıştır.

### 3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular SPSS 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçüm sonucu elde edilen sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleriyle birlikte, kategorik değer alan değişkenler sayı ve yüzde ile ifade edildi. Dijital veriler gözden geçirilip aktarma sırasında oluşan hatalar kontrol edildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov testi) kullanılarak incelendi. "Kolmogorov-Smirnov testi sonucuna göre anlamlılık değerinin (p) .05ten büyük olması normalliğin sağlandığı anlamına gelmektedir"(Can, 2013). Bu araştırmada Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda elde edilen anlamlılık değeri  $p < 0,05$  ve görsel histogramın simetrik dağılımından uzak olması nedeniyle dağılımın normallik göstermediği belirlenmiştir. Bu nedenle nonparametrik testlerden iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis varyans analizi kullanıldı. Değişkenler arasında korelasyon incelenirken, normal dağılım gösterenler için Pearson, normal dağılım göstermeyenler için spearman korelasyon katsayıları yorumlandı. Çalışmanın ölçekleri olan RHİDÖ, WHOQOL-BREF VE RBSÖ arasındaki korelasyon, ilgili değişkenler normallik göstermediği için Spearman Korelasyon katsayıları yorumlanarak gerçekleştirildi. Sonuçlar %95 güven aralığında,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde ve  $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$  ileri anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

#### 4.BULGULAR

**Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=105)**

<b>Sosyo-Demografik Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	66	62,9
Erkek	39	37,1
<b>Yaş</b>		
18-24	5	4,8
25-35	31	29,5
36-45	32	30,5
46-55	23	21,9
55 ve üzeri	14	13,3
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	53	50,5
Bekâr	36	34,3
Boşanmış	16	15,2
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-yazar	11	10,5
İlköğretim	46	43,8
Lise	29	27,6
Üniversite ve üzeri	19	18,1
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışan	31	29,5
Çalışmayan	74	70,5
<b>Algılanan Gelir Durumu</b>		
Düşük	40	38,1
Orta	54	51,4
Yüksek	11	10,5

Tablo 1 incelendiğinde, hastaların %62,9'unun kadın, %30,5'inin, 36-45 yaş aralığında, %50,5'inin evli, %10,5'inin okur-yazar, %43,8'inin ilköğretim mezunu, %27,6'sının lise mezunu, %18,1'inin üniversite ve üzerinde eğitim düzeyine sahip olduğu ve %70,5'i çalışmadığı görülmektedir. Hastaların gelir durumuna bakıldığında %51,4'ü kendisini orta gelir grubunda, %38,1'i düşük gelir grubunda olarak algıladıkları belirlenmiştir.

**Tablo 2. Hastaların Klinik Özelliklerinin Dağılımı (n=105)**

<b>Klinik Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü</b>		
Var	37	35,2
Yok	68	64,8
<b>Fiziksel Hastalık Varlığı</b>		
Var	15	14,3
Yok	90	85,7
<b>Hastalık başlangıç yaşı</b>		
18 yaş öncesi	8	7,6
18-24 yaş arası	30	28,6
25-35 yaş arası	39	37,1
36-45 yaş arası	17	16,2
46-55 yaş arası	10	9,5
55 yaş ve üzeri	1	1
<b>Psikiyatrik yatışların toplam sayısı</b>		
Yatış olmayan	55	52,4
1-2 kez	26	24,8
3-4 kez	12	11,4
5 ve üzeri	12	11,4
<b>Hastaneye yatma sıklığı</b>		
Yatış olmayan	55	52,4
6 ay- 1 yıl	7	6,7
1-3 yıl	18	17,1
3 yıl üzeri	25	23,8
<b>İlaç kullanım yılı</b>		
Yeni başladım	4	3,8
1-3 yıl	14	13,3
4-6 yıl	24	22,9
7-9 yıl	21	20
10 yıl ve üzeri	42	40
<b>İlaç tedavilerini düzenli sürdürme durumu</b>		
Düzenli	71	67,6
Düzensiz	13	12,4
Kısmen Düzenli	21	20
<b>Kontrollere düzenli gitme durumu</b>		
Düzenli	95	90,5
Düzensiz	5	4,8
Kısmen Düzenli	5	4,8
<b>İntihar girişimi</b>		
Var	28	26,7
Yok	77	73,3

Hastaların %35,2'sinin ailelerinde ruhsal hastalık öyküsünün bulunduğu ve hastaların %14,2'sinde ruhsal hastalıklarına eşlik eden fiziksel bir hastalıklarının mevcut olduğu görülmektedir. Hastaların %7,6'sının 18 yaşından önce, %28,6'sının 18-24 yaş aralığında, %37,1'inin 25-35 yaş aralığında, %16,2'sinin 36-45 yaş aralığında, %9,5'inin 46-55 yaş aralığında ve %1'inin ise 55 yaşından sonra tanı aldıkları tespit edilmiştir. Hastaların

%47,6'sının en az bir kez yatarak tedavi gördüğü, yatarak tedavi gören hastaların %23,8'inin 3 yıl ve üzeri zaman aralığında hastaneye yatışlarının yapıldığı saptanmıştır. Hastaların %40'ı 10 yıl ve üzerinde ilaç tedavisi almakta olup, %67,6'sı almış oldukları ilaç tedavisini düzenli olarak sürdürmektedir. Hastaların %90,5'i hastane kontrollerine düzenli olarak geldiği ve %26,7'sinin geçmişte en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir (Tablo-2).

**Tablo 3.Sosyo-Demografik Özellikler ile RHİDÖ Puan Ort. Karşılaştırması**

Demografik Özellik	$\bar{X} \pm SS$	Sayı (N)	Analiz Sonucu
<b><u>Yaş</u></b>			
18-24	64 $\pm$ 11,95	5	
25-35	57,61 $\pm$ 18,22	31	
36-45	61,81 $\pm$ 18,42	32	KW:2,08
46-55	57,39 $\pm$ 20,32	23	p:0,72
56-65	53,21 $\pm$ 15,67	14	
<b><u>Cinsiyet</u></b>			
Kadın	58,28 $\pm$ 18,62	66	U:-0,83
Erkek	59,02 $\pm$ 17,55	39	p:0,406
<b><u>Medeni Durum</u></b>			
Evli	55,84 $\pm$ 17,85	53	
Bekâr	61,61 $\pm$ 18,56	36	KW:2,65
Boşanmış	60,68 $\pm$ 17,95	16	p:0,26
<b><u>Eğitim Durumu</u></b>			
Okur-yazar	75,27 $\pm$ 15,76	11	
İlköğretim	60,08 $\pm$ 16,53	46	KW:17,24
Lise	57,31 $\pm$ 19,45	29	p:0,01*
Üniversite ve üzeri	47,10 $\pm$ 3,28	19	
<b><u>Çalışma Durumu</u></b>			
Çalışıyor	49,48 $\pm$ 15,40	31	U: -3,06
Çalışmıyor	62,36 $\pm$ 17,95	74	p:0,02*
<b><u>Algılanan Gelir</u></b>			
Düşük	70,97 $\pm$ 15,41	40	
Orta	53,07 $\pm$ 15,90	54	KW:35,61
Yüksek	40,36 $\pm$ 4,17	11	p:0,00**

\*p<0.05 \*\*p<0.001

Hastaların yaş, medeni durum ve cinsiyetleri bakımından RHİDÖ puan ortalamaları, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). Algılanan gelir durumuna göre gruplar arasında istatistiksel yönden kuvvetli bir fark bulunmakta olup (p<0,001) ; farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tüm gelir grupları arasındaki farkın, anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır (p<0,05). Hastaların eğitim durumları, RHİDÖ puan ortalamaları üzerinde, gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmakta olup(p<0,05), farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz sonucunda, okur-yazar hasta grubunun, diğer tüm hasta gruplarına göre,

ilköğretim grubundakilerin ise üniversite ve üzeri gruba göre, ölçek puanları daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Hastaların çalışma durumlarına göre gruplar arasındaki farkın oldukça anlamlı olduğu ve çalışan hastaların ölçek puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ) (Tablo-3).

**Tablo 4. Hastaların Klinik Özellikleri ile RHİDÖ Puan Ortalamaları Karşılaştırması**

<b>Klinik Özellikler</b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b>Sayı (N)</b>	<b>Analiz Sonucu</b>
<b>Ailede Ruhsal Hastalık</b>			
Var	64±17,3	37	
Yok	55,6±18,04	68	U: -2,27
Toplam	58,56±18,15	105	p:0,023*
<b>Fiziksel Hastalık Varlığı</b>			
Var	73,2±15,95	15	
Yok	56,12±17,4	90	U: -3,18
Toplam	58,56±18,15	105	p:0,01*
<b>Hastalık Başlangıç Yaşı</b>			
18 ve öncesi	70,37±19,03	8	
18-24	60,13±16,19	30	
25-35	60,48±18,97	39	
36-45	53,05±18,97	17	KW:1,167
46-55	47,8±13,2	10	p:0,083
56 ve üzeri	43	1	
Toplam	58,56±18,15	105	
<b>Yataklı servise yatış sayısı</b>			
Yatmadım	54,01±16,99	55	
1-2 kez	58,73±18,46	26	KW:11,722
3-4 kez	68,58±16,45	12	p:0,008*
5 ve üzeri	69±17,93	12	
Toplam	58,56±18,15	105	
<b>Yataklı servis yatış sıklığı</b>			
6 ay-1yıl	73,42±16,49	7	
2-3 yıl	68,55±16,2	18	KW:14,159
4yıl ve üzeri	57,2±18,33	25	p:0,148
Toplam	58,56±18,15	105	
<b>İlaç kullanım süresi</b>			
Yeni başladım	41,75±3,59	4	
1-3 yıl arası	55,85±14,29	14	
4-6 yıl arası	57,62±18,14	24	
7-9 yıl arası	59,19±18,96	21	KW:4,8
10 yıl ve üzeri	61,28±19,28	42	p:0,308
Toplam	58,56±18,15	105	
<b>İlaç tedavisine uyum</b>			
Düzenli	54,56±16,95	71	
Düzensiz	72,61±15,95	13	
Kısmen düzenli	63,38±18,59	21	KW:12,68
Toplam	58,56±18,15	105	p:0,02*
<b>Hastane kontrollerine uyum</b>			
Düzenli	57,43±17,95	95	
Düzensiz	71±17,42	5	
Kısmen düzenli	67,6±19,08	5	KW:3,87
Toplam	58,56±18,15	105	p:0,144
<b>İntihar girişimi</b>			
Var	67,68±16,73	29	
Yok	55,07±17,54	76	U:-3,274
Toplam	58,56±18,15	105	p:0,01*

\*  $p<0,05$

Tablo 4’de hastaların, klinik özelliklerine göre RHİDÖ puan ortalamalarının gruplar arasındaki dağılımı verilmiştir. Hastaların ailelerinde ruhsal bir hastalığın bulunması ile RHİDÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0,05$ ) ve ailesinde ruhsal hastalığı bulunan grubun, RHİDÖ puanları daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ruhsal hastalıklarına eşlik eden, fiziksel bir hastalığın varlığı ile RHİDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olduğu ( $p<0,05$ ) ve fiziksel bir hastalığa sahip olan hastaların RHİDÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların, hastalık başlangıç yaşı, ilaç kullanım süresi, yatarak tedavi gören hastaların hastaneye yatış sıklıkları ve hastane kontrollerine uyum durumları bakımından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). Buna karşın, hastaların hastaneye yatma durumları açısından, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak kuvvetli yönde anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,01$ ). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda da, hastaneye hiç yatmayan hasta grubunun, hastaneye 3-4 kez ve üstü yatışı yapılan gruba göre RHİDÖ puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Hastaların ilaç tedavisine uyumu açısından, gruplar arasındaki farkın, istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel analiz sonucunda, ilaç tedavisini düzenli olarak sürdüren hasta grubunun, ilaç tedavisini düzenli olarak sürdürmeyen hasta grubuna ve kısmen düzenli sürdüren hasta grubuna oranla RHİDÖ puanları anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). İntihar girişiminde bulunan ve bulunmayan hastaların, RHİDÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup, intihar girişiminde bulunan hastaların RHİDÖ puanları daha yüksektir ( $p<0,05$ ). (Tablo-4)

**Tablo 5. RHİDÖ Alt Ölçekleri Puan Aralıkları ve Hastaların Aldıkları Puan Ortalaması**

RHİDÖ	Alınabilecek Puan Aralığı	Alınan Puan Aralığı	$\bar{X} \pm SS$
Yabancılaşma	6-24	7-23	13,94±4,66
Damgalamaya Karşı Direnç	5-20	6-20	12,17±4,30
Kalp Yargıların Onaylanması	7-28	7-21	11,49±3,47
Sosyal Geri Çekilme	6-24	6-18	11,06±3,37
Algılanan Ayrımcılık	5-20	5-19	9,89±4,31
<b>RHİDÖ toplam</b>	<b>29-116</b>	<b>35-92</b>	<b>58,56±18,15</b>

Hastaların RHİDÖ alt ölçeklerinden en yüksek ortalamayı “Yabancılaşma Alt Ölçeğinden” (13,94±4,66), en düşük ortalamayı ise “Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeğinden” (9,89±4,31) aldıkları tespit edilmiştir (Tablo-5).

Tablo 6 . Sosyo-Demografik Özellikler ile RHİDÖ Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

<b>Demografik Özel.</b>	<b>Yabancılaşma</b>	<b>Damgalamaya Karşı Direnç</b>	<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	<b>Algılanan Ayrımcılık</b>
<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>
<b>Yaş</b>					
18-24	15±3,08	11,±1,92	11,6 +2,96	14,6±2,5	11,6±2,6
25-35	13,7±4,6	10,87±3,62	11,25±3,55	11,77±4,16	9,96±4,4
36-45	14,6±4,7	11,53±3,39	12,06±3,45	12,87±4,21	10,68±4,53
46-55	13,3±5,3	11,30±3,22	11,5 ±3,81	12,04±5,3	9,21±4,3
56-65	13,3±4,1	10±3,53	10,64±3,17	10,87±3,21	8,42±4,03
Toplam	13,9±4,6	11,06±3,37	11,49±3,47	12,17±4,3	9,89±4,31
<b>Analiz Sonucu</b>					
KW	1,454	2,64	1,647	4,419	4,12
P	0,835	0,619	0,8	0,352	0,389
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	13,6±4,6	11±3,53	11,6±3,47	12,01±4,3	10±4,57
Erkek	14,3±4,7	11,17±3,11	11,3±3,52	12,43±4,35	9,71±3,89
Toplam	13,9±4,6	11,06±3,37	11,49±3,47	12,17±4,3	9,89±4,31
<b>Analiz Sonucu</b>					
U	0,831	-0,39	-0,446	-0,579	-0,04
P	0,406	0,697	0,656	0,563	0,96
<b>Medeni Durum</b>					
Evli	13,5±4,6	10,81±3,18	10,86±3,05	11,71±4,55	8,92±4,2
Bekâr	14,3±4,7	11,16±3,11	12,25±3,97	12,77±4,18	11,05±4,34
Boşanmış	14,4±4,5	11,68±4,52	11,87±3,42	12,31±3,75	10,5±4,13
Toplam	13,9±4,6	11,06±3,37	11,49±3,47	12,17±4,3	9,89±4,31
<b>Analiz Sonucu</b>					
KW	0,677	0,575	2,59	2,29	6,52
P	0,713	0,75	0,27	0,317	0,03*
<b>Eğitim Durumu</b>					
Okur-yazar	17,5±3,5	14,18±2,71	14,27±4,12	15,81±4	13,45±2,69
İlköğretim	14,4±4,3	11,26±3,11	11,82±3,24	12,52±4,14	10,06±4,14
Lise	13,3±5,1	11,17±3,56	11,03±3,13	11,75±4,47	10,06±4,79
Üniversite ve↑	11,6±5,9	8,63±2,29	9,78±3,24	9,84±3	7,15±3,04
Toplam	13,9±4,6	11,06±3,37	11,49±3,47	12,17±4,3	9,89±4,31
<b>Analiz Sonucu</b>					
KW:	12,105	18,39	12,39	13,89	15,92
P:	0,07	0,00**	0,006*	0,03*	0,01*
<b>Çalışma Durumu</b>					
Çalışıyor	11,8±4,3	9,61±3,05	9,77±2,6	10,38±3,78	7,87±3,81
Çalışmıyor	14,8±4,5	11,67±3,31	12,2±3,55	12,91±4,31	10,74±4,25
Toplam	13,9±4,6	11,06±3,37	11,4±3,47	12,17±4,3	9,89±4,31
<b>Analiz Sonucu</b>					
U:	-3,06	-2,65	-3,49	-2,92	-3,28
P:	0,02*	0,008*	0,00**	0,03*	0,001*
<b>Algılanan Gelir</b>					
Düşük	16,9±3,7	13,22±2,92	13,65±3,49	14,6±4	12,52±3,91
Orta	12,6±4,2	9,94±3,08	10,48±2,89	11,27±3,81	8,74±3,91
Yüksek	9,2±2,3	8,72±1,73	8,63±0,92	7,72±1,27	6±1,26
Total	13,9±4,6	11,06±3,37	11,49±3,47	12,17±4,3	9,89±4,31
<b>Analiz Sonucu</b>					
KW	32,64	27,54	26,13	29,17	27,75
p:	0,00**	0,00**	0,00**	0,00**	0,00**

\* p&lt;0.05 \*\*p&lt;0.001

Tablo 6’da hastaların, sosyo-demografik özelliklerine göre RHİDÖ Alt Ölçek puan ortalamalarının gruplar arasında dağılımı verilmiştir. Buna göre, hastaların yaş ve cinsiyet durumları, RHİDÖ alt ölçekleri üzerinde, gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı tespit edilmiş olup, hastaların aldıkları puanlar birbirine yakındır ( $p>0,05$ ).

Hastaların medeni durumları ile “Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeği” puanları arasındaki fark, istatistiksel yönden anlamlı olup, bu farkın evli hastalardan kaynaklandığı saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Hastaların eğitim düzeylerinin “Yabancılaşma”, “Damgalamaya Karşı Direnç”, “Sosyal Geri Çekilme”, “Algılanan Ayrımcılık”, alt ölçeklerinin puanları üzerinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmakta olup, farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olan grubun, sadece okur-yazar düzeyinde eğitim seviyesine sahip olan hasta grubuna göre ölçek puanları daha düşüktür olarak belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Hastaların çalışıp, çalışmamalarına göre “Yabancılaşma”, “Kalıp Yargıların Onaylanması”, “Sosyal Geri Çekilme”, “Algılanan Ayrımcılık” alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde, gruplar arası fark, istatistiksel yönden anlamlı olup, ilgili alt ölçek puanlarının, çalışmayan hastalarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Hastaların algılanan gelir durumları ile tüm alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak kuvvetli yönde anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda düşük gelir grubunda ki hastaların, yüksek gelir grubunda ki hastalara göre alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. ( $p<0,05$ ).



Tablo7. Hastaların Klinik Özellikleri ile RHİDÖ Alt Ölçek Puan Ortalamaları Karşılaştırması

Klinik Özellikler	Yabancılaşma X̄+SS	Damgalamaya Karşı Direnç X̄+SS	Kalıp Yargıların Onaylanması X̄+SS	Sosyal Geri Çekilme X̄+SS	Algılanan Ayrımcılık X̄+SS
<b>Ailede Ruhsal Hastalık</b>					
Var	15,35±3,94	12,02±3,67	12,43±3,38	13,08±4,24	11,16±4,16
Yok	13,17±4,86	10,54±3,09	10,98±3,44	11,67±4,28	9,2±4,327
<b>Analiz Sonucu</b>					
U/p	-2,267/0,023*	-2,031/ 0,042*	-2,247/0,025*	-1,626/0,104	-2,251/0,024*
<b>Fiziksel Hastalık</b>					
Var	17,2±3,98	12,13±3,35	14,86±3,24	15,4±3,99	13,6±4,04
Yok	13,4±4,56	10,88±3,36	10,93±3,2	11,63±4,13	9,27±4,06
<b>Analiz Sonucu</b>					
U/p	-2,79/0,005*	-1,21/0,22	-3,775/0**	3,033/0,002*	-3,39/0,01*
<b>Hastalık Başlangıç Yaşı</b>					
18 ve öncesi	15,87±4,94	13,12±4,54	13,5±3,54	14,87±3,68	13±3,7
18-24	14,66±4,21	10,86±3,13	11,7±3,35	12,26±3,62	10,25±4,33
25-35	14,23±4,76	11,74±3,43	11,97±3,63	12,33±4,48	10,25±4,35
36-45	12,7±5,24	10,17±3,08	10,23±3,15	11,88±5,39	8,08±3,73
46-55	11,7±3,71	9,4±1,83	9,8±2,97	9,9±3,28	7±3,26
56 ve üzeri	9	6	9	9	10
<b>Analiz Sonucu</b>					
KW/p	6,64/0,24	9,8/0,08	9,66/0,08	7,624/0,17	13,545/0,01*
<b>Yatış Sayısı</b>					
Yatmadım	12,7±4,51	10,52±3,27	10,54±2,9	11,344,14	8,9±3,85
1-2 kez	14,19±4,72	10,8±3,16	11,65±3,73	12,34±4,77	9,73±4,32
3-4 kez	16,5±3,89	12,08±2,99	13,08±3,6	14,66±3,67	12,25±4,41
5 ve üzeri	16,5±4,18	13,08±4,01	13,91±3,82	13,08±3,8	12,41±4,83
<b>Analiz Sonucu</b>					
KW/p	11,17/0,01*	5,93/0,11	12,01/0,007*	7,66/0,05	8,72/0,03*
<b>Yatış sıklığı</b>					
6 ay-1yıl	16,14±4,41	14,57±3,2	15±3,87	14,57±3,2	13,14±3,8
2-3 yıl	17,22±3,47	12,27±2,9	13,05±3,55	13,72±4,29	12,27±4,73
4yıl ve üzeri	13,68±4,67	10,4±3,29	11,48±3,64	12,2±4,58	9,44±4,24
<b>Analiz Sonucu</b>					
KW/p	6,5/0,03*	8,44/0,01*	4,63/0,09	2,16/0,33	4,92/0,08
<b>İlaç kullanım süresi</b>					
Yeni başladım	8,25±1,5	8,75±0,95	8,25±0,5	10±1,15	6,5±2,38
1-3 yıl arası	13,35±4,53	10,07±3,31	11,14±2,82	11,92±3,22	9,35±2,92
4-6 yıl arası	13,91±5,01	11±2,93	10,87±3,23	11,95±4,77	9,83±4,35
7-9 yıl arası	13,9±4,5	11,57±3,59	11,42±3,09	12,38±4,75	9,9±4,55
10 yıl ve üzeri	14,71±4,53	11,4±3,6	12,3±3,95	12,47±4,37	10,42±4,68
<b>Analiz Sonucu</b>					
KW/p	8,07/0,08	3,42/0,49	7,09/0,13	0,95/0,91	3,6/0,46
<b>İlaç tedavisine uyum</b>					
Düzenli	13,14±4,36	10,46±3,2	10,84±3,24	11,15±4,05	8,98±4,05
Düzensiz	16,92±4	13,3±3,94	14,07±3,01	15,07±3,42	13,23±3,65
Kısmen düzenli	14,8±5,26	11,71±2,96	12,09±3,79	13,8±4,43	10,9±4,5
<b>Analiz Sonucu</b>					
KW/p	7,36/0,02*	8,12/0,01*	10,3/0,006*	12,79/0,002*	11,53/0,003*
<b>Kontrollere uyum</b>					
Düzenli	13,67±4,57	10,88±3,34	11,31±3,4	11,91±4,29	9,63±4,31
Düzensiz	17,2±5,06	13,4±4,56	13±2,28	14,4±3,78	13,4±2,96
Kısmen düzenli	15,8±5,26	12,2±1,78	13,4±5,02	14,8±4,2	11,4±4,33
<b>Analiz Sonucu</b>					
KW/p	2,86/0,23	2,91/0,23	2,71/0,25	3,47/0,17	4,46/0,1
<b>İntihar girişimi</b>					
Var	16,48±3,73	12,03±3,71	13,17±3,39	13,89±4,07	12,17±4,35
Yok	12,97±4,63	10,69±3,17	10,85±3,31	11,51±4,23	9,02±3,99
<b>Analiz Sonucu</b>					
U/p	-3,34/0,001*	-1,76/0,07	-3,19/0,01*	-2,55/0,01*	-3,13/0,002*

\* p&lt;0.05 \*\*p&lt;0.001

Tablo 7’de hastaların, klinik özelliklerine göre RHİDÖ Alt Ölçek puan ortalamalarının, gruplar arasındaki dağılımı incelenmiştir. Buna göre, ailelerinde ruhsal hastalık olan ve olmayan hastaların RHİDÖ alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki farkın, “Yabancılaşma”, “Damgalamaya Karşı Direnç”, “Kalıp Yargıların Onaylanması” ve “Algılanan Ayrımcılık” alt ölçeklerinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu belirlenmiş olup, ailelerinde ruhsal hastalığı olan grupta ölçek puanları daha yüksek olarak bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların ruhsal hastalığına eşlik eden fiziksel bir hastalığın varlığı, “Yabancılaşma” ” Kalıp “Yargıların Onaylanması”, “Sosyal Geri Çekilme” ve “Algılanan Ayrımcılık” alt ölçek puanları üzerinde, gruplar arası istatistiksel yönden anlamlı bir fark yaratmakta olup, fiziksel hastalığı olanların alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ;  $p<0,01$ ).

Hastaların, hastalık başlangıç yaşları ile “Algılanan Ayrımcılık” alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup erken yaşta tanı alan hastaların puanları daha yüksek olarak belirlenmiştir( $p<0,05$ ). Hastaların yataklı serviste yatıp, yatmama durumları ile “Yabancılaşma”, “Kalıp Yargıların Onaylanması” ve “Algılanan Ayrımcılık” alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiş olup 18 yaş ve öncesinde tanı alan grubun, ölçek puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0,05$ ).

Yatarak tedavi gören hastaların, hastaneye yatış sıklığı durumlarına göre, “Yabancılaşma” ve “Damgalamaya Karşı Direnç” alt ölçeği puan ortalamalarının, gruplar arasındaki farkı istatistiksel yönden anlamlılık göstermektedir ve hastaneye hiç yatışı yapılmayan hastalarda alt ölçek puan ortalamaları daha düşüktür ( $p<0,05$ ).

Hastaların ilaç kullanım süreleri açısından, grupların tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Hastaların ilaç tedavilerine uyma durumları ile alt ölçeklerin tamamı arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı olup, ilaç tedavisini düzenli olarak sürdüren hastaların, alt ölçek puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ).

Hastaların hastane kontrollerine uyum durumlarının, alt ölçek puan ortalamalarının tamamı üzerinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Hastaların intihar girişiminde bulunmalarının, “Yabancılaşma”, “Kalıp Yargıların Onaylanması”, “Sosyal Geri Çekilme” ve “Algılanan Ayrımcılık” alt ölçek puanları üzerine etkisi, gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark yaratmakta olup, intihar girişiminde

bulunmayan hastaların alt ölçek puanlarının, intihar girişiminde bulunan hastalara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 8. Sosyo-Demografik Özellikler ile WHOQOL-BREF Puan Ort. Karşılaştırması**

Demografik Özellik	$\bar{X} \pm SS$	Sayı (N)	Analiz Sonucu
<b><u>Yaş</u></b>			
18-24	84,2± 8,55	5	
25-35	99,8±17,25	31	KW:3,3
36-45	94,34±22,45	32	p:0,507
46-55	98,82±21,18	23	
56-65	94,57±20,31	14	
<b><u>Cinsiyet</u></b>			
Kadın	97,57±19,68	66	U:0,547
Erkek	94,64±20,58	39	p:0,584
<b><u>Medeni Durum</u></b>			
Evli	96,26±21,29	53	
Bekâr	96,83±18,36	36	KW:0,05
Dul	96,43±20,21	16	p:0,975
<b><u>Eğitim Durumu</u></b>			
Okur-yazar	78,72±13,89	11	
İlköğretim	90,91± 18,8	46	KW:27,13
Lise	101,96±18,28	29	p:0,000**
Üniversite ve üzeri	111,89±14,96	19	
<b><u>Çalışma Durumu</u></b>			
Çalışıyor	108,96±16,77	31	U:4.3
Çalışmıyor	91,25±18,93	74	p:0,00 **
<b><u>Algılanan Gelir</u></b>			
Düşük	80,25±12,89	40	
Orta	104,12±17,311	54	KW: 45,68
Yüksek	118±5,96	11	p: 0,000**

\* $p<0.05$  \*\* $p<0.001$

Hastaların içinde bulunduğu yaş aralıklarının, WHOQOL-BREF puan ortalamaları üzerinde, gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiş olup, en yüksek yaşam kalitesi puanına sahip yaş aralığının, 25-35 arasındaki hastalarda ( $99,8 \pm 17,25$ ) olduğu saptanmıştır.

Hastaların cinsiyetleri ile WHOQOL-BREF puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0,05$ ). Hastaların medeni durumları ile yaşam kalitesi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, ( $p > 0,05$ ) en yüksek puan ortalamasının ( $96,83 \pm 18,36$ ) hiç evlenmemiş olan hasta grubun da olduğu belirlenmiştir.

Hastaların eğitim durumları ile WHOQOL-BREF puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden kuvvetli bir şekilde anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,01$ ). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel analiz sonucunda, sadece okur- yazar ve ilköğretim düzeyinde eğitim durumuna sahip olan grubun, lise ile üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olan gruba göre daha düşük yaşam kalitesi puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir ( $p > 0,05$ ).

Hastaların çalışma durumları ile WHOQOL-BREF puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden oldukça anlamlı olup ( $p < 0,001$ ), çalışan hastaların yaşam kalitesi puanlarının ( $108,96 \pm 16,77$ ) çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların algılanan gelir durumu ile WHOQOL-BREF puan ortalamaları arasındaki farkın da istatistiksel olarak kuvvetli yönde anlamlı olduğu ( $p < 0,05$ ), ve bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, gelir düzeyi yüksel olan hasta grubunun, orta ve düşük olan gruba göre ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ) (Tablo-8).

**Tablo 9. Hastaların Klinik Özellikleri ile WHOQOL-BREF Puan Ort. Karşılaştırması**

Klinik Özellik	$\bar{X}$ +SS	Sayı (N)	Analiz Sonucu
<b><u>Ailede Ruhsal Hastalık</u></b>			
Var	95,51±17,86	37	
Yok	99,73±20,89	68	U:-1,624
Toplam	98,36±21,06	105	p:0,103*
<b><u>Fiziksel Hastalık Varlığı</u></b>			
Var	80,4±12,54	15	
Yok	99,12±19,77	90	U:-3,197
Toplam	96,48±19,98	105	p:0,01*
<b><u>Hastalık Başlangıç Yaşı</u></b>			
18 ve öncesi	85,5±19,26	8	
18-24	98,03±15,68	30	
25-35	95,3±21,25	39	KW:5,39
36-45	95,41±22,89	17	p:0,369
46-55	105,8±21,32	10	
55 ve üzeri	109	1	
Toplam	96,4±19,83	105	
<b><u>Yataklı servise yatış sayısı</u></b>			
Yatmadım	100,38±19,07	55	
1-2 kez	96,15±21,01	26	KW:6,88
3-4 kez	90,08±20,58	12	p:0,076
5 ve üzeri	85,75±17,7	12	
Toplam	96,48±15,98	105	
<b><u>Yataklı servis yatış sıklığı</u></b>			
6 ay-1 yıl	82,71±20,42	7	
2-3 yıl	87,5±17,52	18	KW:5,68
4yıl ve üzeri	98,24±20,85	25	p:0,058
Toplam	96,48±19,98	105	
<b><u>İlaç kullanım süresi</u></b>			
Yeni başladım	113,5±14,38	4	
1-3 yıl arası	97,5±20,45	14	
4-6 yıl arası	97,58±20,87	24	KW:5,33
7-9 yıl arası	97,8±20,73	21	p:0,254
10 yıl ve üzeri	93,23±19,22	42	
Toplam	96,48±19,98	105	
<b><u>İlaç tedavisine uyum</u></b>			
Düzenli	101,76±18,41	71	
Düzensiz	79±11,9	13	KW:17,75
Kısmen düzenli	89,47±21,32	21	p:0,00**
Toplam	96,48±19,98	105	
<b><u>Hastane kontrollerine uyum</u></b>			
Düzenli	97,72±20,08	95	
Düzensiz	84,6±13,81	5	
Kısmen düzenli	84,8±18,01	5	KW: 4,26
Toplam	96,48±19,98	105	p:0,119
<b><u>İntihar girişimi</u></b>			
Var	89,27±19,79	29	
Yok	99,23±19,47	76	U: -2,25
Toplam	99,48±19,98	105	p:0,024*

\*p&lt;0.05 \*\*p&lt;0.001

Tablo 9’da hastaların, klinik özelliklerine göre WHOQOL-BREF puan ortalamalarının, gruplar arasında dağılımı verilmiştir. Ailelerinde ruhsal hastalık bulunma durumlarının, yaşam kalitesi ölçeği puanları üzerine etkisi, gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Hastaların ruhsal hastalıklarına eşlik eden fiziksel bir hastalığın varlığı, WHOQOL-BREF puan ortalamaları üzerinde, istatistiksel olarak negatif yönde bir fark oluşturmakta olup ( $p<0,05$ ), fiziksel bir hastalığa sahip olanlar hasta gruplarında yaşam kalitesi alt ölçek puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Hastalarda ki, hastalık başlangıç yaşları, yataklı servise yatış sayıları, yatarak tedavi gören hastaların hastaneye yatma sıklıkları ve hastaların ilaç kullanım durumları ile WHOQOL-BREF puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların ilaç tedavisine uyma durumları bakımından, gruplar arasındaki ölçek ortalamasının farkı ise, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ( $p<0,05$ ), farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, ilaç tedavisine uymayan ve kısmen uyum gösteren hastaların, ilaç tedavisine düzenli olarak uyan hasta grubuna göre yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Ölçek puan ortalamaları ile gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark yaratan bir başka değişken ise, hastaların geçmişte intihar girişiminde bulunma durumlarıdır. İntihar girişiminde bulunan hastaların yaşam kalitesi ölçeği puanlarının, intihar girişiminde bulunmayan hasta grubuna oranla daha yüksek olarak tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 10. WHOQOL-BREF Alt Ölçek Puan Aralıkları ve Hastaların Puan Ortalamaları**

WHOQOL- Bref	Alınabilecek Puan Aralığı	Alınan Puan Aralığı	$\bar{X} \pm SS$
Bedensel İyilik Hali	6-24	9-34	26,25±6,03
Ruhsal İyilik Hali	5-20	8-30	19,82±5,2
Sosyal İyilik Hali	7-28	3-15	8,94±3,05
Çevresel Boyut TR	6-24	5-18	26,56±5,14
Toplam	27-135	56-125	96,48±19,98

Tablo 10’da görüldüğü üzere, hastaların WHOQOL- BREF alt ölçeklerinden en yüksek ortalamayı “Çevresel Boyut TR” alt ölçeğinden (26,56±5,14), en düşük ortalamayı ise ‘Sosyal İyilik Hali’ alt ölçeğinden (8,94±3,05) aldıkları belirlenmiştir.

**Tablo 11. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile WHOQOL- BREF Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması**

<b>Demografik Özellikler</b>	<b>Bedensel Sağlık X̄+SS</b>	<b>Ruhsal Boyut X̄+SS</b>	<b>Sosyal Boyut X̄+SS</b>	<b>Çevresel Boyut TR X̄+SS</b>
<b>Yaş</b>				
18-24	25,2±4,6	16±4,24	7,2 ±1,78	24,2±2,28
25-35	27,87±4,9	20,74±4,53	9,22±3,1	27±4,47
36-45	25,71±6,65	19,34±5,61	8,65±3,37	25,9±5,51
46-55	26,13±6,97	20,34±5,17	9,26 ±3,04	27,42±5,46
56-65	4,64±5,62	19,42±5,84	9,07±2,58	26,42±5,94
<b><u>Analiz Sonucu</u></b>				
KW/p	3,7/0,44	4,47/0,34	2,57/0,63	2,74/0,6
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	25,98±5,96	20,01±5,09	9,22±2,98	27,12±5,12
Erkek	26,71±6,2	19,35±5,4	8,46±3,14	25,61±5,09
<b><u>Analiz Sonucu</u></b>				
U/p	-0,87/0,38	-0,75/ 0,45	-1,22±0,22	-1,62±0,1
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	25,54±6,85	20,18±5,36	8,92±3,06	26,39±5,47
Bekâr	27,47±4,78	19,19±5,14	8,86±3,11	26,76±4,46
Dul	25,87±5,56	20,06±4,94	9,18±3,05	26,87±5,7
<b><u>Analiz Sonucu</u></b>				
KW/p	1,41/0,49	0,84/ 0,65	0,06/0,97	0,14/0,93
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okur-yazar	21,63±4,63	16,36±3,61	6,45±2,5	21,9±4,34
İlköğretim	24,23±6,06	18,43±5,01	8,5±2,84	25,23±5,2
Lise	28,65±5,06	21,1±5,06	9,27±3,26	27,68±4,21
Üniversite ve ↑	30,15±4,25	23,26±4,34	10,94±2,22	30,73±2,94
<b><u>Analiz Sonucu</u></b>				
KW/p	27,21/0,00**	19,31/ 0,00**	16,67/0,001*	25,56/ 0,00**
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	29,9±4,5	23±4,59	10,45±3,1	29,12±4,27
Çalışmıyor	24,72±5,96	18,5±4,87	8,31±2,81	25,48±5,11
<b><u>Analiz Sonucu</u></b>				
KW/p	-4,41/0,00**	-4,21/0,00**	-3,36/ 0,001*	-3,27/0,001*
<b>Algılanan Gelir</b>				
Düşük	22,2±5,6	16,25±3,43	7,21±2,35	21,8±3,49
Orta	28,25±5,11	21,35±5,06	9,92±2,95	28,92±3,54
Yüksek	31,18±1,99	25,36±1,43	11,18±1,83	32,27±1,95
<b><u>Analiz Sonucu</u></b>				
KW/p	31,58/0,00**	38,12/0,00**	28,75/0,00**	59,32/0,00**

\*p<0.05 \*\*p<0.001

Tablo 11’de hastaların, hastalıklarına klinik özelliklerine göre WHOQOL-BREF Alt Ölçek puan ortalamalarının, gruplar arasında dağılımı verilmiştir. Buna göre, hastaların içinde bulunduğu yaş aralıklarının, WHOQOL-BREF Alt Ölçek puanları üzerinde gruplar arası istatistiksel yönden anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Benzer şekilde, hastaların cinsiyetleri ve medeni durumları açısından, alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, gruplar arasındaki farkın, istatistiksel yönden anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Hastaların eğitim durumları ile WHOQOL-BREF Alt Ölçek puan ortalamalarının tamamı arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan istatistiksel ikili karşılaştırmalar sonucunda, “Bedensel Boyut” alt ölçeğinde, okur-yazar ve ilköğretim düzeyinde eğitim durumuna sahip olan grubun, lise ile üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olan gruba kıyasla ölçek puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.” Ruhsal Boyut”, “Sosyal Boyut” ve “Çevresel Boyut” alt ölçeklerinde ise sadece okur- yazar düzeyinde eğitim seviyesine sahip olan grup ile üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olan grup arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Eğitim durumlarına benzer şekilde, çalışma durumları ile WHOQOL-BREF Alt Ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın, istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiş olup, çalışan hastaların alt ölçek puanlarının çalışmayanlara kıyasla, daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Hastaların WHOQOL-BREF Alt Ölçek puan ortalamaları ile algılanan gelir durumunun gruplar arasındaki farkı, istatistiksel yönden anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,001$  ve  $p<0,05$ ). Bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, düşük gelir grubunda olan hastaların, yüksek gelir grubunda olan hastalara göre alt ölçeklerin tamamından anlamlı düzeyde daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).



Tablo 12.Klinik Özellikler ile WHOQOL- BREF Alt Ölçek Puan Ortalamaları Karşılaştırması

Klinik Özellikler	Bedensel boyut $\bar{X}$ +SS	Ruhsal boyut $\bar{X}$ +SS	Sosyal boyut $\bar{X}$ +SS	Çevresel boyut $\bar{X}$ +SS
<b>Ailede Ruhsal Hastalık</b>				
Var	25,78±5,62	18,98±4,33	8,94±2,98	26,43±5,15
Yok	27,05±6,23	20,66±5,46	9,48±3,12	27,17±5,15
<b>Analiz Sonucu</b>				
U/p	-1,86/0,09	-1,25/0,21	-1,73/0,08	-1,69/0,09
<b>Fiziksel Hastalık Varlığı</b>				
Var	21,06±5,22	15,33±3,71	7,53±2,38	23,26±3,21
Yok	27,12±5,74	20,57±5,04	9,17±3,09	27,11±5,2
<b>Analiz Sonucu</b>				
U/p	-3,51/0,00**	-3,55 /0,00**	-2,03/0,04*	-2,8/0,005*
<b>Hastalık Başlangıç Yaşı</b>				
18 ve öncesi	24,25±4,23	17,75±5,31	7±2,56	23,5±5,87
18-24	28,1±4,5	19,73±4,48	8,9±2,7	26,9±3,82
25-35	25,2±6,6	19,69±5,28	9,25±3,43	26,28±5,17
36-45	25,05±7,4	20,17±5,96	8,35±2,91	26,35±6,05
46-55	28,3±5,73	21,4±6,04	10,3±2,75	29,1±5,95
55 ve üzeri	28	23	10	30
<b>Analiz Sonucu</b>				
KW/p	6,06/0,3	2,83/0,72	6,43/0,26	6,002/0,3
<b>Yataklı servise yatış sayısı<sup>+++</sup></b>				
Yatmadım	27,49±5,45	20,6±5,4	9,1±2,99	27,83±4,69
1-2 kez	25,57±7,13	20,23±4,46	9,23±3,15	26±5,34
3-4 kez	24,58±6,25	18,91±5,21	8,58±3,82	24,96±5,16
5 ve üzeri	23,75±4,99	16,33±4,73	7,91±2,27	25,24±5,43
<b>Analiz Sonucu</b>				
KW/p	5,86/0,11	7,34/0,06	2,34/0,5	2,17/0,5
<b>Yataklı servis yatış sıklığı</b>				
6 ay-1yıl	23,85±5,01	15,57±5,31	7,14±2,47	23,28±5,64
2-3 yıl	24,05±6,16	17,5±4,1	8,16±2,66	23,94±4,95
4yıl ve üzeri	25,8±6,98	21±4,51	9,64±3,41	26,56±5,25
<b>Analiz Sonucu</b>				
KW/p	1,22/0,54	9,41/0,009*	4,36/0,11	3,53/0,17
<b>İlaç kullanım süresi</b>				
Yeni başladım	29,75±5,18	24,5±2,38	10,75±2,5	31,25±2,75
1-3 yıl arası	27,07±5,99	19,07±5,73	9,64±3,15	27±4,35
4-6 yıl arası	26,95±6,84	19,79±5,27	9,04±3,05	26,7±5,3
7-9 yıl arası	26,71±6,08	20,95±4,93	8,9±3,14	26±5,54
10 yıl ve üzeri	25,02±5,6	19,09±5,17	8,5±3,04	26,16±5,2
<b>Analiz Sonucu</b>				
KW/p	5,37/0,25	5,27/0,26	3,38/0,49	3,92/0,41
<b>İlaç tedavisine uyum</b>				
Düzenli	27,7±5,5	21±5,05	9,56±3,03	27,73±4,84
Düzensiz	21,92±3,04	15±3,89	6,53±1,98	23,61±4,15
Kısmen düzenli	24,04±7,28	18,85±4,58	8,33±2,9	24,42±5,43
<b>Analiz Sonucu</b>				
KW/p	14,27/0,001*	15,76/0,00**	12,05/0,002*	11,19/0,004*
<b>Hastane kontrollerine uyum</b>				
Düzenli	26,56±6,06	20,2±5,18	9,05±3,13	26,75±5,22
Düzensiz	23±4,06	16,6±4,03	8,4±1,51	24,4±3,36
Kısmen düzenli	23,6±6,46	16±4,63	7,4±2,4	25±5
<b>Analiz Sonucu</b>				
KW/p	3,58/0,16	5,22/0,073	1,95/0,37	1,57/0,45
<b>İntihar girişimi</b>				
Var	23,65±6,1	17,79±4,85	8,62±2,7	24,93±5,3
Yok	27,25±5,74	20,6±5,14	9,06±3,18	27,18±4,97
<b>Analiz Sonucu</b>				
U/p	-2,73/0,006*	-2,56/0,01*	-0,71/0,478	-1,92/ 0,054

\*p&lt;0.05 \*\*p&lt;0.001

Tablo 12 incelendiğinde, hastaların ailelerinde ruhsal hastalık bulunması ile WHOQOL-BREF tüm alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Buna karşın ruhsal hastalıklarına eşlik eden bir fiziksel hastalığın varlığı durumları ile yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın, istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı olduğu belirlenmiş olup ( $p<0,05$ ) fiziksel bir hastalığa sahip olan hasta gruplarında WHOQOL-BREF alt ölçek puan ortalamalarının, daha düşük olduğu saptanmıştır.

Hastaların hastalık başlangıç yaşlarının, yaşam kalitesi alt ölçeklerinin tamamı üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0,05$ ).

Hastaların yataklı serviste yatarak tedavi görme durumları ile WHOQOL-BREF “Çevresel Boyut Alt Ölçeği” arasındaki farkın, istatistiksel yönden anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Yatarak tedavi gören hastaların hastaneye yatış sıklıklarının WHOQOL-BREF, “Ruhsal Boyut Alt Ölçeği” üzerinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Hastaların ilaç kullanım sürelerinin, WHOQOL-BREF alt ölçeklerinin tamamı üzerinde etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). İlaç tedavisine uyum durumları açısından, WHOQOL-BREF Alt Ölçeklerinin tamamı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış olup, ilaç tedavisini düzenli olarak sürdüren hasta grubunun tüm alt ölçek puanları, ilaç tedavisini kısmen düzenli ve düzensiz olarak sürdüren gruba oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Hastane kontrollerine uyum göstermeleri ile WHOQOL-BREF “Ruhsal Boyut Alt Ölçeği” arasında istatistiksel yönde anlamlı bir fark bulunmakta olup, kontrollerine düzenli olarak gelen hastaların puanları, daha yüksek olarak bulunmuştur. ( $p<0,05$ ).

Son olarak, hastaların intihar girişiminde bulunma durumları ile WHOQOL-BREF alt ölçeklerinden “Bedensel Boyut” ve “Ruhsal Boyut” puan ortalamaları arasındaki farkın, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). İntihar girişiminde bulunmayan hastaların “Bedensel” ve “Ruhsal Boyut Alt Ölçek” puanlarının en az bir kez intihar girişiminde bulunan hastalara kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 13.Sosyo-demografik özellikler ile RBSÖ Puan Ortalamaları Karşılaştırması**

Demografik Özellikler	$\bar{X} \pm SS$	Sayı (N)	Analiz Sonucu
<b>YAŞ</b>			
18-24	17,8±8,04	5	
25-35	22±7,26	31	
36-45	20,3±8,22	32	KW:1,71 p:0,78
46-55	22,04±7,68	23	
56-65	22,71±7,4	14	
Toplam			
<b>CİNSİYET</b>			
Kadın	21,65±7,8	66	U:-1,10
Erkek	21±7,47	39	p:0,27
Toplam			
<b>MEDENİ DURUM</b>			
Evli	21,9±7,76	53	
Bekâr	21,3± 7,18	36	KW:1,03 p:0,596
Dul	20± 8,56	16	
Toplam			
<b>EĞİTİM DURUMU</b>			
Okur-yazar	16,54±7,86	11	
İlköğretim	20,6±7,96	46	KW:10,69 p:0,01*
Lise	22,31±7,1	29	
Üniversite ve üzeri	24,78±6,13	19	
Toplam			
<b>ÇALIŞMA DURUMU</b>			
Çalışıyor	24,45±6,04	31	U:-2,9
Çalışmıyor	20,13±7,92	74	p:0,004*
<b>ALGILANAN GELİR</b>			
Düşük	16,45±7,76	40	
Orta	23,87±6,11	54	KW:29,58 p:0,00**
Yüksek	27,36±2,29	11	

\*p<0.05 \*\*p<0.001

Hastaların yaş, cinsiyet ve medeni durumlarının, RBSÖ puan ortalamaları üzerinde etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir(p>0,05). Hastaların eğitim durumları ile RBSÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0,05).Farkın hangi gruplar arasından kaynaklandığını belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, okur-yazar düzeyinde eğitim seviyesine sahip olanlar ile lise ile üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan hastalardan kaynaklandığı, ayrıca ilköğretim düzeyinde eğitim seviyesine sahip olanların da üniversite ve üzeri gruba göre RBSÖ puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür (p<0,05). Hastaların çalışma durumlarının, RBSÖ üzerine etkisi, gruplar arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı olduğu saptanmış (p<0,05) ve çalışan hastaların benlik saygısı puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların algılanan gelir durumları ile RBSÖ arasında istatistiksel olarak kuvvetli bir fark bulunduğu ( $p<0,05$ ), farkın, hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda düşük gelir grubunda olan hastaların, yüksek gelir olan hastalara göre RBSÖ puan ortalamaları daha düşüktür(Tablo-13).

**Tablo 14.Hastaların Klinik Özellikleri İle RBSÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması**

Klinik Özellikler	$\bar{X}\pm SS$	Sayı (N)	Analiz Sonucu
<b>Ailede Ruhsal Hastalık</b>			
Var	9,75±8,34	37	
Yok	22,3±7,15	68	U: -1,36
Toplam	21,4±7,65	105	p: 0,172
<b>Fiziksel Hastalık Varlığı</b>			
Var	17,33±7,92	15	
Yok	22,08±7,43	90	U: -2,45
Toplam	21,4±7,65	105	p:0,014*
<b>Hastalık Başlangıç Yaşı</b>			
18 ve öncesi	19,62±8,76	8	
18-24	21,4±6,94	30	
25-35	20,84±7,87	30	
36-45	22,17±8,52	17	
46-55	23,3±7,68	10	
56 ve üzeri	26	1	
Toplam	21,4±7,65	105	KW: 2,49 p:0,77
<b>Yataklı servise yatış sayısı</b>			
Yatmadım	22,72±6,94	55	
1-2 kez	21,23±8,32	26	
3-4 kez	17,08±8,94	12	
5 ve üzeri	20,08±6,96	12	
Toplam	21,4±7,65	105	KW: 6,55 p:0,088
<b>Yataklı servis yatış sıklığı</b>			
6 ay-1 yıl	17,71±6,96	7	
2-3 yıl	16,77±8,74	18	
4yıl ve üzeri	22,88±7,25	25	
Toplam	21,4± 7,65	105	KW: 9,61 p:0,052
<b>İlaç kullanım süresi</b>			
Yeni başladım	28±1,63	4	
1-3 yıl arası	20,64±7,77	14	
4-6 yıl arası	19,45±8,55	24	
7-9 yıl arası	21,33±7,75	21	
10 yıl ve üzeri	22,19± 7,17	42	
Toplam	21,4±7,65	105	KW:5,47 p:0,065
<b>İlaç tedavisine uyum</b>			
Düzenli	23,12±6,9	71	
Düzensiz	18,76±7,31	13	
Kısmen düzenli	18,47±8,3	21	
Toplam	21,4±7,65	105	KW: 4,85 p:0,092
<b>Hastane kontrollerine uyum</b>			
Düzenli	21,83±7,6	95	
Düzensiz	16,2±9,06	5	
Kısmen düzenli	18,6±5,72	5	
Toplam	21,4±7,65	105	KW: 3,46 p:0,177
<b>İntihar girişim</b>			
Var	18,31±8,23	29	
Yok	22,59±7,12	76	
Toplam	21,4±7,65	105	U: -2,26 p:0,023*

\* $p<0.05$

Hastaların ailelerinde ruhsal bir hastalık bulunma durumları ile RBSÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). Buna karşılık, hastaların ruhsal hastalıklarına eşlik eden fiziksel bir hastalığın varlığı ile RBSÖ arasındaki farkın istatistiksel olarak negatif düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiş olup, fiziksel bir hastalığa sahip olan hastaların benlik saygısı puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Hastaların hastalık başlangıç yaşları ve yataklı serviste yatarak tedavi görme durumlarının RBSÖ puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği, benzer şekilde, yatarak tedavi gören hastaların hastaneye yatış sıklıkları ile RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). Hastaların ilaç kullanım sürelerinin RBSÖ puanları üzerinde ki etkisi bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların ilaç tedavisine uyum durumları ile RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p<0,05$ ) ve bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan istatistiksel analiz sonucunda, ilaçlarını düzensiz olarak kullananların, ilaçlarını düzenli olarak kullananlara göre benlik saygısı toplam puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Hastaların hastane kontrollerine uyum durumları ile RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Son olarak hastaların intihar girişiminde bulunma durumları ile RBSÖ ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı olduğu ve intihar girişimi olmayan hastaların benlik saygısı puan ortalamaları, intihar girişiminde bulunanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir (Tablo-14).

**Tablo 15. RHİDÖ , WHOQOL- BREF ve RBSÖ arasındaki İlişki**

Ölçek İsmi	WHOQOL-BREF	RBSÖ
<b>RHİDÖ</b>	r	-0,782
	p	0,000*
<b>RBSÖ</b>	r	0,749
	p	0,000*

\* $p<0.001$

Tablo 16 incelendiğinde RHİDÖ ile WHOQOL-BREF ve RBSÖ arasında negatif yönde, RBSÖ ile WHOQOL BREF arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir ilişkinin var olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ).

**Tablo 16. RHİDÖ Alt Ölçekleri, WHO-QOL BREF Alt Ölçekleri ve RBSÖ İlişkisi**

<b>RHİDÖ Alt Ölçek</b>		<b>WHOQOL1 Bedensel İyilik Hali</b>	<b>WHO-QOL2 Ruhsal İyilik Hali</b>	<b>WHO-QOL3 Sosyal İyilik Hali</b>	<b>WHO-QOL4 Çevresel İyilik Hali</b>	<b>RBSÖ</b>
<b>Yabancılaşma</b>	<b>r</b>	-,610	-,740	-,645	-,686	-,752
	<b>p</b>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	<b>r</b>	-,565	-,706	-,612	-,657	-,701
	<b>p</b>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	<b>r</b>	-,552	-,682	-,630	-,642	-,628
	<b>p</b>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	<b>r</b>	-,627	-,664	-,625	-,682	-,703
	<b>p</b>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Damgalamaya Karşı Direnç</b>	<b>r</b>	-,516	-,676	-,612	-,681	-,660
	<b>p</b>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>RBSÖ</b>	<b>r</b>	,657	,709	,604	,597	
	<b>p</b>	<0,001	<0,001*	<0,001	<0,001	

RHİDÖ Alt Ölçekleri, WHO-QOL BREF Alt Ölçekleri ve RBSÖ arasındaki ilişki tablo 15’de gösterilmiştir. Buna göre RHİDÖ tüm alt ölçekleri ile WHOQOL BREF tüm alt ölçekleri ve RBSÖ arasında negatif yönde, WHOQOL BREF alt ölçekleri ile RBSÖ arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak kuvvetli bir ilişki bulunduğu görülmüştür ( $p<0.001$ ).

## 5.TARTIŞMA

Bireylerin ruhsal bir hastalık tanısı almayla başlayan süreç boyunca, akıl hastalarına karşı var olan toplumsal önyargı ve olumsuz düşüncelere bağlı olarak hastalar ayrımcılık ve dışlanma tutumlarıyla karşı karşıya kalmaktadırlar (Overton & Medina, 2008). Sosyal kimlik teorisinde, toplumun ya da toplum içindeki büyük grupların, insanları sosyal normlara uyup uymalarına göre değerlendikleri ve bu değerlendirme neticesinde insanların farklı ya da hoşnut olmayan birisini yargılamak ya da etiketlemek için sosyal etkileşim mekanizmalarının devreye sokulması bu duruma neden olarak ileri sürülmüştür (Phelan, et al., 2014).

'Sosyal Kimlik" ilk defa Goffman(1963) tarafından dile getirilen bir kavram olup, Goffman, damgalanan kişilerin maruz kaldıkları dışlayıcı ve onur kırıcı davranışlar neticesinde örselendikleri ve kendilerine gerçekçi olmayan bir sanal kimlik yarattıklarını ifade etmiştir. Kişinin sosyal kimliği 'fiziksel aktiviteler', 'profesyonel roller ve 'benlik kavramı' gibi yapıları içermekte olup çok boyutlu bir yapıdan oluşmaktadır. Hastalık ya da engel durumu gibi bu yapılardan birinin değişime uğraması, bireyin kimliğinin değişimine ve potansiyel bir damgalama yaşanmasına neden olabileceği belirtilmiştir (Lubkin & Larsen, 2013).Damgalama potansiyeli bulunan bir grubun içinde yer alan bireylerin var olan olumsuz tutum ve düşünceleri kendilerine yansıtma durumları ise içselleştirilmiş damgalama olarak nitelendirilmektedir. Bu noktadan hareketle, çalışmamızda sosyal kimliğin değişime uğraması muhtemel bir hastalık olan bipolar bozuklukta, birbirleriyle ilişkili kavramlar olarak ele alınan içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısı yapılarının birbirleriyle olan ilişkileri ve sosyo-demografik ve klinik özellikler gibi bazı tanımlayıcı faktörlerden etkilenme durumları incelenmiştir.

Çalışma bipolar bozukluğu olan hastalar da içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmadan elde edilen bulgular 5 başlık altında tartışılmıştır. Bu başlıklar;

1. Bipolar bozukluğu olan hastaların, sosyo-demografik ve tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımının tartışılması,

2. Bipolar bozukluğu olan hastaların, tanımlayıcı özelliklerine göre RHİDÖ ve RHİDÖ Alt Ölçeklerinden aldığı puanların karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması,
3. Bipolar bozukluğu olan hastaların, tanımlayıcı özelliklerine göre WHOQOL-BREF ve WHOQOL- BREF Alt ölçeklerinden aldığı puanların karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması,
4. Bipolar bozukluğu olan hastaların, tanımlayıcı özelliklerine göre RBSÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması,
5. RHİDÖ, WHOQOL-BREF ve RBSÖ'den alınan toplam puanların karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması.

### **1. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların, Sosyo-Demografik ve Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımının Tartışılması**

Bu bölümde hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, ailede ruhsal hastalık öyküsü, hastaneye yatma durumu ve daha önceden var olan intihar girişimi gibi sosyo-demografik ve klinik özelliklerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Çalışmada Hastaların yaş ortalaması  $42,4 \pm 2,23$  olarak bulunmuştur. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunu, (%62,9) kadın hastalar oluşturmaktadır. Oysaki ruhsal hastalıkların prevalansını belirlemeye yönelik yapılan, uzunlamasına dönem epidemiyolojik çalışmalarda bipolar bozukluğun kadın ve erkeklerde eşit oranda görüldüğü bildirilmektedir. (Doğan, 2011; Ertuğrul Köroğlu, 2015; McDonald, M Bulloch, et al., 2015) Bu fark çalışmanın kesitsel yapılması ve çalışmamızdaki kadın katılımcıların çoğunlukta olması ile açıklanabilir. İş hayatında ki erkeklerin, kadınlara oranla yaklaşık 2.5 kat fazla olması (TÜİK,2017) nedeniyle çalışan erkek hastalar, çalışmanın yürütüldüğü mesai saatleri içerisinde işyerlerinden izin alarak hastaneye gelememiş olabilirler. Bu farkın başka bir nedeni olarak, kadınların daha çok tedavi merkezlerine başvurmaları, erkeklerin ise sorunlarını daha çok inkâr etmeleri öne sürülebilir.

Çalışmaya katılanların medeni durumları değerlendirildiğinde hastaların %50'5i evli ve %15,2'si boşanmıştır. Akkaya ve ark. Türkiye'nin 7 coğrafi bölgesindeki ve 53 merkezdeki 584 hastanın sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için yaptıkları çalışmada, hastaların 46,3'ünün evli,%9,7'sinin ise eşinden ayrı olduğu belirlenmiştir (Akkaya et al., 2012). Bu sonuçlar çalışmamızla uyum göstermektedir.

Hastaların eğitim düzeyi çoğunlukla (%43,8) ilköğretim düzeyinde olup, tıbbi olarak tanı konulmasa da erken yaşlarda ortaya çıkan belirtilerin, hastaların eğitim hayatları üzerindeki



olumsuz etkileri bu duruma neden olarak ileri sürülebilir. Özdemir ve Doğan'ın Sivas il merkezinde bipolar bozukluğun yaygınlığını araştırdıkları 1406 katılımcı ile yaptıkları bir çalışma da bizim çalışmamıza benzer bir şekilde, hastaların büyük çoğunluğunun (%53) ilköğretim düzeyinde eğitim durumuna sahip oldukları belirlenmiştir (Özdemir & Doğan, 2015).

Hastaların çalışma durumları incelendiğinde; büyük kısmının herhangi bir işte çalışmadığı (%70,5) ve bu durumla ilişkili olduğu düşünülerek, %38,1'inin, kendisini düşük gelir grubunda,%51,4'ünün ise orta gelir grubunda olarak algıladığı görülmüştür. Bipolar bozukluk kişinin hayatının her alanına yayılan ve yaşam boyu devam eden bir hastalıktır. Özellikle atak dönemlerinde, iş yerinde ki beklentileri karşılanamaması, performans düşüklüğü yaşanması, hastane kontrolleri için mesai saatlerinde izin alınması, hastalığının öğrenilmesinden çekinme, iş arkadaşları ile iletişim sorunlarının yaşanması nedenleriyle çalışma hayatında zorluklar yaşanabilmektedir. Bu durum hastaların sık sık iş değiştirmelerine ve bir süre sonra da çalışma hayatına karşı isteksizlik duymalarına yol açabilir. Nitekim Kaytaç ve ark.'nın ruhsal hastalığı olan bireylerle yürüttüğü bir çalışma da çalışmayan hastaların yaklaşık %57'sinde çalışma isteği olmadığını ve %76'sının ise iş aramadığını saptamışlardır (Kaytaç, Abut, & Yıldız, 2017). Düzenli bir gelir elde edemeyen hastaların buna bağlı olarak kendilerini düşük gelir grubunda olarak algılamaları ise beklenen bir sonuçtur. İsmannur'un şizofreni, bipolar ve psikotik bozukluğu olan 117 katılımcı ile yaptığı araştırmada hastaların %73,5'inin, Harkın'ın 63 bipolar bozukluğu olan hasta ile yürüttüğü çalışmada ise katılımcıların %74,6'sının herhangi bir işte çalışmadığı ifade edilmiştir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir (Harkın, 2009; İsmannur, 2016).

Literatüre bakıldığında, ailesinde bipolar bozukluk öyküsü olmayan bireylere oranla, ailesinde bipolar bozukluk öyküsü olan bireylerde bipolar bozukluk veya diğer duygu durum bozukluklarının görülme olasılığının ortalama 10 kat fazla olduğu belirtilmiştir. Yakınlık derecesi arttıkça hastalığın ortaya çıkma riski daha da yükselmektedir (Doğan, 2011; Ertuğrul Köroğlu, 2015). Yapılan çalışmada hastaların ailesinde ruhsal hastalık bulunanların oranı %35,2 olarak bulunmuştur. Depresyon ve mani nöbetleriyle ortaya çıkan hastalıklar başta olmak üzere çoğu ruhsal hastalıklarda en önemli etiyolojik faktör olarak kalıtsal geçişlerden söz edilmektedir (Ebert et al., 2013; Işık, 2013; Ertuğrul Köroğlu, 2015). Bu bağlamda çalışmamız sonuçları literatür bilgisini destekler niteliktedir.

Çalışmamızda hastaların %85,7'sinde ruhsal hastalarına eşlik eden fiziksel bir hastalığın olmadığı belirlenmiştir. İsmannur'un ağır ruhsal hastalığı olanlarda içselleştirilmiş damgalama, umutsuzluk ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapmış

olduğu çalışmada hastaların %80'inde hastaların ruhsal hastalıklarına ek olarak fiziksel bir hastalıklarının bulunmadığı sonucuna ulaşmıştır (İsmanur, 2016). Bu sonuç çalışmamız ile uyumludur.

Bipolar duygu durum bozukluklarında başlangıç yaşı sıklıkla 20 yaş civarında olup, 15-19 yaş aralığında pik yapmaktadır. Olguların yarısından fazlasının başlangıç yaşı 20'li yaşlar öncesidir. Bipolar bozuklukta ek tanıli hastalık durumlarının fazla olması tanı koymayı güçleştiren en önemli faktörlerden biri olup; bu nedenle, belirtilerin başlangıcından itibaren, tanı konulana kadar, yaklaşık 10 yıllık bir süre geçmektedir (Eroğlu & Özpoçraz, 2010; Özdemir et al., 2016). Bu nedenle hastalığın ortalama başlangıç yaşını kesin olarak saptamak zordur. Katılımcıların bipolar bozukluk başlangıç yaşı  $29,02 \pm 1,27$  olarak tespit edilmiştir. Özdemir ve Doğan'ın Sivas il merkezinde bipolar bozukluğun yaygınlığını araştırdıkları 1406 katılımcı ile yaptıkları bir çalışmada katılımcıların hastalık başlangıç yaşını  $19,6 \pm 3,97$  olarak tespit etmişlerdir (Özdemir & Doğan, 2015). Bu sonuç bizim çalışmamızla örtüşmemektedir. Ülkemizde genellikle ruhsal hastalığı olan bireyler, belirtilerin ortaya çıkmasını müteakiben, alternatif yöntemlere başvurmakta olup, belirtiler içinden çıkılmaz bir hal almaya başlaması ile çare arayışı içerisinde hekime başvurumaktadırlar. Çalışmamızda ki hastalığın başlangıç yaşının daha geç yaşlarda olması bu durumdan kaynaklanıyor olabilir.

Hastaların yarısından fazlası (%52,4) hastanede yatarak tedavi görmediklerini belirtmiştir. Yatarak tedavi gören hastaların %23,8'inin ise 3 yıl ve üzeri sürede hastanede yatış öyküleri oldukları belirlenmiş ve yatışlar arası geçen süre ise  $3,52 \pm 2,54$  yıl olarak saptanmıştır. Tunç'un 2012 yılında bipolar bozukluğu olan 100 katılımcı il gerçekleştirdiği başka bir çalışmada yatışlar arası geçen süreyi  $2,99 \pm 2,42$  yıl olarak belirlemiştir (Tunç, 2012). Çalışmamızın sonuçları Tunç'un çalışması ile benzerdir.

Çalışmaya katılan hastaların %40'ının 10 yıl ve üzeri bir sürede ilaç kullandığı gözlenmiştir. İlaç kullanan hastaların %67,6'sının ilaç tedavisini düzenli olarak sürdürdükleri, %20'sinin ise kısmen düzenli bir şekilde sürdürdüğü belirlenmiştir. Aksoy'un bipolar bozukluğu olan 150 hasta ile gerçekleştirdiği bir başka çalışmada hastaların %38'inin 10 yıl ve üzeri zaman aralığında ilaç kullandıkları ve hastaların %82'sinin düzenli olarak ilaçlarını aldıklarını tespit etmişleridir (Aksoy, 2013). Bunun yanında Çuhadar'ın bipolar bozukluğu olan 63 hasta ile yaptığı bir çalışma sonucunda ise, ilaç tedavisini düzenli sürdüren hastaların oranının yaklaşık %89 olarak belirtmiştir (Çuhadar, 2011). Bu sonuçlar çalışmamızla uyumludur.

Çalışmaya katılan hastaların %90'nının hastane kontrollerine düzenli olarak geldikleri belirlenmiştir. Kök ve Demir'in 200 bipolar, 162 şizofreni hastası ile 2018 yılında yaptıkları bir başka çalışma sonucunda hastaların %75,7'sinin kontrollerine düzenli olarak geldiklerini saptamışlardır. Bu sonuç çalışmamız ile benzer özelliktedir. Ayrıca çalışmamız da hastaların %26,7'sinin geçmişte en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir. Bipolar bozuklukta, hastaların tedaviye uyumsuzluk göstermeleri, intihar girişiminde bulunma davranışları için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Hawton, Sutton, Haw, Sinclair, & Harriss, 2005; Sakarya & Özgüven, 2013; Valtonen et al., 2006). Bu çalışmada da hastaların yaklaşık %33'ünün ilaç tedavilerini düzenli olarak sürdürmedikleri göz önüne alındığında, intihar girişiminde bulunan hasta sayısının yüksek olmasının nedenlerinden biri olarak, tedaviye gösterilen uyumsuzluk öne sürülebilir. Merikangas ve ark. bipolar bozukluğun prevalans ve korelasyonu belirlemek için 11 farklı ülkeden, 61.392 hasta ile yürüttükleri çalışmada Bipolar –I bozukluğu olan hastaların dörtte birinin, Bipolar bozukluk –II hastalığı olanlarında, beşte birinin intihar girişiminde bulduklarını tespit etmişlerdir (Merikangas et al., 2011). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

## **5.2. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların, Tanımlayıcı Özelliklerine Göre RHİDÖ ve RHİDÖ Alt Ölçeklerinden Aldığı Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde çalışmamızın örneklem grubunu oluşturan remisyon dönemindeki hastaların içselleştirilmiş damgalamaları ve içselleştirilmiş damgalamalarını etkileyebilecek etmenler incelenmiştir.

İlgili literatür incelendiğinde, çalışmaların bir çoğunun hastalarda ki içselleştirilmiş damgalamanın yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve gelir durumu, aile de ruhsal hastalık öyküsü, intihar girişiminde bulunma gibi değişkenlerle olan ilişkisine odaklandığı görülmüştür (Çam & Çuhadar, 2013; Lysaker, Vohs, & Tsai, 2009; Shalaby Hosny & Sabra İbrahim, 2014; Tanabe et al., 2016; Tel & Ertekin Pınar, 2012; Ustundag & Kesebir, 2013).

Çalışmamızda hastaların sosyo-demografik özelliklerinden içinde buldukları yaş aralıkları ile RHİDÖ puan ortalamaları incelendiğinde, aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ). Bu sonuçlar daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (Beyazyüz et al., 2015; Cheng, Cheng, Yu, & Tze, 2005; Kök & Demir, 2018).

Kadın ve erkek hastaların RHİDÖ puanları benzerlik göstermekte olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Picco ve ark. nın 2016'da 280 katılımcı ile psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalamayı incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, cinsiyet faktörünün hastalardaki içselleştirilmiş damgalama düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır (Picco et al., 2016b). Bunun yanında West ve ark.'nın ağır ruhsal hastalığı olanlarda ki içselleştirilmiş damgalamanın prevalansını belirlemek amacıyla 144 hasta ile yaptıkları çalışmada, cinsiyet faktörünün hastalardaki içselleştirilmiş damgalamayı etkilemediği tespit edilmiştir (West, Yanos, Smith, Roe, & Lysaker, 2011). Ayrıca Kregshauseri ve ark., 2010 yılında, kadın ve erkek bipolar bozukluğu olan 90 hasta ile bipolar bozukluğun tedavisindeki öznel deneyimlerde cinsiyet faktörünün etkisi araştırdıkları çalışmada kadın ve erkek hastaların algılanan damgalamalarının aynı düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir (Kriegshauser et al., 2010). Bu bağlamda araştırmamızın sonuçları literatür ile uyumludur.

Hastaların medeni durumlarının da yaş ve cinsiyet değişkenlerine benzer şekilde, RHİDÖ puan ortalamaları üzerine anlamlı bir etkisi bulunmasa da ( $p>0,05$ ), ölçekten en düşük puan ortalamasını ( $55,84\pm 17,85$ ) evliler, en yüksek puan ortalamasını ise hiç evlenmemiş hasta grubundakiler almıştır. Picco ve ark.'nın çalışmamızla benzer şekilde ayaktan takip edilen psikiyatri hastaları ile gerçekleştirdiği çalışma da hastaların medeni durumlarının, RHİDÖ puanlarını etkilemediğini belirlemiştir (Picco et al., 2016b). Ülkemizin sosyo-kültürel yapısından dolayı her ne kadar evlenme yaşı giderek yükselse de belirli bir yaştan sonra bekâr olmak, sosyal bir kayıp ya da başarısızlıkmiş gibi görülmektedir. Bu yüzden hiç evlenmemiş hastalar ilgili ölçek sorularına cevap verirken savunmacı bir tutum göstererek, cevaplamış olabilirler.

Hastaların eğitim durumları ile RHİDÖ puan ortalamaları arasındaki fark, anlamlı olup, farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analiz sonucunda, sadece okur-yazar olan grubun, diğer tüm hasta gruplarına oranla, daha fazla damgalama yaşadıkları saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hastaların eğitim düzeyi arttıkça hastalıklar konusunda bilgi artışı yanında, daha bilimsel ve insancıl bir yaklaşım sergileyebilmekte ve buna paralel olarak da tıbbi sağıltım önerilerine daha fazla uyum gösterebilmektedirler. Eğitim düzeyi yükseldikçe etiolojide kişisel ve sosyal nedenlerin daha az, biyolojik nedenlerin daha fazla sorumlu tutulduğu, iyileşme konusunda daha iyimser olunduğu ve farmakoterapiye daha fazla önem verilmekteyken, daha az eğitilmiş kişilerin ruh sağılığı merkezlerini daha az kullandıkları ve geleneksel iyileştiricilere daha fazla başvurdukları bilinmektedir (Taşkın, 2007b). Yapılan

çalışmada eğitim seviyesi yükseldikçe içselleştirilmiş damgalamanın düştüğü tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). 2017 yılında, Paraskevoulakou ve ark.'nın 124 katılımcı ile ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalamanın belirlenmesi amaçla yaptığı bir çalışmada da eğitim seviyesi yükseldikçe, içselleştirilmiş damgalamanın düştüğü sonucuna ulaşılmıştır (Paraskevoulakou et al., 2017). Moore ve ark.'nın mahkûmlarda toplum damgalama ve algılanan damgalama ilişkisini belirlemek amacıyla yapmış oldukları başka bir çalışmada ise içselleştirilmiş damgalama ile eğitim seviyesi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Moore, Stuewig, & Tangney, 2013). Literatürdeki bu çalışmalar bizim çalışmamızın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Hastalarda ki algılanan gelir durumunun RHİDÖ puan ortalamaları üzerine etkisi, tüm gruplar arasında anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Literatürde, sosyo-ekonomik düzeyin damgalama tutumları üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalarda, üst sosyo-ekonomik düzeyden kişilerin ruhsal hastalıklarla ilgili olarak daha çok bilgi sahibi oldukları ve ruhsal hastalığı olan kişilere daha toleranslı baktıkları görülmüştür (Brockington ve ark. 1993, Hall ve ark. 1993). Bu durumda, gelir ve eğitim düzeyi daha yüksek olan kişilerde mevcut olan ruhsal hastalıklara karşı sergiledikleri bu toleranslı yaklaşımı, kendilerine karşı da sergileyecekleri, dolayısıyla içselleştirilmiş damgalanmaya karşı daha dirençli olacakları düşünülebilir. Çuhadar'ın 63 katılımcı ile bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalamayı azaltmada psikoeğitimin etkinliğini araştırdıkları bir başka çalışmada bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermek olup gelir durumu gider durumuna denk olan hastaların, gelir durumu gider durumundan fazla olan hastalara göre, daha fazla içselleştirilmiş damgalama yaşadıkları belirlenmiştir (Çuhadar, 2011). Bunun yanında Coşkun ve Caymaz'ın psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran farklı tanı grubundaki 200 hasta ile yapmış olduğu çalışma da, gelir durumu düşük olan hastaların RHİDÖ puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşımlardır (Coşkun & Caymaz, 2012). İlgili literatürdeki bu sonuçlar, çalışmamız bulgularını destekler niteliktedir.

Ailede ruhsal hastalığı olan bireyin varlığı genel olarak, ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarda önemli farklara neden olmaktadır. Ancak bu farklılık her zaman olumlu yönde değildir. Çalışmamıza katılan hastaların ailelerinde ruhsal hastalık bulunma durumu ile RHİDÖ'den aldığı puanlar arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olduğu saptanmış olup ( $p<0,05$ ); ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olmayan hasta grubunda, ölçek puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Beyazyüz ve ark.'nın 180 hasta ile yaptıkları, psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin bazı tanı grupları, sosyodemografik özellikler ve benlik saygısı ile ilişkinin belirlenmesi amacı ile yaptıkları

çalışmada, hastaların yakınlarında ruhsal hastalık bulunma durumlarının, içselleştirilmiş damgalama üzerine etkisinin bulunmadığını belirlemişlerdir (Beyazyüz et al., 2015). Buna benzer olarak, 2012 yılında, Tel ve Ertekin'in 160 katılımcı ile ayaktan izlenen psikiyatri hastalarıyla yaptıkları çalışmada da hastaların yakınlarında ruhsal hastalık bulunma durumlarının, içselleştirilmiş damgalama üzerine etkisinin olmadığını ifade etmişlerdir (Tel & Ertekin Pınar, 2012). Çalışma ile literatürdeki sonuçların farklılık göstermesinin nedeni, çalışmalara psikiyatrik ek tanısı olanların ve farklı gruplardan hastaların alınmış olması, örneklem büyüklüklerinin farklı olması ve çalışmamızdaki hastaların ruhsal hastalığı olan yakınlarına yönelik olumsuz stereotiplere sahip olmaları olabilir.

Çalışmamızdaki hastaların fiziksel hastalıkları sorgulandığında genel olarak kanser, ortopedik engel, KOAH gibi sosyal açıdan daha tecrit edici ve kronik hastalıklar olduğu görülmüştür. Çalışmamızda fiziksel bir hastalığı olanların RHİDÖ puan ortalamaları, istatistiksel olarak, fiziksel hastalığı olmayanların göre anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). İsmannur'un ağır ruhsal hastalığı olanlarda içselleştirilmiş damgalama, umutsuzluk ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapmış olduğu çalışma sonucuna göre ruhsal hastalığa eşlik eden fiziksel bir hastalığın varlığı ile RHİDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (İsmannur, 2016). Farkın, çalışmaya alınan hastalardaki fiziksel hastalıkların farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların hastalık başlangıç yaşları ile RHİDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Beyazyüz ve ark.'nın 180 hasta ile psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin sosyo-demografik özellikler ve benlik saygısı ile ilişkinin belirlenmesi amacı ile yaptıkları çalışmada, hastalardaki hastalık başlangıç yaşı durumlarının, algılanan damgalamaları üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığını sonucuna ulaşmışlardır (Beyazyüz et al., 2015). Üstündağ ve Kesebir'in 105 katılımcı ile yapmış oldukları ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısı ilişkisini araştırdıkları bir başka çalışma da hastalık başlangıç yaşı ile hastaların içselleştirilmiş damgala düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığını tespit etmişlerdir (Üstündağ Fatih & Kesebir, 2013). Aynı zamanda Picco ve ark. 280 hasta ile gerçekleştirdikleri yurt dışındaki bir başka çalışmada benzer şekilde içselleştirilmiş damgalama ile hastalık başlangıç yaşı arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığını saptamışlardır (Picco et al., 2016). Bu bakımdan çalışmamız sonuçları literatür ile uyumludur.

Hastaların hastaneye yatma durumu ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, hastaneye hiç yatışı olmayan hasta grubunun, hastaneye 3-4 kez ve üstü yatışı yapılan gruba göre RHİDÖ puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Elde ettiğimiz bu sonuçlar, literatür ile uyumluluk göstermektedir (Ibrahim et al., 2016; Kök & Demir, 2018; Omer, Abdel, & Sayed, 2016; Picco et al., 2016a). Ruhsal hastalıklarda hastaneye yatış sayısı arttıkça ve hastalık süresi uzadıkça çevrenin olumsuz tepkisi ve damgalama düzeyi artmaktadır.

Çalışmamızda hastaların yataklı servisler yatış sıklıkları ile RHİDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın, istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan istatistiksel analiz sonucunda hastaneye hiç yatmayan hastaların hastaneye 3-4 kez ve üstü yatış yapan hastalara oranla, RHİDÖ puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Tel ve Ertekin'in ruhsal hastalığı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısını araştırdıkları çalışmalarında, bizim sonucumuza benzer bir biçimde, yılda bir kez yatışı olan hastaların, yılda iki kez yatışı olan hastalara göre, RHİDÖ puanlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tel & Ertekin, Pınar, 2012).

Hastaların ilaç kullanım süreleri ile RHİDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). İlaç kullanım süresi ile içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. Yortan'ın ruh sağlığı birimine başvuran hastalarla yapmış olduğu çalışma da beş yıldan daha az süredir tedavi alan hastaların RHİDÖ puanlarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır (Yortan, 2017). Çalışmamızın sonuçları Yortan'ın yaptığı çalışma sonucu ile benzerdir.

Sürekli ilaç kullanmak zorunda olan hastaların tedaviye uyumlarının uzun dönemde giderek bozulduğu ve bunun ilaçlara bağlı yan etkilere değil damgalanma algısına ya da korkusuna bağlı olduğu görülmüştür. Çalışmamızda hastaların ilaç tedavisine uyum durumları ile RHİDÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yapılan birçok çalışmada ilaç tedavisine uyumun artması ile ters orantılı olarak içselleştirilmiş damgalamanın azaldığı sonuçlarına ulaşmış olup (Asrat et al., 2018; Çam & Çuhadar, 2013; Ibrahim et al., 2016), bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde, hastaların damgalanma endişesi ile ilaç tedavisine uymaktan kaçındıkları söylenebilir.

Hastaların kontrollerine düzenli olarak gelme durumlarının RHİDÖ puan ortalamaları üzerine etkisi bakımından gruplar arasındaki farkın, istatistiksel yönden anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Kontrollere uyum ile içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişkiye dair literatürde çelişkili veriler bulunmaktadır. Kök ve Demir'in şizofreni ve bipolar bozukluğu olan 180 katılımcı ile gerçekleştirdikleri ve hastalarda içselleştirilmiş damgalama, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek ilişkisini araştırdıkları çalışmada, hastane kontrollerine düzenli olarak gelmeyen hastaların RHİDÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Benzer şekilde Çam ve Çuhadar'ın 63 bipolar bozukluğu olan hastayla psikoeğitimin içselleştirilmiş damgalama üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapmış oldukları bir başka çalışmada hastane kontrollerine düzenli olarak gelmeyen hastaların RHİDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (Engin & Çuhadar, 2014; Kök & Demir, 2018). Buna karşın Beyazyüz ve ark. psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarla yapmış oldukları bir başka çalışmada ise hastane kontrollerine uyum ile RHİDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşmışlardır (Beyazyüz et al., 2015). Çalışmalarda çelişkili sonuçların bulunmasının nedeni araştırma yapılan grubun özellikleri, kültürel faktörler ve araştırmaya alınan hasta sayılarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların intihar girişiminde bulunmaları bakımından RHİDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Literatürde, intihar girişiminde bulunma durumunun, içselleştirilmiş damgalama üzerindeki etkisine dair çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. İntihar girişiminde bulun hastaların daha fazla içselleştirilmiş damgalama yaşadıklarını belirleyen çalışmalar bulunmasına karşılık (Chang, Wu, Chen, & Lin, 2016; İsmanur, 2016), intihar girişiminin, hastalarda ki içselleştirilmiş damgalama düzeyini etkileyen bir faktör olmadığı sonuçlarına ulaşmış çalışmalar da mevcuttur (Coşkun & Caymaz, 2012; Ustundag & Kesebir, 2013). Çalışmalardaki farklı sonuçlara, araştırma yapılan grubun özellikleri, kültürel faktörler, araştırmaya alınan hasta sayılarının ve tanı gruplarının farklılığının neden olduğu düşünülmektedir.

Hastaların RHİDÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, RHİDÖ toplam puan ortalamasının  $58,56\pm 18,15$  "Yabancılaşma Alt Ölçeği" toplam puan ortalamasının  $13,94\pm 4,66$ , "Damgalamaya Karşı Direnç Alt Ölçeği" toplam puan ortalamasının  $12,17\pm 4,30$ , "Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Ölçeği" toplam puan ortalamasının  $11,49\pm 3,47$ , "Sosyal Geri Çekilme Alt Ölçeği" toplam puan ortalaması  $11,06\pm 3,37$ , "Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeği" toplam puan ortalaması  $9,89\pm 4,31$  olduğu



görülmüştür. Kök ve Demir'in Eskişehir'de şizofreni ve bipolar bozukluğu olan 380 katılımcı ile gerçekleştirdikleri ve hastalarda içselleştirilmiş damgalama, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek ilişkisini araştırdıkları çalışmada, bipolar bozukluğu olan hastaların RHİDÖ puan ortalamasını  $76,12 \pm 17,15$  olarak belirtmişlerdir (Kök, Demir 2018). Eskişehir örneği ile yapılan çalışmada RHİDÖ puanlarının daha yüksek olması dikkat çekmektedir. Aradaki farkın ülkemizdeki kültürel ve bölgesel farklılığın algılanan damgalama düzeyini etkileyebilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastalar en yüksek ortalamayı “Yabancılaşma Alt Ölçeğinden”, en düşük ortalamayı ise “Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeğinden” almışlardır. Tanebe ve ark.'nın içselleştirilmiş damgalama ölçeğinin Japon versiyonunu geliştirmek için yapmış oldukları çalışma, Batinic ve ark.'nın panik bozukluğu (Lemonis, Batinic, & Opačić, 2014; Tanabe et al., 2016) olan hastalarla yürüttüğü çalışma ile Kim ve ark.'nın ayaktan takip edilen bipolar ve şizofreni bozukluğu olan hastalarla yürüttüğü çalışmaların sonuçları (W. J. Kim et al., 2015) bizim sonuçlarımıza benzer şekilde; hastalar RHİDÖ alt ölçeklerinden en yüksek puan ortalamasını “Yabancılaşma Alt Ölçeğinden”, en düşük puan ortalamasını ise “Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Ölçeğinden” almışlardır. Coşkun ve Caymaz ile Tel ve Ertekin'in ayaktan takip edilen psikiyatri hastaları ile Arabacı ve ark.'nın adli psikiyatri hastaları ile Çam ve Çuhadar'ın bipolar bozukluğu olan hastalarla gerçekleştirdikleri çalışmalar sonucunda ise hastalar RHİDÖ alt ölçeklerinden en yüksek ortalamayı, “Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Ölçeğinden”, en düşük ortalamayı ise bizim sonucumuza benzer şekilde “Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeğinden” almışlardır (Baysan Arabacı & Başoğul, 2015; Çam & Çuhadar, 2013; Coşkun & Caymaz, 2012; Tel & Ertekin Pınar, 2012). Büyükşehirlerde basmakalıp düşünce ve tutumların, reddedici davranışların kırsal kesimlere oranla daha az görülmektedir. Üstündağ ve Kesebir'in 105 katılımcı ile yapmış oldukları ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısı ilişkisini araştırdıkları bir başka çalışmada, kırsal kesimde yaşayan hastaların daha fazla içselleştirilmiş damgalama yaşadıklarını belirlemişlerdir (Üstündağ Fatih & Kesebir, 2013). Benzer şekilde 2000'li yıllarda, Türkiye'de kentsel ve kırsal kesimde ruhsal hastalıklara ilişkin tutumların araştırıldığı çalışmalarda da, kırsal kesim ile kentsel kesim arasındaki en önemli farkın hastaların etiketlenmesi, sosyal mesafe isteği ve damgalanma endişesi alanlarında olduğu görülmüştür (Taşkın, 2007b). Bu nedenle çalışmalar arasındaki farka, araştırmalara dahil edilen katılımcıların farklı yerleşim yerlerinde (İl, ilçe, kırsal) ikamet ediyor olmalarının neden olduğu düşünülmektedir.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin, RHİDÖ alt ölçek puanları üzerinde ki etkisi incelendiğinde, yaş ve cinsiyet faktörlerinin, , alt ölçekler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Hastaların medeni durumları ile RHİDÖ alt ölçeklerinden sadece, “Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeği” puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, farkın hangi gruplar arasından kaynaklandığını belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalarda, evli hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Evliliğin toplumsal anlamda bir değer ve norm ölçüsü olarak kabul görmesine bağlı olarak, özellikle belirli bir yaştan sonra bekâr olan bireylere yöneltilen olumsuz düşünceler, gerek kadın gerekse erkek cinsiyeti için ayrı ayrı olmak üzere farklı önyargılara ve ayrımcılığa dönüşmektedir. Ruhsal hastalığın getirdiği ayrımcılık algısına, toplumsal bir statü kaybı olarak kabul edilen bekârlığın eklenmiş olması, bu hastalarda algılanan ayrımcılık duygusunun tetiklenmiş olabileceği düşünülmektedir. Literatüre bakıldığında RHİDÖ alt ölçekleri puanları ile sosyodemografik verilerin karşılaştırıldığı çalışma sayısı yetersizdir (Baysan Arabacı & Başoğul, 2015; Çoşkun & Caymaz, 2012). Çoşkun ve Caymaz’ın 2012 yılında kamu ve özel psikiyatri hastanesine başvuran hastaların algılanan damgalama düzeylerini karşılaştırdıkları bir çalışmada hastaların medeni durumlarının ‘Algılanan Ayrımcılık Alt ölçeği’ üzerine etkisinin anlamlı olmadığını belirlemişlerdir (Çoşkun & Caymaz, 2012). Farkın araştırmaya alınan hasta sayılarının ve tanı gruplarının farklılığının kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların eğitim, çalışma ve gelir durumlarının, RHİDÖ puan ortalamalarına paralel olarak, tüm alt ölçekler üzerinde, istatistiksel yönden anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Arabacı ve ark.’nın 2015 yılında adli psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalama ve sosyal işlevsellik düzeylerini inceledikleri araştırmada, hastaların çalışma durumları ile “Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeği”; gelir durumları ile “Sosyal Geri Çekilme Alt Ölçeği”; arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Baysan Arabacı & Başoğul, 2015). Bu sonuçlar çalışmamız ile kısmen uyumludur.

Ailelerinde ruhsal hastalığı olanların, “Sosyal Geri Çekilme Alt Ölçeği” dışındaki tüm alt ölçek puanlarıyla, ruhsal hastalığına ek olarak fiziksel bir hastalığı olanların, “Damgalamaya Karşı Direnç Alt Ölçeği” dışındaki tüm alt ölçek puanlarıyla arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ) . Arabacı ve ark.’nın 2015 yılında adli psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeylerini inceledikleri çalışmada, ailede psikiyatrik hastalık bulunma durumu ile

“Yabancılaşma”, ”Algılanan Ayrımcılık”, ”Damgalamaya Karşı Direnç” ve ”Sosyal Geri Çekilme” alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir (Baysan Arabaci & Başoğul, 2015). Bu sonuçlar çalışmamızla uyumludur.

Hastalık başlangıç yaşı durumu ile RHİDÖ alt ölçekleri arasından sadece, “Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeği” puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir( $p<0,05$ ). Bu bulgular ışığında, hastalık başlangıç yaşı 18 ve öncesi olan hastaların “Algılanan Ayrımcılık” alt ölçeğinden daha fazla puan aldıkları, bir başka deyişle çocukluk ve ergenlik döneminde tanı alan hastalarda, algılanan ayrımcılığın daha fazla olduğu söylemek mümkündür. Tel ve Ertekin’in ruhsal hastalığı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısını araştırdıkları çalışmalarında toplam hastalık süresinin, RHİDÖ alt ölçek puanları üzerinde etkisinin anlamlı olmadığını belirlemişlerdir (Tel & Ertekin Pınar, 2012). Bu sonuçlar çalışmamız sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Hastaların, hastaneye yatma durumları ile “Yabancılaşma”, “Kalıp Yargıların Onaylanması” ve “Algılanan Ayrımcılık” alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın varlığı saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bir nevi hastaların hastaneye yatma durumlarının, sosyal geri çekilmelerini ve damgalamaya karşı direnç gösterme durumlarını etkilemediği görülmüştür. Cheng ve ark. 347 hasta ile yapmış oldukları ve farklı ruhsal hastalığı olan bireyleri içselleştirilmiş damgalama yönünden kıyasladıkları bir çalışmada katılımcıların, hastaneye yatma durumları ile Yabancılaşma”, “Kalıp Yargıların Onaylanması” ve “Algılanan Ayrımcılık” alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu belirlemişlerdir (Chang, Wu, Chen, & Lin, 2016). Bu sonuçlar çalışmamızla oldukça benzerlik göstermektedir. Buna karşın, Tel ve Ertekin’in Sivas’ta ayaktan izlenen psikiyatri hastaları ile yaptığı alısmada ise, hastaların hastaneye yatma durumları ile RHİDÖ alt ölçeklerinden “Sosyal Geri Çekilme” ve “Yabancılaşma” alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Tel & Ertekin Pınar, 2012). Elde edilen bu sonuçlar ile çalışmamız arasındaki kısmi benzerliğin, hastaların sosyo-kültürel farklılıklarından ve araştırmaya dâhil edilen örneklem grubunda bipolar bozukluktan başka, şizofreni ve anksiyete bozukluğu olan hastaların dâhil edilmesinin neden olduğu düşünülmektedir.

Hastaların hastaneye yatış sıklığı durumları ile RHİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da ( $p>0,05$ ), “Yabancılaşma” ve “Damgalamaya Karşı Direnç” alt ölçekleri puanları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Bu durumda, sıklıkla hastaneye yatışı yapılan hastaların daha fazla yabancılaştıkları ve damgalamaya karşı

daha az dirençli olduğu söylenebilir. Hastanede yatış sıklığının fazla olmasına bağlı olarak hastalar hastane ortamına, düzenine ve kendileri ile benzer bulgular gösteren hastaların varlığına kolaylıkla adapte olmakta ve benimsemektedirler. Taburculuk sonrası dönemde ise, alıştıkları bu ortamdan uzaklaşmaları, kendilerini hastane dışında ki gündelik hayatlarında o ortama ait değilmiş gibi yabancı hissetmelerine ve damgalamaya karşı daha az dirençli oldu neden olduğu söylenebilir. Arabacı ve ark.'nın 2015 yılında adli psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeylerini inceledikleri çalışmada hastanede yatış süresinin RHİDÖ alt ölçekleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını belirlemişlerdir. (Baysan Arabacı & Başoğul, 2015) Bu sonuçlar çalışmamızla kısmen uyumluluk göstermektedir.

Hastaların ilaç kullanım süreleri ve hastane kontrollerine uyum durumlarının RHİDÖ tüm alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların ilaç tedavilerine uyum durumlarının tüm alt ölçekler üzerine, intihar girişiminde bulunma durumlarının ise, “Damgalamaya Karşı Dirençli Alt Ölçeği” dışındaki tüm alt ölçekler üzerine etkisinin, anlamlı bir fark oluşturduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Cheng ve ark. 347 hasta ile yapmış oldukları ve farklı ruhsal hastalığı olan bireyleri içselleştirilmiş damgalama yönünden kıyasladıkları bir çalışmada, hastaların intihar girişiminde bulunma durumları ile hastanede gönüllü olarak yatma ve tedaviye uyum sağlamalarının, hastaların RHİDÖ alt ölçeklerinin tamamı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu belirlemişlerdir. Bu sonuçlar çalışmamızla uyumludur (Chang, Wu, Chen, & Lin, 2016).

### **5.3. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların, Tanımlayıcı Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF ve WHOQOL-BREF Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde çalışmamızın örneklem grubunu oluşturan remisyon dönemindeki hastaların yaşam kaliteleri ve yaşam kalitelerini etkiyebilecek etmenler incelenmiştir.

Çalışmamızda hastaların sosyo-demografik özelliklerinden yaş, cinsiyet ve medeni durumları ile WHOQOL-BREF puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Samuli ve ark.'nın 8028 katılımcı ile gerçekleştirdikleri ve şizofreni, bipolar ve diğer psikotik hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada hastaların yaş, cinsiyet ve medeni durumlarının yaşam kaliteleri üzerine etkisinin anlamsız olduğunu belirlemişlerdir (Saarni et al., 2010). Benzer şekilde Latolva ve ark.'nın 121 katılımcı ile yapmış oldukları ve bipolar bozukluk ile şizofreni bozukluğu olan hastaları ayrı ayrı

değerlendirdikleri diğer bir çalışmada yaş, cinsiyet ve medeni durum değişkenlerinin hastaların yaşam kaliteleri üzerine etki etmediğini belirtmişlerdir (Latalova, Prasko, Diveky, Kamaradova, & Velartova, 2011a; Samuli I Saarni et al., 2010). Buna karşın Sylvia ve ark.'nın 482 katılımcı ile gerçekleştirmiş oldukları ve bipolar bozukluğu olan hastalarda yaşam kalitesi ve işlevsellik üzerine yürüttükleri başka bir çalışmada ise, yaş ve medeni durum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamsız, cinsiyet durumu ile yaşam kalitesi arasında ise anlamlı bir fark olduğunu ve bipolar bozukluğu olan kadın hastaların yaşam kalitelerinin erkeklere oranla düşük olduğu ifade etmektedirler (Sylvia et al., 2017). Bu sonuçlar bizim sonuçlarımızla kısmen örtüşmektedir. Yine bazı kaynaklar, gerek bipolar bozuklukta, gerekse genel popülasyon içerisinde kadın olmanın düşük yaşam kalitesi göstergelerinden birisi olarak kabul etmektedirler (Boylu Aydın & Paçacıoğlu, 2016; Gazalle et al., 2005; Robb, Young, Cooke, & Joffe, 1998). Cinsiyet faktörü ile yaşam kalitesi arasında ortaya çıkan farklı sonuçların, çalışmaların farklı bölgelerde, farklı yaş gruplarında ve farklı sosyo-ekonomik çevrelerde yapılması nedeniyle ortaya çıkmış olabileceği düşünülmektedir.

Yaşam kalitesi üzerinde etkili olan en önemli göstergelerden bir diğeri, eğitimidir. Eğitim kişisel gelişimde ve kişinin iş sahibi olması ile sahip olunan işin niteliği üzerinde doğrudan etkilidir. Çalışma sonucuna göre hastaların eğitim durumları ile WHOQOL-BREF puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz sonucunda; lise ile üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olan grubun, sadece okur- yazar ve ilköğretim düzeyinde eğitim durumuna sahip olan gruba göre anlamlı düzeyde daha düşük yaşam kalitesi puanlarına sahip oldukları görülmüştür. Caron ve ark.'nın 482 katılımcı ile şizofreni hastalarında yürüttüğü bir çalışmada, yüksek eğitim düzeyine sahip ve çalışan hastaların yaşam kalitesi puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (Caron, Mercier, Diaz, & Martin, 2005). Literatürdeki sonuçlar, çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur.

Araştırmada çalışma ve algılanan gelir düzeyi ile WHOQOL-BREF puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri istatistiksel analiz sonucunda; çalışan hastaların, çalışmayan hastalara göre ve gelir düzeyi yüksek olan hastaların, gelir düzeyi düşük olan hasta gruplarına göre düşük yaşam kalitesi puanlarına sahip oldukları görülmüştür. Gazelle ve ark.'nın, bipolar bozukluğu olan hastalarla gerçekleştirdiği bir başka çalışmada, yüksek gelir grubundaki hastaların, düşük gelir grubundaki hastalara oranla yaşam kalitelerinin

daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (Gazalle et al., 2007). Çalışmamızın sonuçları Gazelle'nin araştırma sonuçları ile uyumludur.

Araştırmaya dâhil edilen hastaların ailede ruhsal hastalık öyküsünün varlığı bakımından, WHOQOL-BREF puan ortalamaları arasındaki farkın, istatistiksel yönden anlamsız olduğu tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Benzer bir biçimde Öztürk'ün 101 katılımcı ile gerçekleştirdiği ve şizofreni bozukluğu olanlarda ki yaşam kalitesini incelediği çalışmada, çalışmamız sonuçları ile paralel olarak, ailesinde ruhsal bozukluğu olan ve olmayan şizofreni hastalarının benzer yaşam kalitesi puanlarına sahip oldukları belirlenmiştir (Öztürk, 2010).

Bireylerin yaşam kalitesini etkileyen en önemli göstergelerden biri olan ruhsal iyilik halinin bozulması yaşam kalitesinin düşmesine neden olur. Ayrıca bu duruma eşlik eden fiziksel bir hastalığın varlığı, var olan bozulmanın düzeyini arttırıcı bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Çalışmamızda katılımcıların ruhsal hastalıklarına eşlik eden fiziksel bir hastalığın varlığı durumu ile WHOQOL-BREF puan ortalamaları arasındaki farkın, istatistiksel yönden anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Koç ve ark. tarafından 76 katılımcı ile gerçekleştirilen ve diyabet tanısıyla izlenen hastalarda yaşam kalitesi ve ilişkili faktörlerin araştırıldığı çalışmada, hastaların %96,1'inin yaşam kalitelerinin fiziksel hastalıklarından etkilendiğini belirtmişlerdir (Koç et al, 2015). Bu sonuçlar çalışmamızla uyumludur.

Çalışmamızda hastalık başlangıç WHOQOL-BREF puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Livianos ve ark.'nın, 50 bipolar bozukluğu olan hasta ile yapmış oldukları ve yaşam kalitesinin demografik özelliklerle olan ilişkisini araştırdıkları çalışma sonucunda, bizim bulgularımıza benzer şekilde, hastalık başlangıç yaşının yaşam kalitesi ölçeği puanlarını etkilemediğini ifade etmişlerdir. (Sierra, Livianos, & Rojo, 2005).

Çalışmamızda hastaların yaşam kalitesi puanlarıyla, hastanede yatma durumları ve hastanede yatış sıklıkları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir( $p>0,05$ ). Gutierrez-Rojas ve ark. tarafından 108 katılımcı ile gerçekleştirilen ve bipolar bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesinin, genel popülasyonla kıyaslandığı bir çalışmada, hastaların hastaneye yatma durumlarının yaşam kalitelerini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (Gutierrez-Rojas et al.) Sierra ve ark. bipolar bozukluğu olan 50 hasta ile yapmış oldukları bir başka çalışma da hastaların hastaneye yatış sıklıklarının, hastaların yaşam kalitelerini etkilemediğini belirlemişlerdir (Sierra et al., 2005). Bu sonuçlar çalışmamızla uyumluluk göstermektedir.

Hastaların yüksek yaşam kalitesine sahip olmaları, bipolar bozuklukta uygulanan ilaç tedavisinin nihai amaçlarından birisini oluşturmaktadır. Çalışmamızda hastaların almış oldukları ilaç tedavisinin toplam süresi ile WHOQOL-BREF puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olmasına karşın( $p>0,05$ ), almış oldukları bu ilaç tedavisine uyum gösterme durumlarının, yaşam kalitesi ölçeği puanları üzerine etkisi gruplar arasında anlamlı bulunmuştur( $p<0,05$ ). İlaçlarını düzenli olarak aldıklarını belirten hasta grubunun, ilaç tedavisini düzenli olarak sürdürmediğini ifade eden hasta grubuna göre, yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Literatür incelendiğinde, ilaç tedavisini uyumsuzluğun yaşam kalitesini düşürdüğünü belirten çalışmalar bulunmasına karşılık, (Inocenti Miasso, Helena De Bortoli Cassiani, & Jorge Pedrão, n.d.; Sajatovic et al., 2008; Zeber et al., 2008), ilaç tedavisine gösterilen uyumun hastaların yaşam kalitesini etkilemediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Gutierrez-Rojas et al., 2008b; Özdemir & Doğan, 2015b). Literatürde ki bu çelişkili sonuçların, yaşam kalitesini değerlendirmek için farklı ölçekler kullanılmasından, örnekleme alınan hastaların, bipolar bozukluğun farklı epizotlarında olmasından, algılanan yaşam kalitesi göstergelerinin toplumlar arasında farklılık göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların hastane kontrollerine düzenli gelme durumları ile yaşam kalitesi puanları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olmadığı belirlenmiştir( $p>0,05$ ). Hastaların intihar girişiminde bulunma durumlarının, yaşam kalitesi puanları üzerine etkisi incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir( $p<0,05$ ). İntihar girişimi duygu durum bozukluklarında sık olarak görülen bir komplikasyondur. Bipolar bozuklukta intihar riskinin, genel popülasyona oranla 30-60 kat arttığı (Işık, 2013), hastaların yaklaşık %25-50'sinin yaşamlarında bir kez intihar girişiminde bulunduğu ve %15'inin de intihar girişimi sonucunda öldüğü belirtilmektedir (Yeloğlu & Hocaoğlu, 2017). Ayrıca,

geçmişte intihar girişiminde bulunulması, bipolar bozukluğu olan hastalarda, sonraki süreç boyunca yaşamları üzerine doğrudan ya da dolaylı olarak etkileri bulunmaktadır (de Abreu et al., 2012). Buna karşın bipolar bozukluğu olan hastalarda intihar davranışı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki yeterince açığa çıkarılamamıştır. Yapılan literatür incelemesi sonucunda ülkemizde bu konuda yapılabilecek bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yurt dışında konuya ilişkin yapılan kısıtlı sayıda ki çalışmaların sonuçlarının da birbiri ile çeliştiği görülmektedir. De Abreu ve ark.'nın 64 intihar girişimi olan hasta ile yapmış oldukları ve intihar davranışının, bipolar bozukluğu olan hastalarda ki düşük yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada, intihar davranışında bulunma durumunun yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt parametrelerinin tamamı ile anlamlı ilişkisi olduğu sonucuna ulaşmışlardır (de Abreu et al., 2012). Buna karşın, Rojas ve ark. İse, 108 hasta ile gerçekleştirmiş oldukları ve bipolar bozukluğu olan hastaları, genel popülasyonla yaşam kaliteleri bakımından karşılaştırdıkları bir başka çalışmada ise, intihar girişiminde bulunma durumunun başta ruhsal ve fiziksel alt alan olmak üzere hastaların yaşam kaliteleri düzeyini etkilemediğini bildirmişlerdir (Gutierrez-Rojas et al., 2008).

Hastaların WHOQOL-BREF puan ortalamasının  $96,48 \pm 19,98$  olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde “Bedensel İyilik Hali Alt Ölçeğinden”,  $26,25 \pm 6,03$ , “Ruhsal İyilik Hali Alt Ölçeğinden”  $19,82 \pm 5,2$ , “Sosyal İyilik Hali Alt Ölçeğinden”  $8,94 \pm 3,05$ , “Çevresel Boyut TR Alt Ölçeğinden”  $26,56 \pm 5,14$  puan aldıkları görülmüştür. Hastaların yaşam kalitesi ölçeği ve alt ölçeklerinden alınabilecek puan aralıkları ile aldıkları puanların ortalamaları karşılaştırıldığında; WHOQOL-BREF ile “Bedensel İyilik Hali” ve “Ruhsal İyilik Hali” alt ölçeklerinden ortalamanın üzerinde, “Sosyal” ve “Çevresel” iyilik hali alt ölçeklerinden ise ortalamanın altında puan aldıkları tespit edilmiştir. Çoban ve ark.'nın Kayseri’de 53 bipolar bozukluğu olan hasta ile gerçekleştirdikleri ve bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakım verenlerin yaşam kalitesini birlikte değerlendirdikleri bir başka araştırmada, hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $74,2 \pm 11$  olarak belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada hastaların WHOQOL-BREF alt ölçek puanları “Fiziksel Alan” için  $20,4 \pm 3,8$ , “Psikolojik Alan” için  $19,2 \pm 3,1$ , “Sosyal Alan” için  $8,0 \pm 2,4$ , “Çevre-TR” alanında  $29,2 \pm 4,6$  olarak bulunmuştur (Arguvanli Coban, Ozkan, Medik, & Sarac, 2013). Çalışmamızda ki yaşam kalitesi ölçeği ile bedensel iyilik hali alt ölçeği puanlarının daha yüksek, diğer ölçek puanlarının benzer olduğu görülmektedir. Arada ki bu farkın, çalışmamızın örneklemini ötimik dönem de olan hastaların dâhil edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan bir başka çalışmanın sonuçları, bu görüşümüzü desteklemektedir. Rojas ve ark.'nın ötimik dönemde olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının yaşam kalitesini, genel popülasyonda ki bireylerle



kıyasladıkları ve 108 hastayla gerçekleştirdikleri bir çalışmada (Gutierrez-Rojas et al., 2008b), ötimik dönemde olan hastalarla genel popülasyonda ki bireylerin benzer puan almalarına karşın, ötimik dönemde olmayan hasta grubunun diğer iki gruba göre daha düşük yaşam kalitesi ölçeği ve alt ölçeği puanlarına sahip olduklarını tespit etmişlerdir.

Çalışmamızda hastaların sosyo-demografik özellikleri ile yaşam kalitesi alt ölçek puanları arasındaki fark incelendiği zaman, WHOQOL-BREF puanlarına benzerlik gösterdiği görülmektedir. Hastaların yaş, cinsiyet ve medeni durumlarının, yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamalarının tamamı üzerine olan etkisi gruplar arasında, istatistiksel olarak anlamsız bulunurken ( $p>0,05$ ), eğitim, çalışma ve gelir durumları, anlamlı olarak bulunmuştur ( $p<0,05$ ) Eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan, çalışan ve geliri yüksek olan hastaların alt ölçek puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastalarda ruhsal hastalıklarına eşlik eden fiziksel bir hastalığın varlığı, ilaç tedavisine uyum ve geçmişte intihar davranışında bulunma durumları ile tüm alt ölçek puanları arasındaki fark, yaşam kalitesi ölçeği puanlarını tartışırken ileri sürülen nedenlerden dolayı olduğu düşünülerek, istatistiksel yönden anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Fiziksel bir rahatsızlığı olmayan, ilaç tedavisini düzenli olarak sürdüren ve intihar girişimi olmayan hastaların puanları daha yüksek olarak belirlenmiştir. Buna karşın, ailelerinde ruhsal bir hastalığın varlığı, ilaç kullanım süresi, hastalık başlangıç yaşı, hastaneye yatma durumu ve sıklığı, hastane kontrollerine uyum durumları ile yaşam kalitesi ölçeği alt ölçek puanları arasındaki farkın, istatistiksel yönden anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Hastaların hastaneye yatış sıklıklarının, sadece “Ruhsal İyilik Hali Alt Ölçeği” açısından etkisi, gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark oluşturmakta olup ( $p<0,05$ ), hastaneye sık yatışı yapılan hastaların, beklenen bir sonuç olarak “Ruhsal İyilik Hali Alt Ölçeği” puanları daha düşük olarak bulunmuştur. Michalak ve ark bipolar bozukluğu olan 35 hasta ile gerçekleştirmiş olduğu ve bipolar bozukluk ile yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmada hastalık başlangıç yaşı, hastaneye yatış sıklığı ve hastaneye yatıp yatmama durumlarının, hastaların yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir etkisinin bulunmadığını ifade etmişlerdir (Michalak, Yatham, Kolesar, & Lam, 2006). Benzer şekilde Gutierrez-Rojas ve ark. tarafından 108 katılımcı ile gerçekleştirilen ve bipolar bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesinin, genel popülasyonla kıyaslandığı bir çalışmada hastaların hastaneye yatıp yatmama durumlarının ve hastalık başlangıç yaşlarının hastaların ruhsal ve fiziksel yaşam kaliteleri üzerinde etkisinin olmadığını belirtmişlerdir (Gutiérrez-Rojas et al., 2008). Aynı zamanda De Abreu ve ark.’nın 64 intihar girişimi olan hasta ile yapmış oldukları ve intihar davranışının, bipolar bozukluğu olan

hastalarda ki düşük yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada ise intihar davranışında bulunma durumunun, yaşam kalitesi alt ölçeklerinin tamamı ile anlamlı ilişkisi olduğu sonucuna ulaşmışlardır(de Abreu et al., 2012). Bu sonuçlar çalışmamızla uyumludur.

#### **5.4. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların, Tanımlayıcı Özelliklerine Göre RBSÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması,**

Bu bölümde çalışmamızın örneklem grubunu oluşturan remisyon dönemindeki hastaların benlik saygısı düzeyleri ve benlik saygısını etkileyebilecek etmenler incelenmiştir.

Kişinin kendisini ruhsal hastalığından dolayı bir anlamda toplumun ve normların dışına itilmiş hissetmesi, onun doğal olarak benlik saygısının da örselenmesine yol açacaktır (Ersoy & Varan, 2007). Bipolar bozukluğu (BB) olan hastalarda benlik saygısı, depresif dönemler dışında, iyilik döneminde de düşüktür (Kesebîr, Vahîp, Akdenîz, & Yüncü, 2005). Bu noktadan hareketle çalışmamızın örneklem grubunu oluşturan remisyon dönemindeki hastaların benlik saygısı ve benlik saygısını etkileyebilecek etmenler incelenmiştir. Hastaların benlik saygını ölçmek için kullanılan, RBSÖ toplam puan aralığı 0-30 arasında olup, 15-25 arası alınan puan benlik saygısı için yeterli olarak kabul edilirken, 15 puan ve altı düşük benlik saygısı olarak değerlendirilmektedir. Buna göre çalışmamız da RBSÖ'den 15 puan ve altı alan hasta sayısı 28'dir. Bir başka deyişle çalışmaya katılan hastaların %26,6'sının benlik saygısı düşük olduğu tespit edilmiştir. Benlik saygısı "düşük", "orta", "yüksek" şeklinde kategorik olarak değil de RBSÖ puanları esas alınarak, ilgili değişkenlere göre değişiklik gösterip göstermediği incelenmiştir.

Çalışmamızda hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre RBSÖ toplam puanları değerlendirildiğinde, hastaların demografik özelliklerinden yaş, cinsiyet ve medeni durumları ile benlik saygısı puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir( $p>0,05$ ). Elde ettiğimiz bu bulgular literatürdeki çalışmalarla örtüşmektedir. İsmannur'un 117 şizofreni, bipolar ve diğer psikotik bozukluğu olan hasta ile içselleştirilmiş damgalama, umutsuzluk ve benlik saygısını incelediği çalışmada, hastaların yaş cinsiyet ve medeni durumlarının, benlik saygısı üzerine etkisi olmadığını saptamıştır (İsmannur, 2016). Yine ülkemizde Aydemir ve Akkaya'nın remisyon döneminde olan 150 hasta ile yapmış oldukları ve bipolar bozukluğu olan hastalarda sosyal anksiyetenin, düşük benlik saygısı ve damgalama ile ilişkisini araştırdıkları çalışmada, cinsiyetin ve yaş değişkenlerinin, hastaların benlik saygıları ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı sonucuna ulaşmışlardır (Aydemir & Akkaya, 2011). Blairy ve ark.'nın bipolar bozukluğu olan 144 hasta ile yapmış oldukları ve bipolar

bozukluğu olan hastada sosyal uyum ve benlik saygısı ilişkisini araştırdıkları çalışmada, hastaların cinsiyet ve medeni durumlarının, benzer şekilde benlik saygısı düzeyleri üzerine etkisinin anlamlı olmadığını ifade etmişlerdir (Blairy et al., 2004). Bu sonuçlar çalışmamız bulgularıyla örtüşmektedir.

Hastaların eğitim aldıkları sürenin uzunluğu ile orantılı bir biçimde benlik saygılarının da arttığı ifade edilmiştir. Ayrıca, eğitimin kendini yeterli, başarılı, değerli hissetmeyi, kendine güvenmeyi geliştiren ve daha üst statüde çalışmayı kolaylaştıran bir etken olarak değerlendirilmektedir (Kök & Demir, 2018). Çalışmamızda hastaların eğitim düzeyi ile RBSÖ toplam puanları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Verhaeghe ve ark.'nın 595 katılımcı ile gerçekleştirdikleri ve ruhsal hastalığı olan bireylerde damgalama ve benlik saygısı üzerine yaptıkları araştırma da, çalışmamız bulgularıyla benzer şekilde eğitim seviyesi ile benlik saygısı puanları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (Verhaeghe, Bracke, & Bruynooghe, 2008). Ayrıca Hayward ve ark.'nın bipolar bozukluğu olan hastalarla yapmış oldukları bir çalışmada, depresif duygu durum döneminde olan hastaların benlik saygısının anlamlı bir biçimde bozulduğunu belirlemişlerdir (Hayward et al., 2002). Elde ettiğimiz bulgular, kişilerin eğitim seviyesinin yükselmesinin, benlik saygısını olumlu yönde etkilediğini belirten literatür bilgisini desteklemektedir.

Çalışma sonucuna göre, hastaların çalışma durumu ile gelir düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu bağlamda, hastaların çalışma durumu ve bu durumla ilişkili olduğu belirlenen, gelir düzeyi ile RBSÖ toplam puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Literatürde gelir düzeyi ve yaptığı işin niteliği düşük olan kişilerin benlik saygısının da daha düşük olduğu belirtilmiştir (Pehlivan, 2016). Çalışan ve çalışmayan ruhsal hastalığı olan bireyler de ki yaşam kalitesi ve benlik saygısının araştırıldığı bir başka çalışma da çalışan hastaların çalışmayanlara oranla benlik saygılarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (Van Dongen, 1996). Bu sonuç ve ilgili literatür bilgisi çalışmamız sonuçlarıyla uyumludur.

Hastaların ailelerinde ruhsal hastalık olma durumları ile benlik saygısı puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değilken ( $p>0,05$ ), ruhsal hastalıklarına eşlik eden fiziksel bir hastalığın var olmasının ile benlik saygısı puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Genel popülasyon içerisinde kronik fiziksel bir hastalığı olanların, beden imajındaki bozulmalar, sosyal, ailesel ve çevresel ilişkilerin olumsuz etkilenmesi, yaşam amacındaki değişiklikler ve kullanılan ilaçlara bağlı psikopatolojik nedenlerden dolayı, benlik saygılarının düşük olması beklenmektedir. Nitekim farklı fiziksel hastalığı olan bireylerle

yapılan çalışmalar bu bilgiyi doğrular niteliktedir (Kaner, 2000; Kurt, Özdilli, & Yorulmaz, 2013). Bipolar bozukluk tek başına düşük benlik saygısı için risk faktörü oluştururken (Çam & Çuhadar, 2013), tabloya fiziksel bir hastalığın eklenmesi, benlik saygısının bu hastalar adına daha da olumsuz etkilenmesine neden olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda hastalık başlangıç yaşı, yataklı servise yatış sayısı ve yatış sıklığı, ilaç kullanım süresi, ilaç ve kontrollerine uyum durumlarının, hastaların benlik saygısı puanlarına göre istatistiksel yönden farklılaşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Elde ettiğimiz bu sonuçlar literatür bilgileri ile genel olarak benzerlik göstermektedir. Örneğin Tel ve Ertekin, hastaların hastaneye yatış sıklıkları ile benlik saygısı arasında; İsmanur, hastaneye yatma durumu, süresi ve tedaviye uyum durumları ile benlik saygısı arasında; Daskalopoulou ve ark., hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi ve dolayısı ile ilaç kullanım süresi ile benlik saygısı arasında, Blairy ve ark. hastalık başlangıç yaşı ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığını belirtmişlerdir (Blairy et al., 2004; Daskalopoulou et al., 2002; İsmanur, 2016; Tel & Ertekin Pınar, 2012). Kök ve Demir'in yakın bir zamanda şizofreni ve bipolar bozukluğu olan 180 katılımcı ile gerçekleştirdikleri ve hastalarda içselleştirilmiş damgalama, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek ilişkisini araştırdıkları çalışmada hastaneye yatıp yatmama durumları, hastaneye yatış sıklığı ve hastalık sürelerinin hastaların benlik saygıları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını ifade etmişlerdir (Kök & Demir, 2018).

Düşük benlik saygısının intihar girişimi için risk faktörü olduğu birçok çalışman sonuçları ile ortaya konulmuştur (S.-W. Kim et al., 2015; Soylu, Taneli, & Taneli, 2013; Tuisku et al., 2006). Çalışmamızda hastaların geçmişte en az bir kez intihar davranışında bulunma durumlarının, benlik saygısı puanları üzerine istatistiksel yönden gruplar arasında anlamlı bir fark yarattığı belirlenmiş olup ( $p<0,05$ ), intihar girişiminde bulunmayan hastaların benlik saygısı puanlarının, daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Daskalopoulou ve ark.'nın, 94 katılımcı ile yapmış olduğu ve bipolar bozukluğu olan hastalarda sosyal uyum, benlik saygısı ve intihar ilişkisini araştırdıkları çalışmada intihar girişiminde bulunan hastaların benlik saygılarının düşük olduğunu belirtmişlerdir (Daskalopoulou et al., 2002; İsmanur, 2016). İsmanur'un 117 şizofreni, bipolar ve diğer psikotik bozukluğu olan hasta ile içselleştirilmiş damgalama, umutsuzluk ve benlik saygısını incelediği çalışmada, hastaların intihar girişiminde bulunma durumlarının benlik saygıları üzerine etkisinin anlamlı olduğunu ifade etmiştir (İsmanur, 2016). Kök ve Demir'in şizofreni ve bipolar bozukluğu olan 180 katılımcı ile gerçekleştirdikleri ve hastalarda içselleştirilmiş damgalama, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek ilişkisini araştırdıkları çalışmada hastaların intihar girişiminde bulunma durumlarının,

benlik saygıları üzerinde oldukça anlamlı bir etken olduğunu tespit etmişlerdir(Kök & Demir, 2018). Literatürdeki bu sonuçlar çalışmamızla uyumluluk göstermektedir.

### **5.5. RHİDÖ, WHOQOL- BREF ve RBSÖ ‘Den Alınan Toplam Puanların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Çalışmamızın temel amaçlarından birisini oluşturan, bipolar bozuklukta içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasındaki ilişki literatürde çok kısıtlı sayıda çalışmada yer almaktadır. Bu bölümde RHİDÖ, WHOQOL-BREF ve RBSÖ ve alt ölçekleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular tartışılmıştır.

Çalışmamız da RHİDÖ, WHOQOL-BREF ve RBSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde kuvvetli bir korelasyon ilişkisi olduğu belirlenmiştir( $p<0,01$ ). Bu durumu daha açık ifade etmek gerekirse içselleştirilmiş damgalaması yüksek olan bireylerin, yaşam kaliteleri ve benlik saygıları daha düşük, algılanan damgalamadan bağımsız olarak da yaşam kaliteleri düşük olan bireylerin, benlik saygılarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta ise değişkenler arasındaki ilişkilerin çift yönlü olduğudur. İçselleştirilmiş damgalama arttıkça, yaşam kalitesi ve benlik saygısı mı düşmektedir, yoksa benlik saygısı ve yaşam kalitesi düştükçe içselleştirilmiş damgalama mı yükselmektedir Mashiach ve ark.’ları bu soruya, benlik saygısı ve umudun ağır ruhsal hastalığı olan kişilerde ki içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisini belirlemeye yönelik çalışmalarında cevap aramışlardır. Çalışma sonuçlarına göre içselleştirilmiş damgalama, benlik saygısı ile, benlik saygısı da umut ve yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir. İçselleştirilmiş damgalamanın benlik saygısı üzerine doğrudan, yaşam kalitesine ise dolaylı olarak olumsuz etki gösterdiklerini savunmuşlardır(Mashiach et al., 2013). Bunun yanında Switaj ve ark. 229 katılımcı ile gerçekleştirdikleri ve ruhsal hastalığı olan hastalarda algılanan damgalamalar ve yaşam kaliteleri üzerinde benlik saygısının rolünü araştırdıkları çalışmada, içselleştirilmiş damgalamanın benlik saygısı üzerine doğrudan, yaşam kalitesi üzerine ise benlik saygısında ki bozulma yoluyla, dolaylı olarak olumsuz etkileri olduğunu belirlemişlerdir(Switaj et al., 2017). RHİDÖ alt ölçeklerinden “Yabancılaşma”, Kalıp Yargıların Onaylanması”, “Damgalamaya Karşı Direnç”, “Sosyal Geri Çekilme” ve “Algılanan Ayrımcılık” alt ölçekleri ilse WHOQOL-BREF alt ölçekleri “Bedensel Boyut”, “Ruhsal Boyut”, “Sosyal Boyut” ve “Çevresel Boyut” alt ölçekleri ve RBSÖ arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur( $p<0,01$ ). Üstündağ ve Kesebir’in 105 katılımcı ile yapmış oldukları ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, yaşam

kalitesi ve benlik saygısı ilişkisini araştırdıkları bir başka çalışmada, RHİDÖ alt ölçeklerinden “Yabancılaşma”, Kalıp Yargıların Onaylanması”, “Sosyal Geri Çekilme” ve “Algılanan Ayrımcılık” alt ölçekleri ilse WHOQOL-BREF alt ölçekleri “Bedensel Boyut”, “Ruhsal Boyut”, “Sosyal Boyut” ve “Çevresel Boyut” alt ölçekleri arasında, anlamlı bir ilişki olduğunu ifade etmişlerdir(Üstündağ, Kesebir,2013).Bu sonuçlar çalışmamızla uyumluluk göstermektedir.

Damgalama ve buna bağlı gelişen bir olgu olan içselleştirilmiş damgalama, ruhsal hastalığı olan bireylerde birçok olumsuzluğu da beraberinde getirmektedir. Çünkü damgalama ve algılanan damgalama, ruhsal hastalıkların tedavisinin her safhasında (tedaviye başlama ya da karar aşamasından, rehabilitasyona aşamasına kadar) önemli bir sorun teşkil etmektedir. Damgalama, ruhsal hastalığı olan bireylerin, özgürlüklerinin ve kısıtlanmalarının sınırlarını çizmektedir (Taşkın, 2007c). Ruhsal hastalığından dolayı damgalamaya maruz kalan kişiler var olan bu olumsuz yargıların kabullenip benimsenmesi yani içselleştirilmesi ile utanç duyma, yetersizlik duygusu yaşama, sosyal ilişkilerden kaçınma, reddedilme korkusu ile toplumdan geri çekilme, kendini değersiz hissetme gibi olumsuz duygular yaşamaktadırlar. Yaşanan bu olumsuz duygular bir süre sonra benlik saygısının azalmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olur (Avcil et al., 2016; Baysal, Özkan, & Gökmen, 2013; Mashlach et al., 2013; Tel & Ertekin Pınar, 2012). İlgili literatür incelendiğinde, bipolar bozukluğu olan hastalarda ki algılanan damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasındaki ilişki yurt dışında yapılan çalışmalarda genel olarak diğer hasta popülasyonlarıyla birlikte ele alınmış ya da diğer hastalıklarla kıyaslanmıştır (Mashlach et al., 2013; Pal, Sharan, & Chadda, 2017; Picco et al., 2016b; Switaj et al., 2017). Çalışmaların tamamında içselleştirilmiş damgalama ile yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasında ters yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yurt içi literatürde her ne kadar değişkenlerin tamamı arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik çalışmaya rastlanmasa da; ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalama ile yaşam kalitesi ve içselleştirilmiş damgalama ile benlik saygısı arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalar mevcuttur. Örneğin Üstündağ ve Kesebir iki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma ile yaşam kalitesini, Doğanavşargil’in şizofreni ve depresyonda içselleştirilmiş damgalama ile yaşam kalitesini belirlemeye yönelik yapmış oldukları çalışmalarda, içselleştirilmiş damgalama ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde bir korelasyon olduğunu tespit etmişlerdir (Doğanavşargil, 2009; Üstündağ Fatih & Kesebir, 2013). Tel ve Pınar psikiyatri polikliniğinden takip edilen , Kök ve Demir şizofreni ve bipolar bozukluğu olan , Beyazyüz ve ark. psikiyatri polikliniğine başvuran , İsmanur bipolar, şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastalarla

gerçekleştirmiş oldukları farklı çalışmalarda, benlik saygısı ile içselleştirilmiş damgalama arasında ters yönde bir ilişki olduğunu saptamışlardır (Beyazyüz et al., 2015; İsmanur, 2016; Kök & Demir, 2018; Tel & Ertekin Pınar, 2012). Bu bağlamda çalışmamız sonuçları ilgili literatür ile uyumluluk göstermektedir.

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1.SONUÇ

Araştırmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

- Hastaların %62.9'unun kadın, %30.5'inin, 36-45 yaş aralığında, %50.5'inin evli, %10.5'inin okur-yazar, %43.8'inin ilköğretim mezunu, %27.6'sının lise mezunu, %18.1'inin üniversite ve üzerinde eğitim düzeyine sahip olduğu ve %70.5'i çalışmadığı, %51,4'ünün orta gelir grubunda , %38,1'inin ise düşük gelir grubunda olduğu görülmüştür.
- Hastaların %35,2'sinin ailelerinde ruhsal bir hastalık ve %14,2'sinde ruhsal hastalıklarına eşlik eden fiziksel bir hastalık mevcuttur. Hastaların %7.6'sının 18 yaşından önce, %28.6'sının 18-24 yaş aralığında,%37,1'inin 25-35 yaş aralığında, %16,2'sinin 36-45 yaş aralığında, %9,5'inin 46 55 yaş aralığında ve %1'inin ise 55 yaşından sonra tanı almışlardır. Hastaların %47,6'sının en az bir kez yatarak tedavi gördüğü ve yatarak tedavi gören bu hastalardan da %23.8'inin ise 3 yıl ve üzeri zaman aralığında hastaneye yatışları yapılmıştır. Hastaların %40'ı 10 yıl ve üzerinde ilaç tedavisi almakta olup, %67,6'sı almış oldukları ilaç tedavisini düzenli olarak

sürdürmekte, hastaların %90,5'i hastane kontrollerine düzenli olarak gelmekte ve %26,7'si geçmişte en az bir kez intihar girişimi bulunmaktadır.

- Hastaların RHİDÖ puan ortalamaları  $58,56 \pm 18,15$  olarak belirlenmiştir. RHİDÖ alınabilecek puan aralıkları incelendiğinde hastalar ortalama düzeyde içselleştirilmiş damgalama yaşamaktadırlar. Hastaların yaş, cinsiyet ve medeni durumlarının içselleştirilmiş damgalama üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0,05$ ). Hastaların eğitim, çalışma ve gelir durumlarının RHİDÖ puan ortalamalı üzerine etkisi, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel analiz de okur-yazar olmayan grubun, diğer tüm gruplara göre, ilköğretim düzeyinde eğitim seviyesine sahip olan grubun üniversite ve üzer gruba göre daha fazla içselleştirilmiş damgalama yaşamaktadırlar. Hastaların çalışma durumları ile RHİDÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup, çalışmayan hastaların içselleştirilmiş damgalaması daha fazladır ( $p < 0,05$ ). Hastaların algılanan gelir durumlarının, RHİDÖ puan ortalamaları üzerine etkisi istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturmakta olup ( $p < 0,05$ ), farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, gelir durumu düşük olan grubun, yüksek olan gruba göre daha fazla damgalama yaşadıkları belirlenmiştir.
- Hastaların ailelerinde, ruhsal hastalık bulunma ile ruhsal hastalıklarına eşlik eden fiziksel bir hastalığın varlığı durumlarının içselleştirilmiş damgalama üzerine etkisi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark meydana getirmektedir ( $p < 0,05$ ). Yakınlarında ruhsal hastalığı olanlar ile ruhsal hastalıklarına ek bir fiziksel hastalığı olan grubun içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastaların hastaneye yatış sayılarının, içselleştirilmiş damgalama üzerine etkisi istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturmakta olup, farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, hastaneye hiç yatmayan hasta grubunun, hastaneye 3-4 kez ve üstü yatışı yapılan gruba göre daha fazla içselleştirilmiş damgalama yaşadıkları saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Hastaların ilaç tedavisine uyumu ile RHİDÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiş ( $p < 0,05$ ) olup, farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel analiz sonucunda ilaç



tedavisini düzenli olarak sürdüren hasta grubunun, ilaç tedavisini düzenli olarak sürdürmeyen hasta grubuna ve kısmen düzenli sürdüren hasta grubuna oranla daha fazla içselleştirilmiş damgalama yaşadıkları saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunan ve bulunmayan hastaların, RHİDÖ toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, intihar girişiminde bulunan hastalar daha fazla içselleştirilmiş damgalama yaşamaktadırlar( $p<0,05$ ).

- Hastaların eğitim, çalışma, gelir, ilaç tedavisine uyum ve intihar girişiminde bulunma durumlarının, RHİDÖ alt ölçeklerinin tamamı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu belirlenmiştir( $p<0,05$ ). Hastaların medeni durumlarının, “Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeği” üzerine, ailelerinde ruhsal bir hastalık bulunma durumlarının “Yabancılaşma”, “Algılanan Ayrımcılık”, “Damgalamaya Karşı Direnç” ve “Kalıp Yargıların Onaylanması” alt ölçekleri üzerine, fiziksel bir hastalık bulunma durumlarının “Yabancılaşma”, “Algılanan Ayrımcılık”, “Sosyal Geri Çekilme” ve “Kalıp Yargıların Onaylanması” alt ölçekleri üzerine, hastalık başlangıç yaşının “Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeği” üzerine, hastaneye yatma durumunun “Yabancılaşma”, “Kalıp Yargıların Onaylanması” ve “Algılanan Ayrımcılık” alt ölçekleri üzerine, hastaneye yatış sıklığının, “Yabancılaşma” ve “Damgalamaya Karşı Direnç” Alt Ölçeği üzerine etkisinin gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
- Hastaların RHİDÖ alt ölçekleri olan, yabancılaşma alt ölçeği toplam puan ortalamasının  $13,94\pm 4,66$ , “Damgalamaya Karşı Direnç Alt Ölçeği” puan ortalamasının  $12,17\pm 4,30$ , “Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Ölçeği” puan ortalamasının  $11,49\pm 3,47$ , “Sosyal Geri Çekilme Alt Ölçeği” puan ortalaması  $11,06\pm 3,37$ , “Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeği” t puan ortalaması  $9,89\pm 4,31$  olarak saptanmıştır. Hastalar en yüksek ortalamayı “Yabancılaşma Alt Ölçeğinden”, en düşük ortalamayı ise “Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeğinden” almışlardır.
- Hastaların, WHOQOL-BREF puan ortalaması  $96,48\pm 19,98$  olarak bulunmuştur. Hastaların yaş, cinsiyet ve medeni durumlarının yaşam kaliteleri üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir( $p>0,05$ ). Hastaların eğitim, çalışma ve gelir durumlarının yaşam kaliteleri üzerine etkisi istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark meydana getirmektedir( $p<0,05$ ). Farkın hangi gruplardan

kaynaklandığını belirlemek için yapılan istatistiksel analiz sonucunda, sadece okur-yazar ve ilköğretim düzeyinde eğitim durumuna sahip olan grubun, lise ile üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olan gruba göre yaşam kaliteleri daha düşüktür( $p>0,05$ ). Hastaların çalışma durumları ile WHOQOL-BREF puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup, çalışmayan hastaların WHOQOL-BREF puanları daha düşük olduğu görülmüştür( $p>0,05$ ). Hastaların algılanan gelir durumları bakımından WHOQOL-BREF puanları üzerine olan etkisi, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmakta olup, farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan istatistiksel ikili karşılaştırmalar sonucunda, tüm gruplar arasındaki fark anlamlı olduğu bulunmuştur( $p<0,05$ ). Algılanan gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır.

- Hastaların yakınlarında ruhsal bir hastalık bulunma, hastalık başlangıç yaşı, hastaneye yatma, hastaneye yatış sıklığı ve kontrollerine devam etme durumlarının yaşam kaliteleri üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır( $p>0,05$ ). Ruhsal hastalıklarına eşlik eden fiziksel bir hastalığın varlığı ile WHOQOL-BREF puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlıdır ve fiziksel hastalığı olanların yaşam kaliteleri daha düşüktür( $p<0,05$ ). Hastaların ilaç tedavilerine uyma durumlarının yaşam kaliteleri üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı olup, arkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan istatistiksel analiz sonucunda ilaç tedavisine uymayan ve kısmen uyum gösteren hastaların, ilaç tedavisine düzenli olarak uyan hastalara göre WHOQOL-BREF puanları daha düşüktür( $p<0,05$ ).
- Hastaların yaş, cinsiyet ve medeni durumlarının WHOQOL-BREF alt ölçekleri olan “Bedensel Boyut”, “Ruhsal Boyut”, “Sosyal Boyut” ve “Çevresel Boyut” alt ölçeklerinin tamamı üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır( $p>0,05$ ).
- Hastaların eğitim, çalışma ve algılanan gelir durumlarının ise WHOQOL-BREF alt ölçekleri olan “Bedensel Boyut”, “Ruhsal Boyut”, “Sosyal Boyut” ve “Çevresel Boyut” alt ölçeklerinin tamamı üzerine etkisinin istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark meydana getirdiği tespit edilmiştir( $p<0,05$ ).

- Hastaların hastalık özelliklerinden olan, yakınlarında ruhsal hastalığı bulunma, hastalık başlangıç yaşı, yatarak tedavi görme, ilaç kullanım süresi ve kontrollerine uyum durumlarının WHOQOL-Bref alt ölçekleri olan “Bedensel Boyut”, “Ruhsal Boyut”, “Sosyal Boyut” ve “Çevresel Boyut” alt ölçeklerinin tamamı üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir( $p>0,05$ ). Buna karşın ruhsal hastalıklarına eşlik eden fiziksel bir hastalığın bulunması ve ilaç tedavisine uyum gösterme durumları tüm alt ölçekler üzerine etkisi istatistiksel yönden gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturduğu belirlenmiştir( $p<0,05$ ). Yataklı servis yatış sıklığının “Ruhsal Boyut” üzerine, intihar girişiminde bulunma durumunun ise “Bedensel” ve “Ruhsal Boyut” üzerin etkisi istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir farka neden olmaktadır ( $p<0,05$ ).
- Çalışmaya katılan hastaların %26,6’sının benlik saygısı düşük olarak bulunmuştur. Hastaların yaş, cinsiyet ve medeni durumlarının RBSÖ üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir( $p>0,05$ ). Buna karşın hastaların eğitim durumlarının RBSÖ puan ortalamaları üzerine etkisinin istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir farka neden olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan istatistiksel ikili karşılaştırmalar sonucunda okur-yazar düzeyinde eğitim seviyesine sahip olanların, lise ile üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan hastalara göre, ilköğretim düzeyinde eğitim seviyesine sahip olanların da üniversite ve üzeri gruba göre benlik saygısı puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Hastaların çalışma durumlarının RBSÖ puan ortalamaları üzerine etkisinin istatistiksel yönden gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturduğu tespit edilmiş olup; olup çalışan hastaların benlik saygısı puanları daha yüksektir( $p<0,05$ ). Hastaların gelir durumlarının ile RBSÖ puan ortalamaları üzerine etkisi, gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark meydana getirmekte olduğu saptanmış( $p<0,05$ ). Bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda kendisini düşük gelir grubunda algılayan hastaların, kendisini yüksek gelir grubunda algılayan hastalara oranla benlik saygısı puanları daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır( $p<0,05$ ).
- Hastaların hastalık özelliklerinden olan, yakınlarında ruhsal hastalığı bulunma, hastalık başlangıç yaşı, hastaneye yatma ve sıklığı, ilaç kullanım süresi, ilaç tedavisine ve hastane kontrollerine uyum durumlarının RBSÖ puan ortalamaları üzerine etkisi

istatistiksel olarak anlamlı değildir( $p>0,05$ ). Hastaların ruhsal hastalıklarına eşlik eden fiziksel bir hastalık varlığının, RBSÖ üzerine istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturduğu belirlenmiş olup( $p<0,05$ ), fiziksel bir hastalığa sahip olan hastaların benlik saygısı puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Hastaların intihar girişiminde bulunma durumları ile RBSÖ arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olduğu görülmüş olup, intihar girişiminde bulunmayan hastaların benlik saygısı toplam puanlarının, intihar girişiminde bulunanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır( $p<0,05$ ).

- RHİDÖ ile WHOQOL-BREF ve RBSÖ arasında negatif yönde, RBSÖ ile WHOQOL BREF arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir( $p<0,05$ ). Bu sonuçlara göre hastaların içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arttıkça yaşam kaliteleri ve benlik saygıları düşmektedir. Aynı zamanda, hastaların algılanan damgalama düzeylerinden bağımsız olarak, yaşam kaliteleri düştükçe, benlik saygıları azalmaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken nokta içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğudur. İlgili değişkenlerden hangisinin diğeri üzerinden etkili olduğu çalışmamızın yapısı gereğince belirlenememiştir.

## 6.2.ÖNERİLER

- İçselleştirilmiş damgalanma, yaşam kalitesi ve benlik saygısı iki uçlu bozukluğun klinik özelliklerine göre değişiklik gösteren, aynı zamanda birbirleri ile yakından ilişkili kavramlardır. Bu nedenle hastaların algılanan damgalama düzeyini düşürmek, damgalama ile başa çıkma ve yönetme kapasitelerini geliştirmek, yaşam kalitesi ve benlik saygısını arttırmak için başta psikoeğitim olmak üzere hemşireler tarafından farklı müdahale programlarının oluşturulması,
- Çalışmamızda, çalışmayan ve gelir durumu düşük olan hastaların daha fazla içselleştirilmiş damgalama yaşadıkları, yaşam kalitelerinin ve benlik saygılarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle bipolar bozukluğu olan hastaların çalışma hayatında yaşadıkları zorlukların belirlenmesi ve bu hastaların çalışma hayatına kazandırılabilmesi için bipolar bozukluğu olan hastalara yönelik, iş ve meslek edindirme kurslarının planlanarak, yürütülmesi

- İçselleştirilmiş damgalama düzeyinin düşürülmesi, yaşam kalitesi ve benlik saygısının arttırılması hastalara yönelik gerçekleştirilecek bireysel tedavi planının parçalarından birini oluşturması
- Toplumun ruhsal hastalıklara yönelik doğru olmayan bilgi, inanç ve tutumlarının belirlenerek, değiştirilmesine yönelik seminer ve eğitim programlarının düzenlenmesi
- Çalışmamız da İlaç tedavisine uyum göstermeyen hastaların algılanan damgalama düzeylerinin daha yüksek, yaşam kalitelerinin ve benlik saygılarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, hastaların tedaviye direnç göstermesinde ki nedenleri belirlemeye yönelik çalışma sayısının arttırılması, tedavi uyumu arttıracak müdahalelerin planlanması, hasta ve yakınlarına ilaç kullanımındaki kontroller ve önemi anlatılarak, ilaç yan etkileri hakkında bilgi verilmesi
- Çalışmamız sınırlı bir bölgede, sınırlı bir sürede ve sınırlı hasta sayısına ulaşılarak yapılmıştır. Ülkemizde ise BAB tanılı hastalara yönelik içselleştirilmiş damgalama ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik çalışma sayısı azdır. Bu sebeple BAB tanılı hastaların algılanan damgalamasını etkileyen ve yaşam kalitelerini azaltan faktörleri belirleyen daha büyük örneklem grubuyla uzunlamasına dönem, farklı takip çalışmalarının gerçekleştirilmesi,

## KAYNAKLAR

- Abraham, K. M., Miller, C. J., Birgenheir, D. G., Lai, Z., & Kilbourne, A. M. (2014). Self-Efficacy and Quality of Life Among People With Bipolar Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(8), 583–588. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000165>
- Akiskal, H. (2007). Duygudurum bozuklukları: tarihsel gelişimi ve kavramın tanıtımı. İçinde Sadock, B.J., Sadock, V.A. Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri. In H. Aydın & A. Bozkurt (Eds.) (8., pp. 1559–1574). Ankara: Güneş Kitabevi.
- Aksoy, A. (2013). *Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İlaç Uyumu ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Cumhuriyet Üniversitesi.Sivas
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., & Urosevic, S. (2005). The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25, 1043 – 1075.
- Amini, H., & Sharifi, V. (2012). Quality of life in bipolar type i disorder in a one-year followup. *Depression Research and Treatment*, 2012, 860745. <https://doi.org/10.1155/2012/860745>
- Arguvanli Coban, S., Ozkan, B., Medik, K., & Sarac, B. (2013). The Quality of Life of People with Bipolar Disorders and Their Caregivers. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(2), 61–66. <https://doi.org/10.5505/phd.2013.58070>

- Arslan, S., & Bölükbaş, N. (2003). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(6), 38–47.
- Arunachalam Mohandoss, A. (2017). Quality of life in schizophrenic patients: Comparative study from South India. *Journal of Dr. NTR University of Health Sciences*, 6, 224–31. <https://doi.org/10.4103/2277-8632.221523>
- Asrat, B., Ayenalem, A. E., & Yimer, T. (2018). Internalized Stigma among Patients with Mental Illness Attending Psychiatric Follow-Up at Dilla University Referral Hospital , Southern Ethiopia. *Hindawi Psychiatric Journal*, 2018, 1–8.
- Assefa, D., Shibre, T., Asher, L., & Fekadu, A. (2012). Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry*, 12(1), 239. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-239>
- Atagün, M. İ., Yıldırım, S., & Canbek, Ö. (2012). Elektrokonvulzif Tedavi : Bir Güncelleme - Electroconvulsive Therapy: An Update. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3), 350–370. <https://doi.org/10.5455/cap.20120421>
- Avcil, C., Bulut, H., & Sayar, G. H. (2016). Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 175–202.
- Aydemir, O. (2016). Functioning and Quality of Life İn Bipolar Disorder. *Düşünen Adam*, 29(1), 1–7. <https://doi.org/10.5350/DAJPN20162901001>
- Aydemir, O., & Akkaya, C. (2011). Association of social anxiety with stigmatisation and low self-esteem in remitted bipolar patients. In *Acta Neuropsychiatrica* (Vol. 23, pp. 224–228). <https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2011.00565.x>
- Aydemir, Ö., Eren, İ., Savaş, H., & Oğuzhanoglu, N. K. (2007). Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin Gelişrilmesi , Güvenilirlik ve Geçerliliği, *18(4)*, 344–352.
- Aydemir Ö. Bipolar Bozukluğa Yönelik Tutumlar Ve Damgalama. *3P Dergisi (ek 3) Eylül 2004;12:61-64*
- Ayerbe, L., Forgnone, I., Addo, J., Sigüero, A., Gelati, S., & Ayis, S. (2018). Journal of Affective Disorders Hypertension risk and clinical care in patients with bipolar disorder or schizophrenia ; a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 225(August 2017), 665–670. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.002>

- Balcıglu, Y. H., Kırlioğlu, S. S., Özdemir, E. F., & Öncü, F. (2017). Co-occurrence of primary polydipsia and bipolar disorder: can it be a sign of HPA axis dysfunction? *Anatolian Journal of Psychiatry*, *18*(Suppl.1), 8–10.
- Baysal, G. Ö., Özkan, Ç., & Gökmen, Z. (2013). Duygudurum Bozukluklarında İçselleştirilmiş Damgalanma, Bilişsel İşlevler ve İşlevsellik. *Cukurova Medical Journal*, *38*(3), 390–402.
- Baysan Arabaci, L., & Başoğul, C. (2015). Adli psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *16*, 113–121. <https://doi.org/10.5455/apd.155230>
- Beyazyüz, M., Beyazyüz, E., Albayak, Y., & Baykal, S. (2015). Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerinin Bazı Tanı Grupları, Sosyodemografik Özellikler ve Benlik Saygısı ile İlişkisi. *Yeni Symposium*, *53*(2), 2. <https://doi.org/10.5455/NYS.20150609121944>
- Binbay, Z., Solmaz, M., & Kurt, E. (2015). Tedaviye dirençli iki uçlu bozukluk Tedaviye Dirençli İki Uçlu Bozukluk. *Journal of Mood Disorders*, *55*(22), 69–77. <https://doi.org/10.5455/jmood.20140609090035>
- Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2014). *Psikiyatriye Giriş Ders Kitabı*. (L. Tamam, Ed.) (5th ed.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Blairy, S., Linotte, S., Souery, D., Papadimitriou, G. N., Dikeos, D., Lerer, B., ... Mendlewicz, J. (2004). Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: A multicentric study. *Journal of Affective Disorders*, *79*(1–3), 97–103. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00347-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00347-6)
- Bond, K., & Anderson, I. M. (2015). Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: A systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disorders*, *17*(4), 349–362. <https://doi.org/10.1111/bdi.12287>
- Boylu Aydınar, A., & Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam Kalitesi Ve Göstergeleri. *Journal of Academic Researches and Studies*, *8*(15).
- Bozkurt, A., & Oral, T. (Eds.). (2015). *Bipolar Bozukluk Tıp-II Tanı ve Tedavi El Kitabı* (1.Baskı). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları Çalışma Birimleri Dizisi 19.
- Brown, J. D., Dutton, K. A., & Cook, K. E. (2001). From the top down: Self-esteem and self-evaluation. *COGNITION AND EMOTION*, *15*(5), 615–631. <https://doi.org/10.1080/02699930143000004>



- ÇAM, O., & BİLGE, A. (2007). *Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Tutumlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi* (Vol. 8).
- Çam, O., & Çuhadar, D. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136–140.
- Çam, O., & Çuhadar, D. (2013). Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İşlevsellik Düzeyi ve İçselleştirilmiş Damgalama Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* /, 2(2), 230–246.
- Can, A. (2013). *SPSS İle Bilimsel Araştırma Süresince Nicel Veri Analizi*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Caron, J., Mercier, C., Diaz, P., & Martin, A. (2005). Socio-demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Psychiatry Research*, 137(3), 203–213. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.07.002>
- Carvalho, A., & Vieta, E. (2017). *The Treatment Of Bipolar Disorder* (1st ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Chang, C., & Wu, T. (2016). Comparing Self-stigma Between People With Different Mental Disorders in Taiwan, 204(7), 547–553. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000537>
- Chang, C., Wu, T., Chen, C., & Lin, C. (2016). Comparing Self-stigma Between People With Different Mental Disorders in Taiwan. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(7), 547–553. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000537>
- Cheng, F. Y., Cheng, C. C., Yu, L., & Tze, C. T. (2005). Self-Stigma and Its Correlates Among Outpatients With Depressive Disorders. *Psychiatric Services*, 56(5), 599–601.
- Coşkun, S., & Caymaz, N. G. (2012). Bir Kamu ve Özel Psikiyatri Hastanesine Başvuran Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyi Yönünden Karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* , 3(3), 121–128. <https://doi.org/10.5505/phd.2012.62681>
- Çuhadar, D. (2011). *Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalamayı Azaltmada Psikoeğitimin Etkinliği*. Doktora Tezi. T.C. Ege Üniversitesi. İzmir
- Daskalopoulou, E. ., Dikeos, D. ., Papadimitriou, G. ., Souery, D., Blairy, S., Massat, I., ... Stefanis, C. . (2002). Self-esteem, social adjustment and suicidality in affective disorders. *European Psychiatry*, 17(5), 265–271. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(02\)00681-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(02)00681-8)
- de Abreu, L. N., Nery, F. G., Harkavy-Friedman, J. M., de Almeida, K. M., Gomes, B. C.,

- Oquendo, M. A., & Lafer, B. (2012). Suicide attempts are associated with worse quality of life in patients with bipolar disorder type I. *Comprehensive Psychiatry*, 53(2), 125–129. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.03.003>
- Doğan, O. (2011). *Psikiyatrik Epidemiyoloji* (2nd ed.). Sivas.:Esform Ofset
- Doğanavşargil, Ö. (2009). *Şizofreni ve Depresyonda İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir
- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013a). A Model of Internalized Stigma and Its Effects on People With Mental Illness. *Psychiatric Services*, 64, 264–269. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001322012>
- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013b). A Model of Internalized Stigma and Its Effects on People With Mental Illness. *Psychiatric Services*, 64, 264–269. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001322012>
- Duclos, G. (2014). *Benlik Saygısı, Yaşam İçin Bir Pasaport*. (S. Kutsal, Ed.), *Çeviren: Olcay Kunal Mega Basım Yayın* (1st ed.). İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Ebert, H. M., Loosen, P. T., Nurcombe, B., & Leckman, J. F. (2013). *Psikiyatri Tanı ve Tedavi*. (Selçuk Candansayar, Ed.) (2nd ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Engin, E., & Çuhadar, D. (2014). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. (O. Çam & E. Engin, Eds.) (1st ed.). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Eroğlu, M., & Özpoyraz, N. (2010). Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 206–236.
- Ersoy, M. A., & Varan, A. (2007). Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163–171.
- Excellence, C. (2014). Bipolar Disorder ( Update ) Bipolar disorder : the assessment and management of primary and secondary care National Collaborating Centre for Mental Health. In *Bipolar Disorder: full guideline* (pp. 1–363).
- Fagiolini, A., Coluccia, A., Maina, G., Forgiione, R. N., Goracci, A., Cuomo, A., & Young, A. H. (2015). Diagnosis, Epidemiology and Management of Mixed States in Bipolar Disorder. *CNS Drugs*, 29(9), 725–740. <https://doi.org/10.1007/s40263-015-0275-6>
- Fortinash, K. M., & Holoday Worret, P. A. (2012). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Elsevier

Health Sciences.

- Gazalle, F. K., Andreatza, A. C., Ceresér, K. M., Hallal, P. C., Santin, A., & Kapczinski, F. (2005). Clinical impact of late diagnose of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 86(2–3), 313–316. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2005.01.003>
- Gazalle, F. K., Hallal, P. C., Andreatza, A. C., Frey, B. N., Kauer-Sant'Anna, M., Weyne, F., Kapczinski, F. (2007). Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 153(1), 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.07.007>
- Ghanean, H., Nojomi, M., Jacobsson, L., & Jacobsson, L. (2011). Internalized stigma of mental illness in Tehran, Iran. *Stigma Research and Action*, 1(1), 11–17. <https://doi.org/10.5463/sra.v1i1.10>
- Gigantesco, A., & Giulian, M. (2011). Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Ann Ist Super Sanità*, 47(4), 363–372. [https://doi.org/10.4415/Ann\\_11\\_04\\_07](https://doi.org/10.4415/Ann_11_04_07)
- Goodwin, F., & Jamison, K. (2007). *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression* (2nd ed.). New York: Oxford University
- Goossens, P. J., van Achterberg, T., Knoppert-van der Klein, E. A., GGZ Midden-Overijssel, A., Bolkesteinlaan, N., & Theo van Achterberg, M. (2007). Nursing processes used in the treatment of patients with bipolar disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 168–177. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00464.x>
- Güleç, E., & Köroğlu, E. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı* (2nd ed.). Ankara:HYB
- Gülmez, H. (2013). Çalışanların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care (TJFMPC)*, 77(44). <https://doi.org/10.5455/tjfm.38192>
- Gümüş, F., Buzlu, S., & Çakır, S. (2016). Bipolar Bozukluk için Örnek Bir Bireysel Psikoeğitim Modeli A Sample Individual Psychoeducation Model for Bipolar Disorder. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi Journal of Psychiatric Nursing Geliş Kabul Tarihi*, 77(3304), 142–147. <https://doi.org/10.5505/phd.2016.27928>
- Gürhan, N. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. (M. Koç, Ed.) (1st ed.). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Gutiérrez-Rojas, L., Gurpegui, M., Ayuso-Mateos, J. L., Gutiérrez-Ariza, J. A., Ruiz-Veguilla,

- M., & Jurado, D. (2008). Quality of life in bipolar disorder patients: A comparison with a general population sample. *Bipolar Disorders*, *10*(5), 625–634. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00604.x>
- Harkin, Ş. (2009). Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumlarının Arttırılmasında Psikoegitimsel Modelin Etkinliğinin Değerlendirilmesi Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumlarının Arttırılmasında Psikoegitimsel Modelin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi T.C. Düzce Üniversitesi. Düzce*
- Harvey, A. G., Talbot, L. S., & Gershon, A. (2009). Sleep Disturbance in Bipolar Disorder Across the Lifespan. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *16*(2), 256–277. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01164.x>
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Harriss, L. (2005, June 15). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: A systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*. <https://doi.org/10.4088/JCP.v66n0604>
- Hayward, P., Wong, G., Bright, J. A., & Lam, D. (2002). Stigma and self-esteem in manic depression: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders*, *69*, 61–67. [390ac374c298&acdnat=1526153983\\_80df546ffd0fdc6a10444ffdc38fa8df](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00390-9)
- Healy, D. (2008). *Mania: A Short History of Bipolar Disorder* (1st ed.). Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs. *Am Journal of Public Health*, *103*(5), 777–780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012>
- Hirschfeld, R. M. A., & Petukhova, M. (2007). Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, *64*(5), 543–552.
- Ibrahim, A. W., Mukhtar, Y. M., Sadique, P. K., Tahir, B. M., Olabisi, A. M., Bukar, R. I., ... Vivian, L. (2016). A Facility-based Assessment of Internalized Stigma among Patients with Severe Mental Illnesses in Maiduguri, North-Eastern Nigeria. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, *6*(1), 1–11. <https://doi.org/10.9734/INDJ/2016/21958>
- Inocenti Miasso, A., Helena De Bortoli Cassiani, S., & Jorge Pedrão, L. (n.d.). Bipolar Affective Disorder And Medication Therapy: Identifying Barriers, *16*(4), 739–45.
- Işık, E. (2013). *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*.

İstanbul:Rota Tıp Kitabevi

- İsmanur, O. B. (2016). Relationships Between Internalized Stigma, Hopelessness and Self-esteem and Their Sociodemographic and Clinical Characteristics in a Group of Patients with Severe Mental Illness. Master Thesis.İstanbul Üniversitesi.İstanbul
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. a, ... Keller, M. B. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(6), 530–537. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.6.530>
- Judd, L. L., Schettler, P. J., Akiskal, H. S., Maser, J., Coryell, W., Solomon, D., ... Keller, M. (2003). Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 6(2), 127–137. <https://doi.org/10.1017/S1461145703003341>
- Kaner, S. (2000). Ortopedik Engelli ve Engelli Olmayan Erkek Ergenlerde Benlik Saygısı ve Beden İmajı . *Özel EğitimDergisi*, 2(4), 13–22.
- Karagöl, A., Çalışkan, D., & Beyazyüz, M. (2013). Halk Sağlığı Açısından Ruhsal Bozukluklarda Üç Boyutuyla Damgalama, 96–101.
- Kavak, F., Ekinci, M. (2014). Kendi Evlerinde Yaşayan Ve Korumalı Evlerde Yaşayan Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliklerinin Ve İşlevsel İyileşme Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 3(1).
- Kaytaç, B. N., Abut, F. B., & Yıldız, M. (2017). Şizofreni Ve Şizoaffektif Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda Çalışma Yaşamının İncelenmesi: Bir Pilot Çalışma Examination Of Working Life In Patients With Schizophrenia And Schizoaffective Disorder: A Pilot Study. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 13–17.
- Kesebir, S., Vahip, S., Akdeniz, F., & Yüncü, Z. (2005). Bipolar Bozuklukta Mizaç İle Klinik Özelliklerin İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(3), 164–169.
- Kim, S.-W., Yoo, T., Kim, S.-Y., Lee, J.-Y., Kang, H.-J., Bae, K.-Y., ... Yoon, J.-S. (2015). Relationship between Suicidality and Low Self-esteem in Patients with Schizophrenia. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 13(3), 296–301. <https://doi.org/10.9758/cpn.2015.13.3.296>
- Kim, W. J., Song, Y. J., Ryu, H. S., Ryu, V., Kim, J. M., Ha, R. Y., ... Cho, H. S. (2015). Internalized stigma and its psychosocial correlates in Korean patients with serious mental

- illness. *Psychiatry Research*, 225(3), 433–439.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.071>
- Knowles, R., Tai, S., Jones, S. H., Highfield, J., Morriss, R., & Bentall, R. P. (2007). Stability of self-esteem in bipolar disorder: comparisons among remitted bipolar patients, remitted unipolar patients and healthy controls. *Bipolar Disorders*, 9(5), 490–495.  
<https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00457.x>
- Kök, H., & Demir, S. (2018). Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *Cukurova Medical Journal*, 43(1), 99–106.
- Köroğlu, E. (2004). *Psikozoloji - Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Ankara: HYB Basım Yayın.
- Köroğlu, E. (2014). İkiuçlu ve İlişkili Bozukluklar. In *DSM-5-TR Tanı Ölçütleri* (5th ed., pp. 63–90). Ankara: HYB Basım Yayın.
- Köroğlu, E. (2015). *Klinik Psikiyatri* (2nd ed.). Ankara: HYB Basım Yayın.
- Kriegshauser, K., Sajatovic, M., Jenkins, J. H., Cassidy, K. A., Muzina, D., Fattal, O., ... Singer, B. (2010). Gender Differences in Subjective Experience and Treatment of Bipolar Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(5), 370–372.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181da8ef7>
- Kurt, E., Özdilli, K., & Yorulmaz, H. (2013). Romatoid Artrit’li Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 202–208. <https://doi.org/10.4274/npa.y6195>
- Latalova, K., Prasko, J., Diveky, T., Kamaradova, D., & Velartova, H. (2011a). Quality of life in patients with bipolar disorder--a comparison with schizophrenic patients and healthy controls. *Psychiatria Danubina*, 23(1), 21–6.
- Leigh, H., & Streltzer, J. (2017). *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi El Kitabı*. (H. Güleç, M. Yalçın, H. Ünübol, & Ç. Karşıdağ, Eds.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Lemonis, E., Batinic, B., & Opačić, G. (2014). Effects of Internalized Stigma of Mental Disorder on Quality of Life and SelfEsteem in Panic Disorder Patients. *Journal of Clinical Research & Bioethics*, 05(05), 7–9. <https://doi.org/10.4172/2155-9627.1000196>
- Lubkin, I. M., & Larsen, P. D. (2013). *Chronic illness : impact and intervention*. Jones & Bartlett Learning.
- Lyons, Z., & Janca, A. (2015). Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards

- psychiatry, and psychiatry as a career choice. *Lyons and Janca BMC Medical Education*, 15(34), 2–10. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0307-4>
- Lysaker, P. H., Vohs, J. L., & Tsai, J. (2009). Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophrenia Research*, 110(1–3), 165–172. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.01.015>
- Malhi, G. S., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Fitzgerald, P. B., Fritz, K., ... Wu, R. (2015). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *First Published in Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(4912), 1–185. <https://doi.org/10.1177/0004867415617657>
- Malhi, G. S., & Berk, M. (2014). Diagnosing bipolar disorder: Defining thresholds and setting boundaries. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(6), 500–504. <https://doi.org/10.1177/0004867414536670>
- Mashiach, M., Eizenberg, –, Hasson-Ohayon, I., Yanos, P. T., Lysaker, P. H., & Roe, D. (2013). Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Res*, 208(1), 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.013>
- McDonald, K. C., Bulloch, A. G. M., Duffy, A., Bresee, L., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., & Patten, S. B. (2015). Prevalence of bipolar I and II disorder in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(3), 151–156. <https://doi.org/10.1177/070674371506000310>
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J.-P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... São Paulo, P. (2011). Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Arch Gen Psychiatry*, 68(3), 241–251. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>
- Miasso, A. I., Monteschi, M., & Giaccherio, K. G. (2009). Bipolar affective disorder: medication adherence and satisfaction with treatment and guidance by the health team in a mental health service. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(4), 548–556.
- Michael Jeffrey Aminoff, R. B. D. (2003). *Encyclopedia of the Neurological Sciences: A-De. Neurological Sciences*, 383–387.
- Michalak, E. E., Yatham, L. N., & Lam, R. W. (2005). Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-72>

- Mileva, V. R., Vázquez, G. H., & Milev, R. (2013). Neuropsychiatric Disease and Treatment Effects, experiences, and impact of stigma on patients with bipolar disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 31–40. <https://doi.org/10.2147/NDT.S38560>
- Moore, K., Stuewig, J., & Tangney, J. (2013). Jail Inmates' Perceived and Anticipated Stigma: Implications for Post-release Functioning. *Self and Identity*, 12(5), 527–547. <https://doi.org/10.1080/15298868.2012.702425>
- Muzina, D. J., Colangelo, E., Manning, J. S., & Calabrese, J. R. (2007). Differentiating bipolar disorder from depression in primary care. *Cleve Clin J Med*, 74(2), 89, 92, 95–9 passim.
- Noll, R. (2007). *The encyclopedia of schizophrenia and other psychotic disorders* (3rd ed.). New York: Facts On File, Inc.
- Oksal, H. A. (2017). Şizofreni Hastası Olan Hasta Yakınlarının Şizofreniye İlişkin Tutumları The Attitudes of Patient Relatives Towards Schizophrenia. <https://doi.org/10.20515/otd.33712>
- Omer, A. A. A., Abdel, N. M., & Sayed, N. E. (2016). Insight and its relationship with internalized stigma among psychiatric patients. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 5(2), 2320–1940. <https://doi.org/10.9790/1959-0502061121>
- Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). The Stigma of Mental Illness. *Journal of Counseling & Development*, 86, 143–150.
- Özdemir, O., Coşkun, S., Aktan Mutlu, E., Güzel ÖZDEMİR, P., Atli, A., Yılmaz, E., Özdemir, O. (2016). Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Aile Öyküsü Family History in Patients with Bipolar Disorder. *Arch Neuropsychiatry*, 53, 276–279. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.9870>
- Özdemir, Ö., & Doğan, O. (2015). Sivas il merkezinde iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığı, psikiyatrik eş tanıları ve hastaların yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 85–94. <https://doi.org/10.5455/apd.155784>
- Özge, G., & Baysal, D. (2013). Damgalanma ve Ruh Sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2), 239–251.
- Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13 (14th ed.). Adana:Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, S. (2010). *Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin; Pozitif Belirtiler, Negatif*



*Belirtiler, Depresyon ve İçgörü İle İlişkisi.* Tıpta Uzmanlık Tezi.T.C. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi.

- Pal, A., Sharan, P., & Chadda, R. K. (2017). Internalized stigma and its impact in Indian outpatients with bipolar disorder. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.087>
- Paraskevoulakou, A., Vrettou, K., Pikouli, K., Triantafillou, E., Lykou, A., & Economou, M. (2017). Mental Illness Related Internalized Stigma: Psychometric Properties of the Brief ISMI Scale in Greece. *Mater Sociomed*, 29(293), 211–215. <https://doi.org/10.5455/msm.2017.29.211-215>
- Pehlivan, H. (2016). Kadınların Benlik Saygısını ve Yaşam Doyumunu Artırma: Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Dayalı Bir Grup Müdahalesi. *Kastamonu Education Journal*, 24(2).
- Phelan, J. C., Lucas, J. W., Ridgeway, C. L., & Taylor, C. J. (2014). Stigma, status, and population health. *Social Science & Medicine*, 103, 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.004>
- Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abidin, E., Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Research*, 246, 500–506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.041>
- Pini, S., Queiroz, V. de, Pagnin, D., Pezawas, L., Angst, J., Cassano, G. B., & Wittchen, H. U. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. (Special issue: Size & Burden of Mental Disorders in Europe). *European Neuropsychopharmacology*, 15, 425–434.
- Pinto, S., Fumincelli, L., Mazzo, A., & Calderia, S. (2017). Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomedical Journal*, 2(1), 6–12. [80207a16619b&acdnt=1522310210\\_5d3f6821dd6aa838506f829044760a5c](https://doi.org/10.1016/j.pbj.2017.08.001)
- Plummer, M., & Molzahn, A. E. (2009). Quality of life in contemporary nursing theory: A concept analysis. *Nursing Science Quarterly*, 22(2), 134–140. <https://doi.org/10.1177/0894318409332807>
- Ran, M.S., Zhang, T.-M., Wong, I. Y.-L., Yang, X., Liu, C.-C., Liu, B., ... CMHP Study Group. (2018). Internalized stigma in people with severe mental illness in rural China. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(1), 9–16. <https://doi.org/10.1177/0020764017743999>

- Robb, J. C., Young, L. T., Cooke, R. G., & Joffe, R. T. (1998). Gender differences in patients with bipolar disorder influence outcome in the medical outcomes survey (SF-20) subscale scores. *Journal of Affective Disorders*, 49(3), 189–193. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00003-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00003-2)
- Romans, S., & McKean, A. (2014). BIPOLAR DISORDER : Identifying and supporting patients in primary care. *Best Practice Journal NZ*, (62), 6–17.
- Saarni, S. I., Viertiö, S., Perala, J., & Koskinen, S. (2010). Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 386–394. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.076489>
- Sajatovic, M., Biswas, K., Kilbourne, A. K., Fenn, H., Williford, W., & Bauer, M. S. (2008). Factors Associated With Prospective Long-Term Treatment Adherence Among Individuals With Bipolar Disorder. *Psychiatric Services*, 59(7), 753–759. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.7.753>
- Sakarya, A., & Özgüven, H. D. (2013). Bipolar Bozuklukta İntihar Davranışı. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 6(2), 34–40.
- Sarı, E. (2016). *Özgüven Duygusu: Kendine güvenin az olması kişi üzerinde yıkıcı bir tahribat. Nokta E Book Publishing*. Antalya.
- Sarısoy, G., Faruk Kaçar, Ö., Pazvantoğlu, O., & Korkmaz Zabun, I. (2013). Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: A comparative study. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 665–672.
- Sayar, G. H., Özten, E., Eryılmaz, G., Göğçegöz, I., & Ceylan, M. E. (2014). EKT : A Current Review. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 6(2), 107–125.
- Saygılı, G., Kesecioğlu, İ. T., & Kırıktaş, H. (2015). Eğitim Düzeyinin Benlik Saygısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 210–217.
- Şerif Top, M., Özden, S. Y., & Sevim, M. E. (2003). Psikiyatride Yaşam Kalitesi. *Düşünen Adam*, 16(1), 18–23.
- Shalaby Hosny, M., & Sabra İbrahim, A. (2014). The Role Of Internalized Self Stigma On Self Esteem And Attitude Toward Seeking Professional Psychological Help Among Psychiatric Patients \*Mervet Hosny Shalaby Lecturers of Psychiatric Nursing.

*International Journal of Current Research*, 6(11), 10162–10169.

- Sharifi, V., Amin-Esmaeili, M., Hajebi, A., Motevalian, A., Radgoodarzi, R., Hefazi, M., & Rahimi-Movaghar, A. (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: The Iranian mental health survey, 2011. *Archives of Iranian Medicine*, 18(2), 76–84. <https://doi.org/015182/AIM.004>
- Sierra, P., Livianos, L., & Rojo, L. (2005). Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disorders*, 7(2), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00186.x>
- Singh, S., Forty, L., Di Florio, A., Gordon-Smith, K., Jones, I., Craddock, N., ... Smith, D. J. (2015). Affective temperaments and concomitant alcohol use disorders in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 186, 226–231. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.027>
- Somrongthong, R., Hongthong, D., Wongchalee, S., & Wongtongkam, N. (2016). The Influence of Chronic Illness and Lifestyle Behaviors on Quality of Life among Older Thais. *BioMed Research International*, 2016, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2016/2525941>
- Soylu, N., Taneli, Y., & Taneli, S. (2013). Investigation of social, emotional, and cognitive factors with effect on suicidal behaviour in adolescents with depression. *Noropsikiyatri Arsivi*, 50(4), 352–359. <https://doi.org/10.4274/Npa.y6531>
- Sözen, A., Özgür B, T., Elçi, Ç., & Bakır, P. (2013). Erişkin Yaşta Cinsel İstismara Uğramış Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalama ve Psikopatoloji Arasındaki İlişki. *Journal of Mood Disorders*, 3(2), 64–69. <https://doi.org/10.5455/jmood.20130301045826>
- Steger, M. F., & Kashdan, T. B. (2009). Depression and Everyday Social Activity, Belonging, and Well-Being. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 289–300. <https://doi.org/10.1037/a0015416>
- Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2013). Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 15(4), 385–393. <https://doi.org/10.1111/bdi.12069>
- Stull, L. G., McGrew, J. H., Salyers, M. P., & Ashburn-Nardo, L. (2013). Implicit and Explicit Stigma of Mental Illness: Attitudes in an Evidence-Based Practice. *J Nerv Ment Dis*, 201(12), 1072–1079. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000056>
- Switaj, P., Paweł Grygiel, Anna Chrostek, Izabela Nowak, Wciórka, J., & Marta Anczewska. (2017). The relationship between internalized stigma and quality of life among people with mental illness: are self-esteem and sense of coherence sequential mediators? *Qual Life*

*Res*, 26, 2471–2478. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1596-3>

- Sylvia, L. G., Montana, R. E., Deckersbach, T., Thase, M. E., Tohen, M., Reilly-harrington, N., Nierenberg, A. A. (2017). Poor quality of life and functioning in bipolar disorder Background. *International Journal of Bipolar Disorders*, 5(10). <https://doi.org/10.1186/s40345-017-0078-4>
- Tanabe, Y., Hayashi, K., & Ideno, Y. (2016). The Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: validation of the Japanese version. *BMC Psychiatry*, 16(116), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0825-6>
- Taşkın, E. O. (2007a). İçselleştirilmiş damga ve damgalanma algısı. In *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama* (1st ed., pp. 31–40). İzmir: Meta Basım Matbaacılık.
- Taşkın, E. O. (2007b). Ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalamayı etkileyen etmenler. In *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama* (1st ed., pp. 73–114). İzmir: Meta Basım Matbaacılık.
- Taşkın, E. O. (2007c). Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. In *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama* (1st ed., pp. 17–30). İzmir: Meta Basım Matbaacılık.
- Tel, H., & Ertekin Pınar, Ş. (2012). Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 61–66. <https://doi.org/10.5505/phd.2012.09719>
- Thomas, S. P., Nisha, A., & Varghese, P. J. (2016). Disability and Quality of Life of Subjects with Bipolar Affective Disorder in Remission. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(4), 336–40. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.185941>
- Timpano, K. R., Rubenstein, L. M., & Murphy, D. L. (2012). Phenomenological features and clinical impact of affective disorders in OCD: A focus on the bipolar disorder and ocd connection. *Depression and Anxiety*, 29(3), 226–233. <https://doi.org/10.1002/da.20908>
- Torlak Evinç, S., & Yavuzçehre Savaş, P. (2008). Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme. *Çağdaş Yerel Yöntemler*, 17(2), 23–44.
- Torun, S., Arslan, S., Nazik, E., Akbaş, M., & Yalçın, S. Ö. (2012). Hemşirelik öğrencilerinin benlik saygısı ve boyun eğici davranışlarının incelenmesi The relation between submissive behaviors and self esteem state of nursing students. *Cumhuriyet Tıp Dergisi Cumhuriyet*

- Tıp Derg Cumhuriyet Medical Journal Cumhuriyet Med J*, 34(34), 399–404.  
<https://doi.org/10.7197/1305-0028.1279>
- Towsend, M. C. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri*. (N. Gürhan, Celale. Özcan, Ed.) (6th ed.)
- Tuisku, V., Pelkonen, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Holi, M., Ruuttu, T., Marttunen, M. (2006). Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(4), 199–206.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-005-0522-3>
- Tunç, S. (2012). Özkıyım Girişimi Öyküsü Olan Ve Olmayan Bipolar Bozukluğu Olan Olguların Mizaç Özellikleri Ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması. T.C.Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi.
- Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Kadın, 2016*. (2017). 26443.
- Uğur, M. (2008). Türkiyede sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. In *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi* (pp. 59–83).
- Ünal, A., Ümit, S. Ç., & Bülbül, F. Lityumun Kırk Yıldır Sorunsuz Kullanımı: Olgu Sunumu, 3 *Journal of Mood Disorders* 70–73 (2013).  
<https://doi.org/10.5455/jmood.20130301045900>
- Üstündağ Fatih, M., & Kesebir, S. (2013). İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş, damgalanma: Klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(4), 231. <https://doi.org/10.5080/u7123>
- Ustundag, M. F., & Kesebir, S. (2013). Internalized Stigmatization in Bipolar Patients: Relationship with Clinical Properties, Quality of Life and Treatment Compliance. *Turkish Journal of Psychiatry*, 24(4), 231. <https://doi.org/10.5080/u7123>
- Vahip, S. (2004). Bipolar Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, Ek(1), 41–44.
- Valtonen, H. M., Suominen, K., Mantere, O., Leppämäki, S., Arvilommi, P., & Isometsä, E. T. (2006). Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 8(5p2), 576–585. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00341.x>

- Van Dongen, C. J. (1996). Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 32(6), 535–548. <https://doi.org/10.1007/BF02251064>
- Verhaeghe, M., Bracke, P., & Bruynooghe, K. (2008). Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: The role of peer support. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(3), 206–218. <https://doi.org/10.1177/0020764008090422>
- Victor, S. E., Johnson, S. L., & Gotlib, I. H. (2011). Quality of life and impulsivity in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 13(3), 303–309. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00919.x>
- West, M. L., Yanos, P. T., Smith, S. M., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011a). Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. *Stigma Research and Action*, 1(1). <https://doi.org/10.5463/sra.v1i1.9>
- West, M. L., Yanos, P. T., Smith, S. M., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011b). Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. *Stigma Research and Action*, 1(1), 3–10. <https://doi.org/10.5463/sra.v1i1.9>
- Wyllie, A., & Brown, R. (2011). *Discrimination Reported By Users Of Mental Health Services: 2010 Survey*. New Zealand.
- Yaman, E., & Güngör, H. (2014). Damgalama Eğilimine İlişkin Öğretmen Görüşleri. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(18), 823–851.
- Yeloğlu, Ç., & Hocoğlu, Ç. (2017). Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu : Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniv Tıp Dergisi*, 8(30), 41–54. <https://doi.org/10.17944/mkutfd.323344>
- Yildirim, A., & Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler Quality of Life and Effective Variables Among Health Care Professionals. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 61–68.
- Yonkers, K. A., Wisner, K. L., Stowe, Z., Leibenluft, E., Cohen, L., Miller, L., ... Altshuler, L. (2004). Management of Bipolar Disorder During Pregnancy and the Postpartum Period. *Am J Psychiatry*, 1614.
- Yortan, N. (2017). *Ruh Sağlığı Birimine Başvuran Bireylerin İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyleri İle Sağlık Kontrol Odağı İnançları Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi.

Yüksel, N. (2014). *Ruhsal Hastalıklar* (4th ed.). Akademisyen Kitabevi:Ankara

Zeber, J. E., Copeland, L. A., Good, C. B., Fine, M. J., Bauer, M. S., & Kilbourne, A. M. (2008). Therapeutic alliance perceptions and medication adherence in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *107*(1–3), 53–62. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2007.07.026>



## AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

**(ARAŞTIRMA AMAÇLI)****Araştırmacılar Tarafından Yapılan Bilgilendirme:**

'Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma Yaşam Kalitesi Ve Benlik Saygısı' adlı çalışma Doç. Dr. Nezihe UĞURLU danışmanlığında, sorumlu araştırmacı Arş. Gör. Aytuğ TÜRK tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma Bipolar bozukluk tanısı almış kişilerde ki içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin sosyo-demografik ve klinik özellikler bakımından ortaya konulması amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken sonlandırabilirsiniz. Bu anket ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Anket 80 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 30-35 dk. zamanınızı alacaktır.

1. Aşağıda imzası olan ben " Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma Yaşam Kalitesi Ve Benlik Saygısı " başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.
2. Bu çalışmayı yürüten Arş. Gör. Aytuğ TÜRK çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği ve yan etkilerle karşılaşsam ne yapmam gerektiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
3. Araştırmacı Aytuğ TÜRK'e çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
4. Araştırmacı Aytuğ TÜRK'e bilgilerin ayrıntılarını açıklamama ve benimle ilgili sırları koruması şartıyla benimle bu çalışmayı yapmasına izin veriyorum.
5. Çalışma boyunca tüm kurallara uymayı, araştırmacı Aytuğ TÜRK ile tam bir uyum içinde çalışmayı ve konuyla ilgili herhangi bir sorun çıktığında hemen onu aramayı kabul ediyorum.
6. Bu çalışma sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamamayı, yayın, rapor ve benzeri bilimsel dokümanlarda kullanılmasını kabul ediyorum.
7. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

Katılımcının

Araştırmacının

Adı Soyadı:

Adı Soyadı: Aytuğ TÜRK

İmza:

İmza :

Tarih:

Tarih:



**EK-1****SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

1- Yaşınız:.....

2- Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek

3- Şu an ki medeni haliniz: ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış

4- Eğitim düzeyiniz: ( ) Okuryazar-okuryazar değil ( ) İlköğretim ( ) Lise  
( ) Üniversite ve üzeri

5- Şu an için herhangi bir işte çalışma durumunuz: ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor

6- Kendinizi hangi gelir grubunda algılıyorsunuz? ( ) Düşük ( ) Orta ( ) Yüksek

7- Ailenizde ruhsal hastalığı olan herhangi bir kişi var mı? ( ) Var ( ) Yok

8- Halen herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı (Tansiyon, Şeker, KOAH, Kalp vb.)  
( ) Var ( ) Yok

9- Hastalığın başlangıç yaşınız:.....

10- Bir psikiyatri kliniğine kaçınıcı yatışınız? (Cevabınız hastaneye yatmadım ise 12. soruya geçiniz) ( ) Hastaneye yatmadım ( ) Bir kere ( ) 2kere ( ) 3 kere ( ) 4 kere ( ) 5 ve üzeri kez

11- Hastaneye yatma sıklığınız? ( ) Hastaneye yatmadım ( ) 6 ayda bir ( ) Yılda bir  
( ) İki yılda bir ( ) 3 yılda bir ( ) 4 ve üzeri yıl

12- Kaç yıldır ilaç kullanıyorsunuz? ( ) Yeni başladım ( ) 1 yıldır ( ) 2 yıldır ( ) 3 yıldır  
( ) 4 yıldır ( ) 5 yıldır ( ) 6 yıldır ( ) 7 yıldır ( ) 8 yıl ( ) 9 yıl ( ) 10 ve üzeri yıl

13- İlaç tedavilerini düzenli olarak sürdürme durumunuz? ( ) Düzenli ( ) Düzensiz ( )  
Kısmen düzenli

14- Kontrollere düzenli olarak gelme durumunuz? ( ) Düzenli ( ) Düzensiz ( ) Kısmen  
düzenli

15- Bugüne kadar intihar girişiminiz oldu mu? ( ) Evet ( ) Hayır

**EK-2****RUHSAL HASTALIKLARIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMASI ÖLÇEĞİ**

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

- ‘‘Kesinlikle aynı fikirde değilim’’ diyorsanız ( 1 ) rakamını ;  
 ‘‘Aynı fikirde değilim’’ diyorsanız ( 2 ) rakamını ;  
 ‘‘Aynı fikirdeyim’’ diyorsanız ( 3 ) rakamını ;  
 ‘‘Kesinlikle aynı fikirdeyim’’ diyorsanız ( 4 ) rakamını daire içine

arak okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini iŐaretleyiniz.

<b>İFADELER</b>	<b>Kesinlikle aynı fikirde değilim</b>	<b>Aynı fikirde değilim</b>	<b>Aynı fikirdeyim</b>	<b>Kesinlikle aynı fikirdeyim</b>
1.Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4
2.Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	1	2	3	4
3.Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	1	2	3	4
4.Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaŐmaktan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5.Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6.Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7.Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4
8.Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4
9.Ruhsal hastalığım benim ‘‘garip’’ görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4

10.Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11.İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12.Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4
13.Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4
14.Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4
15.Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16.Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17.Ruhsal hastalığımanın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18.İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımanın olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19.Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20.Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21.Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22.Sırf ruhsal hastalığıım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23.Ruhsal hastalığıım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.	1	2	3	4
24.Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4

25.Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.	1	2	3	4
26.Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27.Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28.İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29.Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4



**EK-3****YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ( WHOQOL-BREF(TR)****Yönerge**

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır. Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz.

**ŞİMDİ,** Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5

9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5
------------	--	---	---	---	---	---

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F 3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
21 F17.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F19.3	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F15.3	Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F14.4	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

**EK-4****ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ****MADDE 1**

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

a. ÇOK DOĞRU                      b. DOĞRU                      c. YANLIŞ                      d. ÇOK YANLIŞ

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU                      b. DOĞRU                      c. YANLIŞ                      d. ÇOK YANLIŞ

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

a. ÇOK DOĞRU                      b. DOĞRU                      c. YANLIŞ                      d. ÇOK YANLIŞ

**MADDE 2**

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.

a. ÇOK DOĞRU                      b. DOĞRU                      c. YANLIŞ                      d. ÇOK YANLIŞ

5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

a. ÇOK DOĞRU                      b. DOĞRU                      c. YANLIŞ                      d. ÇOK YANLIŞ

**MADDE 3**

6. Kendime karşı olumlu tutum içindeyim.

a. ÇOK DOĞRU                      b. DOĞRU                      c. YANLIŞ                      d. ÇOK YANLIŞ

**MADDE 4**

7. Genel olarak kendimden memnunum.

a. ÇOK DOĞRU                      b. DOĞRU                      c. YANLIŞ                      d. ÇOK YANLIŞ

**MADDE 5**

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

a. ÇOK DOĞRU                      b. DOĞRU                      c. YANLIŞ                      d. ÇOK YANLIŞ

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU                      b. DOĞRU                      c. YANLIŞ                      d. ÇOK YANLIŞ

10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU                      b. DOĞRU                      c. YANLIŞ                      d. ÇOK YANLIŞ



MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ  
İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARI

Protokol No : 170042

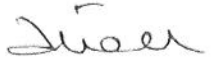
Karar No : 24

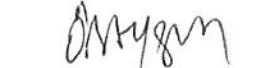
Araştırma Yürütücüsü	Araştırma Görevlisi AYTUĞ TÜRK
Kurumu / Birimi	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ / HEMŞİRELİK
Araştırmanın Başlığı	Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damganlama, Yaşam Kalitesi ve Benlik Saygısı
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	16.10.2017
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	İlk İnceleme Tarihi : 16.10.2017 1. Düzeltme Tarihi : 29.10.2017 2. Düzeltme Tarihi : 01.11.2017
Karar Tarihi	01.11.2017


KARAR : UYGUNDUR


AÇIKLAMA :Araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

  
Prof. Dr. Banu BAYAR  
Başkan


  
Prof. Dr. Ali AKAR  
Üye

  
Prof. Dr. Özcan SAYGIN  
Üye

  
Prof. Dr. Umut AVCI  
Üye

  
Prof. Dr. Harun UÇUNCÜ  
Üye

  
Prof. Dr. Nevide DELLAL  
Üye

  
Prof. Dr. Nurcan CENGİZ  
Üye



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.  
İZMİR VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR İLİ  
ARAŞTIRMA, GELİŞTİRME VE SAĞLIK İNOVASYONU  
BİRİMİ

06.01.2018 15.06 - 77597247 - 619 - E 7



Sayı : 77597247-619  
Konu : Araştırma İzin Talebiniz

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı olarak yüksek lisans öğrenciniz Aytuğ TÜRK'ün hazırlamış olduğu, " Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalama, Yaşam Kalitesi ve Benlik Saygısı "adlı araştırma başvuru dosyası incelenerek, çalışmanın İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmesinde Müdürlüğümüzce sakınca görülmemiştir.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.  
Uzm. Dr. Bediha SALNUR  
İl Sağlık Müdürü

**EKİ :**  
Komisyon Raporu

Faks No:

e-Posta:zeynep.sofuoğlu@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e85f993e-5ec2-4539-a1a3-3409f4668fde kodu ile erişebilirsiniz.

Bilgi için:ZEYNEP SOFUOĞLU

Unvan:DOKTOR

Telefon No:

Evrakın elektronik imza ile imzalanmıştır.

**KİŞİSEL BİLGİLER**

Adı Soyadı : Aytuğ TÜRK\_\_\_\_\_

Doğum Yeri : Sivas\_\_\_\_\_

Doğum Yılı : 02.11.1985\_\_\_\_\_

Medeni Hali : Bekâr\_\_\_\_\_

**EĞİTİM VE AKADEMİK BİLGİLER**

Lise 1999-2003.... : Işıklar Askeri Lisesi

Lisans 2005-2011 : Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yabancı Dil : İngilizce (YDS:76,25)

**MESLEKİ BİLGİLER**

2011-2016 : Hemşire (Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi)

2016-2017 : Arş. Gör. T.C. Cumhuriyet Üniversitesi Suşehri Sağlık Yüksekokulu

2017-..... : Arş. Gör. T.C. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü