



**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI BİREYLERDE
KENDİNİ DAMGALAMA VE ÖZ ŞEFKATİN
PSİKOLOJİK İYİ OLUŞLA İLİŞKİSİ**

Gamze ÖRÜM

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Erman YILDIZ**

Yüksek Lisans Tezi - 2025

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI BİREYLERDE KENDİNİ DAMGALAMA VE
ÖZ ŞEFKATİN PSİKOLOJİK İYİ OLUŞLA İLİŞKİSİ**

Gamze ÖRÜM

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Programı**

Yüksek Lisans Tezi

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Erman YILDIZ**

**Tez Jüri Üyeleri
Prof. Dr. Funda KAVAK BUDAK
Doç. Dr. Erman YILDIZ
Dr. Öğr. Üyesi Pınar HARMANCI**

**MALATYA
2025**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Doç. Dr. Erman YILDIZ” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerde Kendini Damgalama ve Öz Şefkatin Psikolojik İyi Oluşla İlişkisi” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

27/02/2025

Gamze ÖRÜM

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Bipolar Bozukluk	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Epidemiyoloji	3
2.1.3. Etiyoloji ve Patofizyoloji	3
2.1.4. DSM-5-TR’de Bipolar Bozukluk	4
2.1.5. Klinik Seyir	6
2.1.6. Tedavi	7
2.1.7. Ayırıcı Tanı	7
2.2. Kendini Damgalama	8
2.2.1. Bipolar Bozuklukta Kendini Damgalama	9
2.3. Öz Şefkat	10
2.3.1. Öz Şefkatin Bileşenleri	10
2.3.2. Bipolar Bozuklukta Öz Şefkat	12
2.4. Psikolojik İyi Oluş	12
2.4.1. Bipolar Bozuklukta Psikolojik İyi Oluş	13
2.5. Bipolar Bozuklukta Kendini Damgalamayı Azaltma, Öz Şefkat ve Psikolojik İyi Oluşu Artırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	13
3. MATERYAL VE METOT	16
3.1. Araştırmanın Türü	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	16
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	16
3.3.1. Araştırmanın Dahil Etme Kriterleri	16
3.3.2. Araştırmanın Dışlama Kriterleri	17
3.4. Veri Toplama Araçları	17

3.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu	17
3.4.2. Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği (PYAKDÖ)....	17
3.4.3. Öz-Duyarlılık Ölçeği (ÖDÖ).....	18
3.4.4. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ)	18
3.5. Verilerin Toplanması	19
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	19
3.6.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	19
3.6.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	19
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	19
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	20
3.9. Verilerin İstatiksel Analizi	20
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA.....	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	36
KAYNAKLAR.....	38
EKLER	46
EK-1. Özgeçmiş	46
EK-2. Etik Kurul Formu	47
EK-3. Sosyodemografik Ve Klinik Bilgi Formu	48
EK-4. Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği	49
EK-5. Öz-Duyarlılık Ölçeği	50
EK-6. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği	51
EK-7. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Onayı	52
EK-8. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Malatya Battalgazi Devlet Hastanesi Onayı.....	53
EK-9. Gönüllü Onam Formu	54
EK-10. Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği Kullanım İzni	55
EK-11. Öz-Duyarlılık Ölçeği Kullanım İzni.....	56
EK-12. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Kullanım İzni	57

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimden itibaren bilgi ve deneyimi ile yanımda olan ve yüksek lisansım sürecinde, tezimin tüm aşamalarında desteğini esirgemeyen, sabırla tüm deneyimlerini paylaşan, kıymetli hocam, danışmanım Doç. Dr. Erman YILDIZ' a,

Tez savunmamda jüri olarak bulunan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Funda Kavak Budak ve Dr.Öğretim Üyesi Pınar Harmancı'ya,

Çocukluğumdan itibaren yol göstericim olan,her adımında yanımda olan ve bu tez süresince bilgisi,tecrübesi,sabrı ve katkıları ile destek olan canım abim Mehmet Hamdi Örüm'e,

Hayatımın her aşamasında yanımda olan,sevgilerini ve desteklerini hiç esirgemeyen,beni bugünlere getiren kıymetli annem Aysel Örüm ve babam Mehmet Zeki Örüm'e,

Tez çalışmama gönüllü olarak katılan tüm katılımcılara teşekkür ederim.

Gamze ÖRÜM

ÖZET

Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerde Kendini Damgalama ve Öz Şefkatin Psikolojik İyi Oluşla İlişkisi

Amaç: Bu araştırma bipolar bozukluk tanılı bireylerde psikolojik yardım aramada kendini damgalama ve öz şefkatin, psikolojik iyi oluşla ilişkisini incelemek amacıyla gerçekleştirildi.

Materyal ve metot: Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişkisel olarak gerçekleştirilen bu araştırma, Ocak 2024-Şubat 2025 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi erişkin psikiyatri polikliniği ile birlikte Malatya Battalgazi Devlet Hastanesi erişkin psikiyatri polikliniğinde 121 bipolar bozukluk tanılı bireyle yürütüldü. Veriler Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu, Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği, Öz-Duyarlılık Ölçeği ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız örneklem t-testleri ve tek yönlü varyans analizi kullanıldı ve anlamlı farklılıklar bulunduğunda post hoc Bonferroni testleri uygulandı. Pearson korelasyon, aracılık ve yol analizleri ilişkileri değerlendirmek için gerçekleştirildi.

Bulgular: Bu çalışmada bipolar bozukluk tanılı bireylerde Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği, Öz-Duyarlılık Ölçeği ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği skor ortalamaları sırasıyla 35.33 ± 7.08 , 3.04 ± 1.07 , 24.66 ± 7.40 olarak belirlendi. Araştırmadaki bağımlı değişkenler arasında istatistiksel açıdan önemli ilişkiler olduğu belirlendi ($p < 0.01$). Aracılık analizi sonuçlarına göre, kendini damgalamanın psikolojik iyi oluş üzerindeki olumsuz etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve bu etkinin %27'sinin öz şefkat aracılığıyla dolaylı yoldan gerçekleştiği tespit edilmiştir. Doğrudan etkinin dolaylı etkiden daha güçlü olduğu gözlemlenmiştir.

Sonuç: Bu araştırmanın sonuçları, bipolar bozukluk alanında psikolojik iyi oluşu desteklemeye yönelik müdahalelerin tasarlanmasında öz şefkatin ve kendini damgalamanın kritik rolünü vurgulamaktadır. Psikiyatri hemşireleri ve diğer ruh sağlığı profesyonelleri, tedavi planlarına öz şefkati artırıcı ve damgalama ile başa çıkma stratejilerini entegre ederek bireylerin psikolojik iyi oluşlarını destekleyebilirler.

Anahtar kelimeler: Aracılık analizi, Bipolar bozukluk, Kendini damgalama, Öz şefkat, Psikolojik iyi oluş, Psikiyatri hemşireliği.

ABSTRACT

The Relationship of Self-Stigmatization and Self-Compassion with Psychological Well-Being in Individuals with Bipolar Disorder

Aim: This study was conducted to examine the relationship between self-stigma of seeking psychological help and self-compassion and psychological well-being in individuals diagnosed with bipolar disorder.

Material and method: This descriptive and relational study was conducted with 121 individuals diagnosed with bipolar disorder in the adult psychiatry outpatient clinic of Inonu University Turgut Ozal Medical Center and the adult psychiatry outpatient clinic of Malatya Battalgazi State Hospital between January 2024 and February 2025. Data were collected using the Sociodemographic and Clinical Information Form, Self-Stigma of Seeking Psychological Help Scale, Self Compassion Scale, and Psychological Well-Being Scale. Independent samples t-tests and one-way analysis of variance were used to evaluate the data, and post hoc Bonferroni tests were applied when significant differences were found. Pearson correlation, mediation and path analyses were performed to evaluate the relationships.

Results: In this study, the mean scores of Self-Stigma of Seeking Psychological Help Scale, Self Compassion Scale, and Psychological Well-Being Scale in individuals diagnosed with bipolar disorder were determined as 35.33 ± 7.08 , 3.04 ± 1.07 , 24.66 ± 7.40 , respectively. Statistically significant relationships were determined between the dependent variables in the study ($p < 0.010$). According to the results of the mediation analysis, the negative effect of self-stigma on psychological well-being was found to be statistically significant and 27% of this effect was found to occur indirectly through self-compassion. It was observed that the direct effect was stronger than the indirect effect.

Conclusion: The results of this study highlight the critical role of self-compassion and self-stigma in designing interventions to promote psychological well-being in the field of bipolar disorder. Psychiatric nurses and other mental health professionals can support individuals' psychological well-being by integrating self-compassion-enhancing and stigma-coping strategies into their treatment plans.

Keywords: Mediation analysis, Bipolar disorder, Self-stigmatization, Self-compassion, Psychological well-being, Psychiatric nursing.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BB	: Bipolar Bozukluk
BB-I	: Bipolar Bozukluk Tip I
BB-II	: Bipolar Bozukluk Tip II
DSM-5-TR	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabının Gözden Geçirilmiş Beşinci Baskısı
EKT	: Elektrokonvülsif Tedavi
ÖDÖ	: Öz-Duyarlılık Ölçeği
PİÖÖ	: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği
PYAKDÖ	: Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 4.1. Aracılık modeli diyagramı.....	30
Şekil 4.2. Tahmin grafiği.....	31



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. BB-I tanılı bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	22
Tablo 4.2. Katılımcıların BB-I tanısıyla ilgili özelliklerinin dağılımı	23
Tablo 4.3. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre PYAKDÖ, ÖDÖ ve PİÖÖ skor ortalamalarının karşılaştırılması	25
Tablo 4.4. Değişkenlerin cronbach alfa, ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri.....	28
Tablo 4.5. Yol analizi sonuçları	29
Tablo 4.6. Aracılık analizi sonuçları	30

1. GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BB), manik ve depresif ataklarla karakterize, yaşam boyu süren ve tekrarlayan bir duygu durum bozukluğudur. Bu durum dünya nüfusunun yaklaşık %2.4'ünü etkilemekte ve yaşam kalitesinde önemli bozulmalarla, yüksek intihar oranlarıyla ve yüksek ekonomik maliyetlerle ilişkilidir (1). BB'de, tekrarlayan (hipo)manik ve depresif ataklar, ötimik dönemlerle dönüşümlüdür. Ötimik dönemler arasında bile bireyler sıklıkla alt eşik semptomlar yaşarlar (2).

BB tanılı bireyler, hastalıklarının doğası gereği, toplumsal damgalanmaya maruz kalabilirler (3,4). Bu damgalama, toplumun BB tanısı olan bireylere yönelik olumsuz tutum ve inançlarından kaynaklanır ve ayrımcılığa, dışlanmaya ve sosyal izolasyona yol açabilir (4). Damgalamanın olumsuz etkilerini daha da şiddetlendiren bir diğer faktör ise kendini damgalamadır (2). Kendini damgalama, bireyin bu olumsuz toplumsal inançları içselleştirmesi ve kendisine yöneltmesi sonucunda ortaya çıkar. Birey, hastalığı nedeniyle kendisini suçlu, utanmış ve değersiz hissedebilir (5). Kendini damgalama, utanç, suçluluk, umutsuzluk ve düşük benlik saygısı gibi olumsuz duygulara yol açar (6). Sonuç olarak, kendini damgalama, işlevsellikte azalmaya, tedaviye uyumsuzluğa, yaşam kalitesinin düşmesine ve hatta intihar riskine yol açabilir (7).

Kendini damgalamanın olumsuz etkilerine karşı koyabilecek ve BB tanılı bireylerin psikolojik iyi oluşunu destekleyebilecek önemli bir faktör ise öz şefkattir. Öz şefkat, acı ve zorluklar karşısında kendine karşı anlayışlı, destekleyici ve şefkatli bir tutum sergilemektir (8). Öz şefkat, kendini yargılama ve eleştiriyi azaltmaya, duygusal düzenlemeyi geliştirmeye ve zorluklarla başa çıkma becerilerini güçlendirmeye yardımcı olabilir (9). Çalışmalar, öz şefkatin daha düşük depresyon, anksiyete ve stres seviyeleri ile bağlantılı olduğunu göstermiştir (8,9,10).

Öz şefkatin, kendini damgalamanın olumsuz etkilerini tamponlayarak psikolojik iyi oluşu artırabileceği düşünülmektedir. Psikolojik iyi oluş, yaşamın olumlu yönlerini deneyimleme, zorluklarla başa çıkma becerisine sahip olma, olumlu ilişkiler kurma ve yaşamda anlam ve amaç bulma gibi unsurları içeren çok boyutlu bir kavramdır (8,11). Öz şefkat, bireylere zorluklar karşısında daha fazla dayanıklılık ve başa çıkma becerisi kazandırarak psikolojik iyi oluşu destekleyebilir (12).

Kendini damgalama ve öz şefkat sahip oldukları özellikler nedeniyle psikolojik iyi oluş üzerinde etkisi olabilecek kavramlardır. Çalışmalar kendini damgalama düzeyi

yüksek olan bireylerin öz şefkat düzeylerinde azalma olduğunu göstermektedir (4,8,12). Hem kendini damgalama hem de öz şefkat, bireyin psikolojik iyi oluşunu etkileyebilecek önemli faktörlerdir (2, 4). Ancak, BB’de öz şefkat ve kendini damgalamanın psikolojik iyi oluşa etkisi henüz tam olarak anlaşılamamıştır. BB’nin kronik bir psikiyatrik bozukluk olduğu, düzenli takip ve tedavinin bozukluk sürecinde doğrudan katkı sağladığı, kendini damgalama ve düşük öz şefkatin tedaviye uyumu bozabileceği ve kötü tedavi uyumunun BB’deki psikolojik iyi oluşu olumsuz yönde etkileyeceği varsayılmaktadır (5, 8, 11). Buradan yola çıkılarak bu bağlantılı psikolojik süreçlerde rol oynayan faktörlerin araştırılmasının BB tanılı bireylerin psikoeğitim süreçlerine katkısı olacağı düşünülmüştür (8).

Tüm bunların ışığında, BB tanısı almış bireylerde, kendini damgalama, öz şefkat ve psikolojik iyi oluş kavramları arasında güçlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Ayrıca şu ana kadar gerçekleştirilen araştırmalarda BB tanısı almış bireylerde kendini damgalama ve öz şefkatin psikolojik iyi oluşla ilişkisi üzerinde herhangi bir araştırma yapılmamıştır. Bu açıdan bakıldığında araştırma sonuçlarının, BB tanısı almış bireylerin tedavi süreçlerine katkı sağlayacağı, hastalık sürecinin daha olumlu bir zeminde gerçekleşmesini sağlayacağı ve bu alanda gerçekleştirilecek başka araştırmalar yön vererek psikiyatri hemşireliğine önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma BB tanılı bireylerde kendini damgalama ve öz şefkatin psikolojik iyi oluşla ilişkisini incelemek amacıyla gerçekleştirildi. Bu temel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıtlar arandı.

1. BB tanılı bireylerin kendini damgalama düzeyi nedir?
2. BB tanılı bireylerin öz şefkat düzeyi nedir?
3. BB tanılı bireylerin psikolojik iyi oluş düzeyi nedir?
4. BB tanılı bireylerin sosyodemografik ve klinik özellikleri ile kendini damgalama ve öz şefkat düzeyleri arasında önemli bir ilişki var mıdır?
5. BB tanılı bireylerde kendini damgalama ve psikolojik iyi oluş arasında öz şefkatin aracı rolü var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk

2.1.1. Tanım

BB; hareketlilik, enerji artışı, konuşma ve para harcama artışı, uykusuzluk gibi manik belirtiler ya da umutsuzluk, keyifsizlik, değersizlik, intihar düşünceleri gibi depresif belirtilerin görülebildiği psikiyatrik bir bozukluktur. Bireyler manik ve depresif atakların dışında daha hafif manik belirtilerin görülebildiği hipomanik ve manik ya da depresif belirtilerin birlikte görülebildiği karma ataklar da yaşayabilir. Kronik bir psikiyatrik bozukluk olması nedeniyle BB’de yaşam boyu takip ve tedavinin devam etmesi elzemdir (1). Diğer taraftan BB mevsimsel değişkenlik gösterebilmektedir. İlkbahar ve yaz aylarında manik belirtilerde artış görülürken, sonbahar ve kış aylarında depresif belirtilerde artış görülür. Araştırmalar, manik, hipomanik, depresif ve karma belirtilerin sınırlarının net olmaması nedeniyle bireylerin BB tanısı almakta geç kaldıklarını göstermektedir. Tanı koyma sürecindeki ve tedaviye girişteki gecikmeler bireylere, yakınlarına, topluma ve ülke ekonomisine ağır yükler getirmektedir (2).

2.1.2. Epidemiyoloji

BB’nin yaşam boyu prevalansının %2.4 arasında olduğu bildirilmekle birlikte çalışmalar arasında farklılıklar bulunabilmektedir (1). BB tip II (BB-II)’in prevalansının BB tip I (BB-I)’e göre yüzde 50 daha fazla olduğu bildirilmiştir (13). Bu prevalansın kadın ve erkekler için benzer olduğu ancak klinik seyrin cinsiyetler arasında farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Ailede BB öyküsü olan kişilerde bozukluk daha erken başlamaktadır (14).

2.1.3. Etiyoloji ve Patofizyoloji

BB’nin etiyolojisinde birbirinden farklı ve öngörülmesi zor oranlarda etki eden faktörler olduğu düşünülmektedir. Kimyasal, çevresel ve genetik faktörler bunlardan bazılarıdır. Araştırmalar tek bir faktörün BB belirtilerini açıklamakta yetersiz olduğunu göstermektedir (13, 14).

Genetik Faktörler: Genetik faktörler BB gelişiminde %60-90 oranında etkili olabilmektedir (15). Genom Çapında İlişkilendirme Çalışması (Genome-Wide

Association Study) kapsamında 40 binden fazla BB tanılı birey ve 300 binden fazla sağlıklı kontrol bireyi incelenmiş ve HTR6, MCHR1, DCLK3 ve FURIN genlerinin BB ile ilişkileri ortaya çıkarılmıştır (16).

Beyinde Ortaya Çıkan Değişiklikler: Manyetik Rezonans Görüntüleme ve Beyin Tomografisi kullanılarak gerçekleştirilen çalışmalarda BB tanılı bireylerin serebral hacimlerinde azalma ve ventriküllerde büyüme saptanmıştır. Ayrıca BB patofizyolojisinde rol oynayan prefrontal-subkortikal devrelerde çeşitli anormallikler ortaya çıktığı belirlenmiştir. Prefrontal korteksteki hacim azalması ile karar verme ve duygu düzenleme mekanizmaları arasında ilişki bulunmaktadır (17). BB’de nörotrofik ve nöroprotektif süreçlerdeki bozulmalar da çeşitli bilişsel ve duygusal belirtilerle ilişkilidir (18).

Nörokimyasal ve Hormonal Etkenler: BB tanılı bireylerin beyin omurilik sıvısı, plazma ve postmortem doku örneklerinde nörotransmitter ve hormon seviyelerinin ölçülmesiyle çeşitli anormallikler tespit edilmiştir. Monoaminerjik (dopaminerjik, noradrenerjik, serotonerjik), kolinerjik, glutamaterjik, GABA-erjik, glukokortikoid ve peptiderjik sistemlerin BB patofizyolojisinde rol oynayan nörotransmitter ve hormonlar olduğu belirlenmiştir. Monoamin hipotezi ve dopaminerjik hipotez, BB patofizyolojisini açıklamak amacıyla oluşturulmuş önemli hipotezlerdir (19-21).

Psikososyal Etmenler: BB her ne kadar belirli bir yaş aralığında ortaya çıksa da ilk atağın ortaya çıktığı dönemde bireylerin yaşamlarında önemli olaylar yaşandığı bilinmektedir. Askerlik, evlilik, kayıp ve kaza gibi travmatik özellikleri olabilen olaylar BB’nin ortaya çıkışını tetikleyebilmektedir (22).

2.1.4. DSM-5-TR’de Bipolar Bozukluk

DSM-5-TR’de bipolar ve ilişkili bozukluklar başlığı adı altında incelenen bozukluklar şu şekildedir (23):

- Bipolar I Bozukluğu (BB-I)
- Bipolar II Bozukluğu (BB-II)
- Siklotimik Bozukluk
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Bipolar ve İlişkili Bozukluk
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmış Diğer Bir Bipolar ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluk

BB-I, tanısı koyabilmek için aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir (23).

Mani Dönemi

A. Kabarmış duygudurumun en az bir hafta süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu dönem boyunca, aşağıdakilerden üç ve daha fazlasının olması:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış
2. Azalan uyku ihtiyacı
3. Normalden daha konuşkan olma
4. Fikir uçuşması
5. Dikkatin dağınıklığı
6. Hedefe yönelik aktivitede artış
7. Acı verici sonuçlar doğurma potansiyeli yüksek faaliyetlere aşırı katılım

C. Duygudurum bozukluğu şiddetli ya da psikotik özellikler vardır.

D. Bu dönem, bir maddenin fizyolojik etkilerine veya başka bir tıbbi duruma bağlanamaz.

Hipomani Dönemi

A. Kabarmış duygudurumun en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu dönem boyunca, aşağıdakilerden üç ve daha fazlasının olması:

1. Şişirilmiş benlik saygısı
2. Azalan uyku ihtiyacı
3. Normalden daha konuşkan olma
4. Fikir uçuşması
5. Dikkatin dağınıklığı
6. Hedefe yönelik aktivitede artış
7. Acı verici sonuçlar doğurma potansiyeli yüksek faaliyetlere aşırı katılım

C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü dönemdir.

D. Duygudurumdaki bozukluk ve işlevsellikteki değişiklik başkaları tarafından gözlemlenebilir.

E. Bu dönem işlevsellikte belirgin bozulmaya neden olmaz. Psikotik özellikler varsa, söz konusu dönem, tanım olarak, mani dönemidir.

F. Bu dönem, bir maddenin (örn. bir ilacın) fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Majör Depresyon Dönemi

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha çoğu bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur.

- 1.Çökkün duygudurum
- 2.İlgide belirgin azalma
- 3.Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma.
- 4.Uykusuzluk ya da aşırı uyuma.
- 5.Psikomotor yavaşlama.
- 6.Enerji düşüklüğü.
- 7.Değersizlik duygusu.
- 8.Kararsızlık.
- 9.Ölüm düşünceleri.

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

C.Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

2.1.5. Klinik Seyir

BB'nin erkeklerde ortalama başlangıç yaşı 18 iken kadınlarda 19-20'dir. Belirtilerin ilk ortaya çıkışı 15-19 yaşları arasında görülse de 20-25 yaşları belirtilerin daha belirgin şekilde ortaya çıktığı dönemdir. Olguların üçte ikisinde ataklar depresyon ile başlarken, BB aile öyküsü belirgin olanlarda manik atakla başlangıç ihtimali daha yüksektir. Ayrıca manik atak sırasında depresif belirtilerin de eşlik ettiği karma ataklar kadınlarda daha sık görülmektedir. BB tanısının alındığı ilk yıllarda atakların şiddeti ve sıklığı daha yüksek iken ilerleyen yaşlarda atakların sayısı azalmaktadır (24).

BB ataklarının tekrarlama riski yüksektir. Tedavi almayan bireylerde bu risk daha da yüksektir. Ara dönemlerde BB belirtileri tamamen iyileşmekle birlikte duygudurumda dalgalanmalar görülebilmektedir. BB tanılı bireylerin %50-70'inde psikiyatrik eş tanı bulunmaktadır. BB klinik seyrinde intihar davranışları ölüme en sık sebebiyet veren durumlardır. BB tanılı bireyler uzun yıllar psikotrop ilaçlar kullanmakta ve bunlara bağlı olarak metabolik parametreleri etkilenmektedir. BB tanılı bireylerde hiperlipidemi,

obezite, hipertansiyon ve tip 2 diyabetes mellitus gibi metabolik hastalıklar sık görülmektedir (25).

2.1.6. Tedavi

BB tedavisi akut atak sırasında gerçekleştirilen tedavi ve remisyon dönemindeki koruyucu tedavilerden oluşmaktadır. Akut atak sırasındaki tedavinin hedefi mani, hipomani ya da depresyon belirtilerini yatıştırmaktır. Koruyucu tedavideki amaç ise remisyonun devam etmesini sağlamaktır. Manik atak psikiyatrik bir acildir. Bu dönemdeki tedavinin amacı bireyin ve çevresinin güvenliğinin sağlanması, riskli davranışların kontrol edilmesi ve uykusuzluğun kontrol altına alınmasıdır. Manik atakta kullanılan ilaçlar sodyum valproat, lityum, lamotrijin, karbamazepin, antipsikotikler ve benzodiyazepinlerdir. Manik atak döneminde gerekli durumlarda bireylerin stabil hale gelinceye kadar psikiyatri servisine yatırılması gerekebilir. Psikiyatrik yatış sırasında uygun koşulların sağlanması durumunda elektrokonvülsif tedavi (EKT) de bir diğer seçenektir. Manik ve hipomanik ataklarda antidepresan ilaçlar mevcut durumu daha da kötüleştirebileceği için tercih edilmez (26).

BB depresif dönem tedavisinde ise, etkili ve hızlı bir şekilde iyileşmeyi sağlamak hedeflenmektedir. Depresif atakta duyudurum düzenleyici olarak lityum ve lamotrijin kullanmak daha etkilidir. Bununla birlikte sodyum valproat ve karbamazepin de kullanılabilir. Antipsikotik ilaçlar ve antidepresanlar depresif atağın tedavisinde sıklıkla tercih edilen ilaçlardır. Gerekli durumlarda EKT kullanılabilir. İntihar düşüncesinin depresif atağa eşlik ettiği durumlarda psikiyatri servisine yatış zorunlu hale gelir. Yatış sonrası stabil hale gelen bireyin takip ve tedavileri ayaktan devam ettirilir (27).

Akut atak dönemleri geçtikten sonra remisyon dönemine giren bireylerde duyudurum düzenleyici ve antipsikotikler koruyucu tedavide kullanılmaya devam eder. Remisyon dönemindeki bireylerde özellikle destekleyici psikoterapi olmak üzere, bilişsel davranışçı terapi, kişiler arası ilişkiler psikoterapisi gibi terapi yöntemlerinin bireyin tedavi uyumunu, hastalığıyla ilgili bilgi düzeyini artıracak, psikiyatrik belirti ve atak dönemlerini daha sağlıklı değerlendirme fırsatı sunacağı unutulmamalıdır (26-27).

2.1.7. Ayırıcı Tanı

Madde ve ilaca bağlı duyudurum bozuklukları, başka bir tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkan duyudurum bozukluğu, siklotimik bozukluk, şizoaftif bozukluk,

şizofreni, sanrısız bozukluk, borderline kişilik bozukluğu, narsisistik kişilik bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu BB'nin ayırıcı tanısında yer almaktadır (28).

2.2. Kendini Damgalama

Damgalama (stigmatizasyon), bir kişinin toplumun geri kalanından olumsuz anlamda farklı olarak daha değersiz bir kimlikle görülmesini ifade eden bir kavramdır. Damgalama, kişinin ait olduğu “farklı” olarak nitelendirilen grup nedeniyle kişiye ön yargıyla yaklaşılmasına, kişinin ayrımcılığa uğramasına yol açarak diğer insanların dışına atılmasına neden olur. Psikiyatrik bozukluklara yönelik damgalama toplumda en sık karşılaşılan damgalama çeşididir. Bu duruma ne sık neden olan şey psikiyatrik bozukluklarla ilgili bilgi eksikliğidir. İnsanlar psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin her an her şeyi yapabileceklerini düşünmekte ve davranışlarının tahmin edilmesinin güç olduğunu düşünmektedir (29, 30).

Sosyal psikologlar, damgalanma oluşumunda toplumsal ve kişilerarası süreçlerin rolünü kabul ederken, sosyal izolasyona ve dışlanmaya yol açabilecek içsel ve sonraki davranışsal süreçlerle ilgili olarak damgalamayı incelemişlerdir. Psikiyatrik bozukluklarla ilişkilendirilen olumsuz stereotipleri kabul eden kişiler, olumsuz duygular ve duygusal tepkiler geliştirir ve bu bir ön yargıdır. Bu duygusal tepkiden ayrımcılık veya damgalanmış bir dış gruptaki kişi hakkında olumsuz düşünce ve duygulara sahip olmaya verilen davranışsal tepki ortaya çıkar. Toplumun genelinin bir üyesi, akıl hastalığı olan kişinin tehlikeli olduğuna dair korkusu ve inancı nedeniyle psikiyatrik bozukluğu olan bir kişiden uzak durmayı seçebilir (30, 31).

Sosyal damgalamaya maruz kalan bireylerde bir süre sonra kendini damgalama görülebilir. Dış dünyadan kendisine yöneltilen olumsuz stereotiplere sürekli olarak maruz kalan psikiyatrik bozukluğa sahip bir bireyde bir süre sonra bu stereotiplerin içeriğine benzer şekilde kendisine yönelik olumsuz düşünceler ortaya çıkar. Bir kişi olumsuz stereotipleri içselleştirdikten sonra olumsuz duygusal tepkiler verebilir. Düşük benlik saygısı ve zayıf öz yeterlilik, bu olumsuz duygusal tepkilerin başlıca örnekleridir (32, 33). Zayıf öz yeterlilik ve düşük öz saygı, istihdamı ve bağımsız yaşamı teşvik eden fırsatlardan yararlanamamayla da ilişkilendirilmiştir (33). Kendini damgalama eğilimi olan bireylerin benlik saygılarının buna bağlı olarak düştüğünü vurgulanmıştır (34-35).

Kendini damgalama, sıklıkla algılanan damgalanmayla, yani kişinin psikiyatrik bozukluk etiketi nedeniyle toplumun ön yargılı olduğunu ve kendisine karşı ayrımcılık yapacağını kabul etmesiyle eş tutulmuştur. Kendini damgalama düzeyi yüksek olan

bireylerin benlik saygısı, öz yeterlik, yaşam doyumu ve umut düzeyinin düşük olduğu görülmektedir. Düşük öz yeterlik ve benlik saygısına bağlı olarak bu kişilerin yaşam amaçlarını gerçekleştirmek için eyleme geçme isteklerinin daha az olduğu bulunmuştur (36). Özellikle algılanan değersizleştirme ve ayrımcılığın, öz saygının azalmasına yol açtığı düşünülmektedir. Bunun aslında ilerici bir kendini damgalama modelinin ilk aşaması olduğuna inanılmaktadır. Bu nedenle, kamusal damgalamaların içselleştirilmesi sürecinin birbirini takip eden bir dizi aşamadan geçtiği görülmektedir. Genel modelde, istenmeyen bir duruma sahip bir kişi, durumuyla ilgili toplumsal damgalamanın farkındadır (farkındalık). Bu kişi daha sonra grupla ilgili bu olumsuz kamusal stereotiplerin doğru olduğunu kabul edebilir (anlaşma). Daha sonra kişi bu stereotiplerin kendisi için de geçerli olduğunu kabul eder (uygulama). Bu durum zarara yol açabilir, özgüven ve öz yeterlilikte önemli düşüşlere yol açabilir. Kendini damgalamaya ilişkin diğer araştırmalardan farklı olarak aşamalı model, damgalanmanın benlik üzerindeki zararlı etkilerinin daha sonraki aşamalara kadar ortaya çıkmadığını göstermektedir. Kişi damgalamayı uygulayana kadar, öz saygıya veya öz yeterliliğe zarar gelmez (33-36).

2.2.1. Bipolar Bozuklukta Kendini Damgalama

Kendini damgalama, psikiyatrik bozukluğa ilişkin algılanan damgalanmaya yönelik bireysel bir geri bildirimdir. Bir kişinin orijinal veya arzu edilen kimliğini kaybettiği istenmeyen bir süreç olarak tanımlanabilir. Kendini damgalama, BB tanılı bireyin kendisinden kaynaklanmaktadır. BB tanılı bireylerle yapılan çalışmalarda, kendini damgalamanın yaşam kalitesinde azalma, benlik saygısında azalma, ahlaki değerlerde azalma, kaçınma davranışlarında artış, tedavi uyumunda bozulma, sık hastaneye yatış, intihar girişimleri ve sosyal geri çekilme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (37). Latalova ve ark. (37) tarafından BB tanılı bireylerde kendini damgalamayı araştıran çalışmaların derlendiği bir çalışmada BB'de kendini damgalamanın sosyal işlevselliği azalttığı, yaşam kalitesini düşürdüğü ve etkili tedavinin gecikmesi ya da engellenmesiyle sonuçlandığı bildirilmiştir. Gilkes ve ark. (38) tarafından gerçekleştirilen çalışmada 275 BB tanılı birey incelenmiş ve kendini damgalama ile yaş, iş durumu, evlilik durumu ve algılanan bilişsel işlevsellik arasında negatif bir ilişki saptanırken, kendini damgalama ile depresyon şiddeti ile pozitif bir ilişki saptanmıştır. Aynı çalışmada (38) depresyon varlığı, evli olmama ve manik belirtilerin kendini damgalamayı %37 oranında tahmin ettiği bildirilmiştir. Richard-Lepouriel ve ark. (39) tarafından gerçekleştirilen niteliksel bir çalışmada BB tanılı bireylerin kendini damgalama deneyimleri araştırılmış ve BB tanılı

bireylerde kendini damgalama sürecinin dil, davranışlar, ilişkiler, kişisel deneyim, kimlik ve sağlık hizmetleri şeklinde altı tema etrafında şekillendiği gösterilmiştir.

Hayward ve ark. (40) BB tanısı alan bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada bireyler, çevreleri tarafından arkadaş kabul edilmeyeceklerini, daha az zeki ve güvenilmez olarak görüleceklerini, çalıştıkları yerlerdeki patronlarının kendilerine iyi bir ücret vermek istemeyeceklerini ve geriye kalan çalışanlara davrandıkları gibi davranmayacaklarını, kadınların kendileri ile görüşmek istemeyeceğini, psikiyatri kliniğine yattıkları ve tedavi gördükleri için fikirlerinin daha az ciddiye alınacağını ifade etmişlerdir.

2.3. Öz Şefkat

Öz şefkat, öz şefkati tanımlayan ilk makalelerin yayınlanmasından bu yana birçok araştırmacının ilgisini çekmiş ve çeşitli araştırmaların konusu olmuştur. Öz şefkatin ne olduğunu daha iyi anlayabilmek için öncelikle daha genel anlamda şefkat hissetmenin ne anlama geldiğini düşünmek faydalı olacaktır. Şefkat, acı çekme deneyimine duyarlılığı ve bu acıyı hafifletmeye yönelik derin bir arzuyu içerir. Bu, şefkati deneyimlemek için öncelikle acının varlığını kabul etmeniz gerektiği anlamına gelir (41).

Kendine şefkat, acı çekme deneyimiyle karşı karşıya kaldığımızda ilgi ve ilgi nesnesi olarak kendimizle ilişki kuran, içe yönelik şefkattir. Çeşitli Budist öğretilerinden yararlanan Neff (42), öz-şefkati üç ana unsurdan oluşacak şekilde açıklamıştır: Nezaket, ortak insanlık ve farkındalık. Bu bileşenler bir araya gelir ve karşılıklı olarak etkileşime girerek öz şefkatli bir ruh hali yaratır. Öz şefkat, kişisel yetersizlikleri, hataları ve başarısızlıkları değerlendirirken olduğu kadar zihinsel, duygusal veya fiziksel acıya neden olan daha genel yaşam durumlarıyla mücadele ederken de önemlidir.

2.3.1. Öz Şefkatin Bileşenleri

Öz Şefkatin Birinci Bileşeni Nezaket (Self-Kindness): Batı kültürü başkalarına karşı nazik olmaya büyük önem verir, ancak kendimize pek fazla önem vermez. Bir hata yaptığımızda ya da bir şekilde başarısız olduğumuzda, sıklıkla sert, eleştirel bir iç dil kullanırız. Doğrudan sorulduğunda çoğu insan, başkalarına karşı kendilerinden daha nazik olduklarını bildirmektedir ve sürekli olarak kendilerini hırpalayan son derece nazik ve şefkatli insanlarla karşılaşmak alışılmadık bir durum değildir (43). Ancak ve ancak kendimize karşı şefkatli davranırsak kendimize karşı destekleyici ve anlayışlı oluruz. İç diyaloglarımız sert ve aşağılayıcı olmaktan ziyade yumuşak ve cesaret vermeye başlar.

Benzer şekilde, dış yaşam koşulları zorlayıcı ve dayanılması zor olduğunda kendimizi sakinleştirir ve besleriz. Kendi sıkıntılarımızdan etkileniriz, böylece sıcak duygular ve acılarımızı dindirme arzusu ortaya çıkar (41, 42).

Öz Şefkatin İkinci Bileşeni Ortak İnsanlık (Common Humanity): Öz şefkatin merkezinde yer alan ortak insanlık duygusu, herkesin başarısız olduğunu, hata yaptığını ve bazen yanlış yaptığını kabul etmeyi içerir. Ancak çoğu zaman, mücadelelerimizi ve başarısızlıklarımızı düşünürken kendimizi izole edilmiş ve diğerlerinden kopmuş hissederiz, mantıksız bir şekilde bu kadar zor zamanlar geçirenin yalnızca kendimiz olduğunu düşünürüz. Ancak öz şefkatle paylaşılan insan deneyimini hatırlayarak, acı çektiğimizde kendimizi daha az yalnız hissederiz. Bu nedenle kendine şefkat, kendine acıtmaktan oldukça farklıdır. Kendine acıma, insanların kendi sorunlarına gömüldüğü ve başkalarının da benzer sorunları olduğunu unuttuğu bir “vay bana” tutumudur. Öz şefkat hepimizin acı çektiğini kabul eder ve bu nedenle başkalarını da kapsayan bağlantılı bir zihniyeti teşvik eder (41, 42).

Öz Şefkatin Üçüncü Bileşeni Farkındalık (Mindfulness): Öz şefkat, olumsuz düşüncelerimiz ve duygularımıza karşı dikkatli bir farkındalık gerektirir, böylece onlara denge ve soğukkanlılıkla yaklaşılır. Farkında olduğumuzda, yargılamadan, kaçınmadan veya bastırmadan, şimdiki anın gerçekliğine deneyimsel olarak açık oluruz. Kendimizi şefkatle kucaklamak için öncelikle acı veren düşünce ve duygularımıza yönelmeye ve onları deneyimlemeye istekli olmalıyız. Olumsuz benlik kavramlarımızı gerçek benliğimizle karıştırmak yerine, düşüncelerimizin ve duygularımızın tam da bu olduğunu, yetersiz ve değersiz benliklerimizin hikâyesine olan sorgusuz inancımızı bırakmamıza yardımcı olduğunu fark edebiliriz. Neff (42), öz şefkatin üç bileşeninin kavramsal olarak farklı olduğunu, aynı zamanda örtüştüklerini ve birbirlerini doğurma eğiliminde olduklarını öne sürmektedir. Örneğin, farkındalığın kabullenici duruşu, öz yargılamayı azaltmaya ve ortak insanlığımızı tanımak için gereken iç görüyü sağlamaya yardımcı olur. Benzer şekilde, kendine karşı nezaket, olumsuz duygusal deneyimlerin etkisini azaltır ve bunlara karşı dikkatli olmayı kolaylaştırır. Acının ve kişisel başarısızlıkların başkalarıyla paylaşıldığının farkına varmak, kendini suçlamanın derecesini azaltırken aynı zamanda aşırı özdeşleşme sürecinin bastırılmasına da yardımcı olur. Bu nedenle, öz şefkat en iyi şekilde birbiriyle etkileşim halindeki parçalardan oluşan tek bir deneyim olarak anlaşılır (41-43).

2.3.2. Bipolar Bozuklukta Öz Şefkat

Benliğe yönelik belirli duygusal eğilimler içeren öz şefkatin yüksek oluşu, zor zamanlarda bireyin kendisine karşı nazik ve anlayışlı olmasını ve zorlukları daha geniş bir deneyimin parçası olarak algılamasını ifade etmektedir (12). Daha geniş anlamda, kişinin deneyimlerine karşı kabul edici ve yargılamayan bir tutumu içerir. Düşük öz şefkat BB tanılı bireylerin çeşitli klinik özelliklerle ilişkili olarak tecrübe ettikleri bir durum olabilir. Døssing ve ark. (12) BB tanılı bireyleri sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırdığı çalışmada BB tanılı bireyleri anlamlı derecede düşük öz şefkate sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca öz şefkat ile yaşam doyumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Fletcher ve ark. (44) BB tanılı bireyler üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada düşük öz şefkatin depresyon ve anksiyete belirtilerinde yükseklikle ve duygu düzenleme mekanizmalarında bozulmalarla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Yang ve ark. (8) BB tanılı bireylerde, düşük öz şefkatin depresyon şiddetinde artışla ilişkili olduğunu saptamıştır. Mackali ve ark. (4) BB tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ile kendine nezaket, öz yargılama, izolasyon, farkındalık, aşırı özdeşleşme gibi öz şefkat bileşenleri ve psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı ilişkiler bulmuştur. Kendini yargılama ve kendine karşı nezaketin, içselleştirilmiş damgalanma ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiye aracılık ettiği gösterilmiştir. Ranjbar ve ark. (45) BB tanılı bireylerde damgalama ile öz şefkatin sosyal izolasyon alt boyutu arasında ters bir korelasyon olduğunu saptamıştır. Palmer-Cooper ve ark. (46)'ın BB tanılı bireylerde gerçekleştirdiği çalışmada, öz şefkatin uyumsuz bilişler ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiye kısmen aracılık ettiği, daha yüksek işlevsiz bilişler ve daha düşük öz şefkatin artmış depresyon belirtilerini tahmin etmede kullanılabileceği bildirilmiştir.

2.4. Psikolojik İyi Oluş

Psikolojik iyi oluş, yaşamın farklı alanlarının genel anlamda iyi gitmesiyle ilgilidir. Kendini iyi hissetme ve etkili çalışmanın birleşimidir. Sürdürülebilir refah, bireylerin kendilerini her zaman iyi hissetmelerini gerektirmez; hayal kırıklığı, başarısızlık, keder gibi acı verici duyguların deneyimlenmesi yaşamın normal bir parçasıdır ve bu olumsuz veya acı verici duyguları yönetebilmek, uzun vadeli refah için çok önemlidir. Ne var ki, olumsuz duygular aşırı düzeyde ya da çok uzun süreli olduğunda

ve kişinin günlük yaşamını sürdürme becerisine müdahale ettiğinde psikolojik sağlık tehlikeye girer (47).

İyi hissetme kavramı, mutluluk ve memnuniyet gibi olumlu duyguların yanı sıra ilgi, bağlılık, güven, şefkat gibi duyguları da içermektedir. Etkili işleyiş kavramı (psikolojik anlamda), kişinin potansiyelinin gelişmesini, kişinin hayatı üzerinde bir miktar kontrole sahip olmasını, bir amaç duygusuna sahip olmasını (örneğin, değerli hedeflere doğru çalışmak) ve olumlu ilişkiler deneyimlemeyi içerir (11, 47).

2.4.1. Bipolar Bozuklukta Psikolojik İyi Oluş

BB'de psikolojik iyi oluşu farklı yönleriyle araştıran çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (11). Psikolojik iyi oluş düzeyini ötimik dönemdeki BB tanılı bireylerle genel toplum arasında karşılaştıran Katz ve ark. (48) depresyon belirti düzeyi düşük olsa bile iyilik halindeki BB tanılı bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerinin genel topluma göre düşük olduğunu göstermiştir. Keyes ve ark. (49) psikolojik iyi oluştaki olumlu yöndeki değişimin nüksü azaltmada etkili olduğunu bildirmiştir. Jupille ve ark. (11) BB tanılı bireylerde tanının kabul edilmesi yoluyla olumlu bir kimlik inşası, kişisel farkındalık artışı ve öz yönetimin psikolojik iyi oluş için belirleyici olduğunu saptamıştır. MacQueen ve ark. (50) psikolojik iyi oluş için geçmiş depresif atak sayısının, geçmiş manik atak sayısından daha güçlü bir belirleyici olduğunu belirtmiştir. Haglili ve ark. (51), algılanan bilişsel hataların, hem genç hem de yaşlı BB tanılı yetişkinlerde daha düşük psikolojik iyilik haliyle önemli ölçüde ilişkili olduğunu bildirmiştir.

2.5. Bipolar Bozuklukta Kendini Damgalamayı Azaltma, Öz Şefkat ve Psikolojik İyi Oluşu Artırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Hemşirelik mesleğinin gelişimi ve değişimi ile birlikte geçmişten günümüze hemşirelik rollerinde büyük değişimler yaşanmıştır. Hemşirelik pratiğinde gerçekleşen değişimler, sağlık hizmetlerinin sunumundaki ilerlemeler ve teknolojik gelişmeler hemşirelikte alt uzmanlık dallarının ortaya çıkmasını sağlamıştır. Amerikan Hemşireler Birliğinin 2007 yılında yaptığı tanımlamaya göre (52), “ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi, sanat olarak mesleğin amaçlı icrası, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramların, araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren ruh sağlığı profesyonelidir”. Ülkemizde psikiyatri hemşireliği eğitimi almış kişiler toplum ruh sağlığı merkezlerinde, hastanelerin poliklinik ve servislerinde, alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde, ruh sağlığı hastanelerinde

ve okullarda toplum ruh sağlığını geliştirmek, rehabilite etmek ve bireyi topluma kazandırmak amacı ile tüm bilgi ve birikimleri ile görev almaktadırlar (53).

BB’de hastalığın ortaya çıkarılabileceği sorunların iyi tanımlanması, bozukluk sürecinin iyi bir şekilde yönetilmesi ve bir plan program dâhilinde iyilik haline bireyin ulaşabilmesi için hastalığı ve süreci iyi bilen birinin mentorlüğüne ihtiyaç duymaktadır. Psikiyatri hemşiresinin hemşirelik kuramları dâhilinde yaptığı bakım ve tedavi ile kişinin hem sosyal ve fiziksel gereksinimlerini karşılarırken bir yandan da kişinin en kısa sürede bağımsız bir şekilde hayatını sürdürebilme yetkinliğine destek olduğu bilinmektedir. Hemşirelik kuramcısı Lydia Hall, hemşirelerin kişiye bakım verirken eğitici ve rehabilite edici yönlerini kullandığını, bakımın bireyin öğrenme ihtiyaçlarının anlaşılmasına aracı ettiğini, bireyin öğrenme ve eğitim ile desteklendiğini ifade etmektedir (54).

BB tanısı almış ve hastanede yatışı bulunan kişi ile en çok zaman geçiren ve onu gözlemleme süresi en uzun olan kişi psikiyatri hemşiresidir. Bu yüzden bir psikiyatri hemşiresinin BB tanısı almış kişiyi tanıyabilmesi, ona nasıl yaklaşması gerektiğini, iyilik haline en kısa sürede ulaşabilmesi için nasıl bir bakım alması gerektiğini bilmesi gerekir. Psikiyatri hemşireliğinin süreci; kişiye, hastalığına ve çevresine yönelik veri toplama ve bu verilerin tanımlanması, tanımlanan verilerin sonucunda bir bakım planı oluşturulması, oluşturulan planlamanın en kısa sürede uygulanması ve hayata geçirilmesi, sürecin sonunda aldığımız geri dönütlerin değerlendirilmesi olarak tanımlanabilir. Bu olumsuz faktörlerin en aza indirilmesi için ekip çalışması ile uygun tedavi, ilaç ve bakım planlanmalıdır. Kişiye dışardan gelebilecek zararlar ve kişinin dışarıya verebileceği zararlar göz önünde bulundurulmalıdır. BB tanılı kişilere yönelik bakım hizmetlerinin bütüncül değerlendirme ile planlanmasının, ayrıca ilaç tedavisinin yanında kişinin iyileşmenin merkezinde olmasını sağlayan yöntemlerin geliştirilmesine önem verilmesi gerektiği söylenebilir (55).

25 Nisan 2007 tarihinde kabul edilen “Hemşirelik Kanunu”nda Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği alanında lisansüstü eğitimlerini tamamlayan hemşirelere uzman hemşire unvanı verildiği ibaresi yer almıştır. 19 Nisan 2011 tarihinde Çalışılan Birim/Servis/Ünite/Alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Hemşireliği başlığı altında görev yetki ve sorumlulukları ayrı ayrı başlıklarda açıklanmış ve görev tanımları belirlenmiştir. Bu yönetmelikle birlikte ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresine sağlık eğitimi, psiko-eğitim, ilaç etki ve yan etkileri eğitimi, sağlık eğitimi, bireye ve yakınlarına iletişim danışmanlığı ve eğitimi verme gibi roller verilmiştir. Genel olarak bakıldığında eğitim ve danışmanlık

rolleri hemşirenin bakımdan sonraki en büyük rollerinden biri olmuştur. BB tanısı almış bireyin tedavisi konusunda ilaç kullanımı, alabileceği psiko-eğitim veya psikoterapiler konusunda, ailesinin kişiye yaklaşımı konusunda, hastalığın belirli dönemlerinde veya bireyin alevlenme dönemlerinde nasıl bir yol izlenebileceği hakkında eğitimler verebilir. Bu roller kapsamında ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi, kişinin kendini damgalama düzeyini ve bu düzeyin yanında kendine gösterdiği öz şefkati değerlendirip, kişinin kendini damgalama düzeyini azaltıp öz şefkatini yükseltmeye yönelik planlamalar yaparak bu planlamalar doğrultusunda eğitim verebilir. Farklı psikoterapi çeşitleri ile kişinin kendini damgalamasını azaltıp psikolojik iyi oluş halini yükseltebilir. Verilen yasal yetkiler ile ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi kişinin kendini damgalamasını azaltıp kendine olan öz şefkatinin artmasında ve psikolojik iyi oluş halinin artmasında kişi ve ailesi ile birlikte planlama yaparak iyilik halini kazanmada rol oynayabilir (56).

Bunların yanında hemşirelerin süreç içerisindeki rollerinde iyi bir tutum sergileyebilmeleri için kendilerinin de ruhsal bozukluklara olan olumsuz tutumlarının farkında olmaları ve bu tutumları olumluya çevirmeleri gerekir. Hemşire tarafından yönetilen bir çalışma toplumunda ve bireyde güven duygusu oluşturabilir. Bireylerin öz şefkat düzeylerini yükseltmek için kendilerindeki olumlu özelliklere yönelmesini sağlamalıdır. Bireyin hayatının anlam kazanması ve kendini damgalama düzeyinin azalması için kendini iyi hissettiği aktiviteler planlamalı, terapilere birey ile birlikte katılmalı ve bireyin sosyal benlik algısının oluşması ve psikolojik iyi oluş halinin sağlanması için onları desteklemelidir (57).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel ve ilişkisel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi erişkin psikiyatri polikliniği ile birlikte Malatya Battalgazi Devlet Hastanesi erişkin psikiyatri polikliniğinde Ocak 2024 - Aralık 2024 tarihleri arasında gerçekleştirildi. İnönü Turgut Özal Tıp Merkezi erişkin psikiyatri haftaiçi 08-16 mesai saatleri içinde hizmet veren ve her gün üç poliklinik aktif olarak hizmet vermektedir. Aynı şekilde Malatya Battalgazi Devlet Hastanesi haftaiçi 08-16 mesai saatleri içinde iki poliklinik aktif bir şekilde hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi ve Malatya Battalgazi Devlet Hastanesi'nin erişkin psikiyatri polikliniklerinde takip ve tedavi edilen DSM-5-TR tanı kriterlerine göre BB-1 tanısı almış bireyler oluşturdu. Örneklem büyüklüğü, %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile etki büyüklüğünü tespit etmek için güç analizi yapılarak belirlendi. Bu analiz sonucunda, araştırmanın anlamlı sonuçlar üretebilmesi için en az 93 katılımcıya ihtiyaç duyulduğu belirlendi. Araştırmaya katılım, belirlenen kriterleri karşılayan ve gönüllü olan hastalarla sınırlı tutulmuş ve ulaşılabilen tüm hastalara katılım çağrısında bulunuldu. Bu nedenle, örneklem seçimi için uygun örnekleme yöntemi kullanıldı. Araştırma, araştırmacının ve klinisyenlerin çabaları sayesinde belirtilen merkezlerde takip ve tedavi edilen toplam 121 BB-I tanılı bireyle sonlandırıldı. Veri toplama sürecinde 130 tanılı birey ile görüşme yapıp bunlardan 9 tanesinin ölçek değerlendirmesi sürecinde yarıda kesmesi ve tutarlı bilgiler vermemesi üzerine görüşme yarıda kesilmiştir. Bu, hedeflenen örneklem sayısına ulaşılmasını sağladı.

3.3.1. Araştırmanın Dahil Etme Kriterleri

1. 18 ile 65 yaş aralığında olmak,
2. Türkçe okuma ve yazma becerisine sahip olmak,

3. DSM-5-TR tanı kriterlerine göre Bipolar Bozukluk Tip I tanısı almış olmak ve bu tanısına yönelik düzenli psikotrop ilaç tedavisi alıyor olmak.

3.3.2. Araştırmanın Dışlama Kriterleri

1. Araştırmacı ile etkili iletişim kurmayı engelleyecek düzeyde bilişsel veya iletişimsel sorunlara sahip olmak (örneğin, ileri demans, akut psikoz, ağır işitme kaybı vb.).
2. Zeka geriliği veya benzeri bir zihinsel engele sahip olmak.
3. Bipolar Bozukluk Tip I tanısı dışında, araştırmanın değişkenlerini etkileyebilecek başka bir aktif psikiyatrik tanısı olmak (örneğin, Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk, Madde Kullanım Bozukluğu, Ağır Depresif Bozukluk vb.),

3.4. Veri Toplama Araçları

Verileri toplamak için araştırmacı tarafından oluşturulan Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu (EK-3), Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği (EK-4) Öz-Duyarlılık Ölçeği (EK-5) ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (EK-6) kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu form yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kiminle birlikte yaşadığı gibi sosyodemografik değişkenler ve BB tanı alma yaşı, BB tanısı için hastaneye ne şekilde başvurduğu, BB seyrindeki manik atak sayısı, depresif atak sayısı, karma atak sayısı, psikotik belirti öyküsü, intihar girişimi öyküsü, ilaç tedavisi öyküsü, psikoterapi öyküsü, EKT öyküsü, medikal tedaviye uyum ve aile desteği gibi klinik değişkenleri sorguladı.

3.4.2. Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği (PYAKDÖ)

Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği (PYAKDÖ), Vogel ve ark. (58) tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye çevirisini ilk kez Acun-Kapıkıran ve Kapıkıran (59) yapmıştır. Başlarda 28 maddeden oluşan ölçek süreç içinde geçerlilik ve güveninirliğini sağlamak amacı ile 10 maddeden oluşan bir ölçeğe çevrilmiştir. On maddeden oluşan ölçek bireylerin psikolojik yardım aramada kendini damgalama düzeylerini ölçmek için yapılmıştır. Boyut sayısı tek ve beşli likert türünde bir ölçektir. Ankete katılan kişiler [1] ‘Tamamen katılmıyorum’ ile [5] ‘Tamamen Katılıyorum’

arasında değerleri işaretlemektedir. Ölçeğin 2, 4, 5, 7 maddeleri ters puanlanan maddeleridir. PYAKDÖ'nün puanları 0 ve 50 arasında alınan puanlardan oluşmaktadır. PYAKDÖ'den alınan yüksek puan kendini damgalamanın yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin 10 maddeli formunun Türkçe geçerlilik ve güvenirlik alışması Kaya ve ark. (60) tarafından gerçekleştirilmiştir. PYAKDÖ için her bir maddenin silinmesi halinde hesaplanan Cronbach Alfa 0.68 ile 0.71 arasında değişmektedir. Ölçeğin tümü için Cronbach Alfa katsayısı ise 0.71 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada Cronbach Alfa katsayısı 0.81 olarak tespit edildi.

3.4.3. z-Duyarlılık leği (D)

z-Duyarlılık leği (D), Neff (43) tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir. D'nün Türkçe geçerlilik ve güvenirlik alışması Akın ve ark. (61) tarafından 2007 yılında 633 niversite öğrencisinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. D 26 maddeden oluşmaktadır. 26 maddeden oluşan ölçek kişilerin öz şefkat düzeylerini ölçmek için kullanılmaktadır. D'nun puanları 1 ve 5 arasında değişmektedir. D'nün puanları 26 ile 130 arasında alınan puanlardan oluşmaktadır. D öz yargılama, öz sevecenlik, izolasyon, paylaşımların bilincinde olma, aşırı özdeşleşme ve bilinçlilik olmak üzere altı boyuttan oluşmaktadır. D beşli likert tipi bir ölçektir (1=Hibir Zaman; 2=Nadiren; 3=Sık Sık; 4=Genellikle; 5=Her Zaman). D'nün iç tutarlık katsayıları öz sevecenlik alt leği için 0.77, öz yargılama için 0.72, paylaşımların bilincinde olma için 0.72, izolasyon için 0.80, bilinçlilik için 0.74 ve aşırı özdeşleşme için 0.74 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada, katılımcıların öz şefkat düzeylerini belirlemek için D kullanıldı. Bu araştırmada, Cronbach Alfa değerleri öz sevecenlik alt leği için 0.91, öz yargılama için 0.93, paylaşımların bilincinde olma için 0.89, izolasyon için 0.92, bilinçlilik için 0.89 ve aşırı özdeşleşme için 0.76 olarak tespit edildi.

3.4.4. Psikolojik İyi Oluş leği (PİO)

Psikolojik İyi Oluş leği (PİO), Diener ve ark. (62) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik alışması Telef (63) tarafından yapılmıştır. Ölçek 8 maddeden oluşmaktadır. PİO yeterlilik hissi, olumlu ilişki kurma, amacına uygun ve anlamlı bir yaşam sürdürme gibi önemli kavramları irdelemektedir. Derecelendirme beşli likert tipinde yapılmaktadır (1=Kesinlikle Katılmıyorum; 2=Katılmıyorum; 3=Kararsızım; 4=Katılıyorum; 5=Kesinlikle Katılıyorum). Ölçekteki sekiz maddenin tamamı olumlu cümleler şeklindedir. Ölçekteki puanlar 8 ile 56 arasında değişmektedir.

Bu ölçeğe göre yüksek puan psikolojik iyi oluşun yüksek olduğunu göstermektedir. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği'nin güvenirlik çalışması Cronbach alfa katsayısı ve test tekrar test yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada Cronbach Alfa değeri 0.95 olarak tespit edildi.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Ocak 2024 – Aralık 2024 tarihleri arasında Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi ve Malatya Battalgazi Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniklerinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılan anketler doğrultusunda toplanmıştır. Görüşmeler sırasında ölçekler bireyler ile görüşme yapan görüşmeci tarafından hastaların beyanları doğrultusunda doldurulmuştur. Psikiyatri uzmanları tarafından BB-I tanısı konulan ve tedavi ile remisyona giren bireyler çalışmaya dâhil edilmiştir. Bu şekilde atakların sonuçlara olası etkilerinin ortadan kaldırılması amaçlandı. Bir görüşme ortalama 30-35 dakika sürdü. Araştırmacı verilerin sağlıklı veriler olması konusunda titiz bir çaba gösterildi. Bu doğrultuda araştırmacı bu ölçeklerden veri elde ederken, klinisyenlerin bireyle etkileşimleri ve/veya bireyle düzenli olarak etkileşimde bulunan aile üyelerinin veya klinik personelinin raporları gibi bilgilerden yararlanıldı.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Sosyodemografik ve klinik parametreler(örneğin tanı alma tarihi,iyileşme tarihi,klinik değerlendirmeler vb.) araştırmanın bağımsız değişkenleri olarak kabul edildi.

3.6.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

PYAKDÖ, ÖDÖ ve PİÖÖ araştırmanın bağımlı değişkenleri olarak kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın temel sınırlılığı, kesitsel araştırma desenine sahip olmasıdır. Kesitsel desen, değişkenler arasındaki ilişkileri var olan haliyle ortaya koymakla birlikte, bu ilişkilerin nedensel yönünü ve zaman içindeki değişimini belirleme konusunda sınırlıdır. Araştırma örneklemi, Malatya ilindeki iki hastanenin erişkin psikiyatri polikliniklerinde tedavi gören Bipolar Bozukluk Tip I tanılı bireylerden oluşmaktadır. Bu bölgesel örneklem, Türkiye'nin diğer bölgelerindeki veya farklı sosyokültürel yapıdaki bipolar bozukluk popülasyonlarını temsil etme konusunda sınırlılıklar taşıyabilir. Veri

toplama sürecinde öz bildirim ölçeklerinin kullanılması, katılımcı yanlılığı (response bias) riskini beraberinde getirmektedir. Katılımcılar, sosyal olarak kabul edilebilir yanıtlar verme eğiliminde olabilirler veya kendi algılarını ve deneyimlerini istedik yönde çarpıtabilirler. Özellikle, hassas konuları (örneğin, damgalama, ruh sağlığı sorunları) içeren ölçeklerde bu yanlılık daha belirgin olabilir. Gelecekteki çalışmalar, öz bildirim verilerini klinik görüşmeler, gözlem verileri veya fizyolojik ölçümler gibi çoklu veri kaynaklarıyla destekleyerek bu sınırlılığı azaltabilirler. Bu araştırma, Bipolar Bozukluk Tip I tanılı bireylerle sınırlı tutulmuştur. Bipolar bozukluğun alt tipleri (Tip II, Siklotimi vb.) arasında kendini damgalama, öz şefkat ve psikolojik iyi oluş ilişkileri farklılık gösterebilir. Gelecekteki çalışmalar, farklı bipolar bozukluk alt tiplerini karşılaştırmalı olarak inceleyerek, bu farklılıkları ve alt tipe özgü müdahale yaklaşımlarını belirleyebilirler.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Bu çalışmanın etik kurulu İnönü Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı (EK-2). Ayrıca İnönü Üniversitesi'nden Turgut Özal Tıp Merkezi (EK-7) için ve Malatya İl Sağlık Müdürlüğü'nden Malatya Battalgazi Devlet Hastanesinde çalışmanın yürütülebilmesi için yazılı izin alındı (EK-8). Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan ve varsa vasilerinden yazılı aydınlatılmış onam alındı (EK-9). Verilerin bilimsel amaçlarla kullanılacağı ve gizlilik ilkesine riayet edileceği bilgisi verildi. Araştırma Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütüldü.

3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi

Veriler, başlangıç istatistiksel testleri ve tanımlayıcı istatistikler için IBM SPSS (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi) 26.0 kullanılarak analiz edildi (64). Verilerin normalliğini değerlendirmek için Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı ve sonuçlar yüzde, ortalama ve standart sapma olarak ifade edildi. Normal dağılım ve varyans homojenliği kontrollerinin ardından, tanımlayıcı değişkenler ve ölçek skorları arasındaki ilişkileri araştırmak için parametrik testler yapıldı. Normal dağılım ve varyans homojenliği (Levene testi) ile doğrulanan bu testler, bağımsız örneklem t-testleri ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA)'yı içeriyordu ve anlamlı farklılıklar bulunduğunda post hoc Bonferroni testleri uygulandı. Ölçek güvenilirliği Cronbach'ın alfası kullanılarak değerlendirilirken, Pearson'ın korelasyon katsayısı ölçekler arasındaki ilişkileri ölçtü.

Aracılık analizi için Jamovi sürüm 2.4.14 ve onun ‘medmod’ paketi kullanıldı (65, 66). Bu paket, aracılık ve yol analizlerinin ayrıntılı tablolaştırılmasını kolaylaştırdı ve etkiler için bir tahmin grafiği sağladı. Bu yaklaşım, aracılık analizinde sağlam istatistiksel teknikler için Zhao, Lynch Jr ve Chen (67)’in önerileriyle uyumludur. ‘Medmod’ paketi, kendini damgalama ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkide öz şefkatin aracılık rolüne ilişkin ayrıntılı bir anlayış sundu. Aracılık modeli için etki büyüklükleri, 0.10’luk bir etki büyüklüğünün küçük, 0.30’un orta ve 0.50’nin büyük olarak kabul edildiği ve örneklem büyüklüğünden bağımsız olarak etki büyüklüğünü temsil eden Cohen’in (68) yönergelerine göre yorumlandı. Yerine koyma ve 95% güven aralığı ile 5000’lik bir örneklem büyüklüğüne sahip önyükleme yöntemi, aracılık etkisinin büyüklüğünü ve önemini tahmin etmek için kullanıldı ve önemlilik düzeyi $p<0.05$ olarak belirlendi.

4. BULGULAR

BB-I tanılı bireylerde kendini damgalama ve öz şefkatin psikolojik iyi oluşla ilişkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıda sunuldu.

Araştırma kapsamına alınan BB-I tanılı bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de özetlendi. Bireylerin yaş ortalaması 36.47 ± 8.04 yıl, ortalama eğitim süreleri 8.14 ± 3.00 yıldır. Araştırmaya katılan bireylerin %53.72’sinin erkek olduğu, %82.6’sının bekâr olduğu, %92.6’sının düzenli bir işinin olmadığı, %79.3’ünün gelirinin giderinden az olduğu, %81.0’inin anne/babasıyla birlikte yaşadığı tespit edildi.

Tablo 4.1. BB-I tanılı bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (N=121)

Tanıtıcı özellikler	n	%
Yaş		
20-33	41	33.8
34-38	40	33.1
39-59	40	33.1
Cinsiyet		
Kadın	56	46.28
Erkek	65	53.72
Medeni durum		
Bekâr	100	82.6
Evli	21	17.4
Düzenli işe sahip olma		
Evet	9	7.4
Hayır	112	92.6
Gelir-gider durumu		
Gelir giderden az	96	79.3
Gelir gidere denk	22	18.2
Gelir giderden fazla	3	2.5
Kimle yaşıyor		
Anne/baba	98	81.0
Eş/çocuk	14	11.6
Yalnız	9	7.4
		Ort±SS
Yaş (yıl)	36.47 ± 8.04	
Eğitim düzeyi (yıl)	8.14 ± 3.00	

Araştırmaya dâhil edilen bireylerin BB-I tanısıyla ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de özetlendi. Bireylerin BB-I tanı alma yaş ortalaması 20.76 ± 3.09 yıl, ortalama manik atak sayısı 3.01 ± 2.65 , ortalama depresif atak sayısı 1.52 ± 1.23 , ortalama karma atak sayısı 1.39 ± 1.20 olarak tespit edildi. BB-I tanılı bireylerin %48.8’i zorunlu olarak hastaneye götürülüp tanı almıştı. BB-I tanılı bireylerin %81.8’inde psikotik belirti öyküsü, %43.0’ünde intihar girişimi öyküsü, %18.2’sinde psikoterapi alma öyküsü, %51.2’sinde EKT öyküsü bulunmaktaydı.

Tablo 4.2. Katılımcıların BB-I tanısıyla ilgili özelliklerinin dağılımı (N=121)

Tanıtıcı özellikler	n	%
BB-I tanısının alınma yolu		
Kendisi başvurmuş	16	13.2
Bakım verenleriyle birlikte başvurmuş	46	38.0
Zorunlu başvuru	59	48.8
Psikotik belirti öyküsü		
Var	99	81.8
Yok	22	18.2
İntihar girişimi öyküsü		
Var	69	43.0
Yok	52	57.0
Psikoterapi alma öyküsü		
Var	22	18.2
Yok	99	81.8
Elektrokonvülfik tedavi öyküsü		
Var	62	51.2
Yok	59	48.8
Medikal tedaviye uyum		
İyi	41	33.9
Kötü	80	66.1
Bakım veren desteği		
İyi	44	36.4
Kötü	77	63.6
		Ort±SS
BB-I tanı alma yaşı (yıl)	20.76±3.09	
Manik atak sayısı	3.01±2.65	
Depresif atak sayısı	1.52±1.23	
Karma atak sayısı	1.39±1.20	

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre PYAKDÖ, ÖDÖ ve PİOÖ skor ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3’de gösterildi. Tek yönlü ANOVA sonuçlarına göre, PYAKDÖ puanları açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($F(2, 118)=2.888$, $p=0.060$). ÖDÖ puanları açısından yaş grupları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($F(2, 118)=4.037$, $p=0.020$).

Bonferroni post-hoc testi sonuçlarına göre, 39-59 yaş grubunun öz şefkat puanları (Ort=3.45, SS=1.05), 20-33 yaş grubunun puanlarından (Ort=2.76, SS=1.18) anlamlı düzeyde yüksekti. PİÖÖ puanları açısından da yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($F(2, 118)=5.684, p=0.004$). Bonferroni post-hoc testi sonuçlarına göre, 39-59 yaş grubunun psikolojik iyi oluş puanları (Ort=27.52, SS=6.65), 20-33 yaş grubunun puanlarından (Ort.=22.21, SS=7.04) anlamlı düzeyde yüksekti. Bu bulgular, yaşın psikolojik iyi oluş ve öz şefkat üzerinde etkili olabileceğini gösterdi. Özellikle 39-59 yaş grubundaki katılımcıların daha yüksek psikolojik iyi oluş ve öz şefkat düzeylerine sahip oldukları görüldü.

Bağımsız örneklem t-testi sonuçları, incelenen örnekleme kendini damgalama, öz şefkat ve psikolojik iyi oluş düzeyleri açısından cinsiyet, medeni durum, düzenli işe sahip olma, gelir gider durumu, kiminle birlikte yaşadığı gibi parametrelerde istatistiksel açıdan belirgin bir farklılık olmadığını gösterdi ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre PYAKDÖ, ÖDÖ ve PİÖÖ skor ortalamalarının karşılaştırılması (N=121)

Değişkenler	Kendini Damgalama			Öz-Duyarlılık			Psikolojik İyi Oluş		
	Ort (SS)	F/t	p	Ort (SS)	F/t	p	Ort (SS)	F/t	p
Yaş									
20-33	36.51 (6.42)			2.76 (1.18)			22.21 (7.04)		
34-38	36.30 (6.52)	2.888	0.060	2.92 (1.17)	4.037	0.020* (1-3)	24.32 (7.64)	5.684	0.004* (1-3)
39 ve üzeri	33.17 (7.88)			3.45 (1.05)			27.52 (6.65)		
Cinsiyet									
Kadın	34.26 (6.58)	-1.554	0.120	3.24 (1.11)	1.801	0.074	25.82 (6.95)	1.612	0.110
Erkek	36.26 (7.40)			2.87 (1.19)			23.67 (7.67)		
Medeni durum									
Bekâr	35.03 (7.29)	-1.048	0.236	2.98 (1.17)	-0.082	0.935	25.01 (7.59)	1.251	0.220
Evli	36.80 (5.87)			3.00 (1.40)			23.04 (6.28)		
Düzenli işe sahip olma									
Evet	33.77 (7.87)	0.623	0.549	3.06 (1.20)	-0.038	0.970	24.55 (6.94)	0.048	0.961
Hayır	35.46 (7.03)			3.04 (1.16)			24.67 (7.46)		
Gelir-gider durumu									
Gelir giderden az	35.23 (7.02)	0.032	0.975	3.10 (1.15)	0.840	0.422	25.00 (7.41)	0.542	0.596

Gelir gidere denk	35.18 (7.74)	2.86 (1.21)	24.04 (7.56)
Kimle yaşıyor			
Anne/baba	35.70 (7.12)	2.97 (1.17)	24.54 (7.51)
Eş/çocuk	34.50 (5.85)	3.55 (0.99)	25.71 (6.59)
Ort=Ortalama, SS=Standart sapma, PY AKDÖ=Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği, ÖDÖ=Öz-Duyarlılık Ölçeği, PİÖ=Psikolojik İyi Oluş Ölçeği. İkili karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t-testi, çoklu karşılaştırmalarda Tek yönlü varyans analizi (Post hoc Bonferoni analizi) kullanıldı.			

Tablo 4.4’de, psikolojik yardım aramada kendini damgalama, psikolojik iyi oluş ve öz-duyarlılık ölçekleri arasındaki ilişkiler incelendi. Psikolojik yardım aramada kendini damgalama ile psikolojik iyi oluş arasında güçlü ve negatif bir ilişki (-0.796) bulundu, yani kendini damgalama arttıkça psikolojik iyi oluş azaldı. Öz şefkat ile psikolojik iyi oluş arasında ise güçlü ve pozitif bir ilişki (0.708) gözlemlendi, bu da öz şefkat arttıkça psikolojik iyi oluşun da arttığını gösterdi. Psikolojik yardım aramada kendini damgalama ile öz şefkat arasında negatif bir ilişki (-0.584) bulunmakta, yani kendini damgalama arttıkça öz şefkat azaldı. Öz şefkat ölçeğinin alt boyutları olan öz sevecenlik, öz yargılama, paylaşımların bilincinde olma, izolasyon, bilinçlilik ve aşırı özdeşleşme kendi aralarında yüksek ve pozitif korelasyonlar gösterdi (0.831-0.976 aralığında), bu da ölçeğin içsel tutarlılığını destekledi. Ayrıca, bu alt boyutların hepsi öz şefkat ölçeği ile yüksek ve pozitif korelasyon gösterdi (0.899-0.976 aralığında). Bu bulgular, kendini damgalamanın psikolojik iyi oluşu olumsuz etkilediğini ve öz şefkatin bu olumsuz etkiyi azaltabileceğini işaret etti.

Tablo 4.4. Değişkenlerin cronbach alfa, ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri (N=121)

Ölçekler	Cronbach Alfa	Ortalama	Standart Sapma	Min- Max	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.PYAKDÖ	0.81	35.33	7.08	19-46	-								
2.PIÖÖ	0.95	24.66	7.40	10-37	-0.796	-							
3.ÖDÖ	0.97	3.04	1.07	1.54-4.42	-0.584	0.708	-						
4.Öz sevecenlik	0.91	3.07	1.16	1.20-5.00	-0.579	0.681	0.965	-					
5.Öz yargılama	0.93	3.01	1.25	1.20-4.80	-0.576	0.690	0.976	0.929	-				
6.Paylaşımların bilincinde olma	0.89	3.04	1.15	1.25-5.00	-0.582	0.692	0.953	0.907	0.917	-			
7.İzolasyon	0.92	2.97	1.24	1.00-4.50	-0.564	0.687	0.960	0.910	0.925	0.898	-		
8.Bilinçlilik	0.89	3.13	1.17	1.25-5.00	-0.521	0.647	0.953	0.905	0.914	0.886	0.903	-	
9.Aşırı özdeşleşme	0.76	3.04	0.73	1.50-4.24	-0.496	0.647	0.899	0.836	0.871	0.836	0.839	0.831	-
PYAKDÖ=Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği, ÖDÖ=Öz-Duyarlılık Ölçeği, PIÖÖ=Psikolojik İyi Oluş Ölçeği													

Tablo 4.5, değişkenler arasındaki doğrudan ilişkileri gösteren yol analizinin sonuçlarını sunmakta. a yolu: Kendini damgalamanın öz şefkat üzerindeki etkisi negatif yönde ve anlamlı çıktı (Tahmin=-0.09, %95 GA=[-0.10, -0.07], $p<0.001$). Bu, kendini damgalama düzeyinin artmasıyla öz şefkat düzeyinin azaldığını göstermekte. b yolu: Öz şefkatin psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisi pozitif yönde ve anlamlı çıktı (Tahmin=2.53, %95 GA=[1.60, 3.54], $p<0.001$). Bu, öz şefkat düzeyinin artmasıyla psikolojik iyi oluş düzeyinin arttığını göstermekte. c yolu: Kendini damgalamanın psikolojik iyi oluş üzerindeki doğrudan etkisi negatif yönde ve anlamlı çıktı (Tahmin=-0.61, %95 GA=[-0.75, -0.45], $p<0.001$). Bu, kendini damgalama düzeyinin artmasıyla psikolojik iyi oluş düzeyinin azaldığını göstermekte.

Tablo 4.5. Yol analizi sonuçları

Yol	Tahmin	SH	%95 GA		Z	p
			Alt Sınır	Üst Sınır		
Kendini Damgalama → Öz Şefkat (a)	-0.09	0.01	-0.10	-0.07	-10.64	<0.001
Öz Şefkat → Psikolojik İyi Oluş (b)	2.53	0.50	1.60	3.54	5.09	<0.001
Kendini Damgalama → Psikolojik İyi Oluş (c)	-0.61	0.08	-0.75	-0.45	-7.85	<0.001
Not: GA= Güven aralığı; SH= Standart hata						

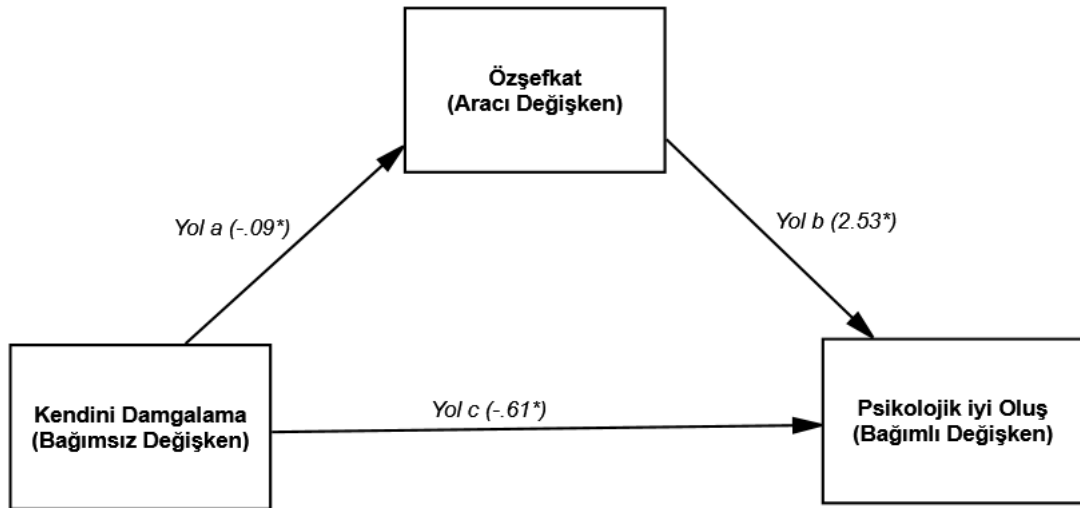
Tablo 4.6, öz şefkatin kendini damgalama ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkideki aracı rolünü göstermekte. Kendini damgalamanın psikolojik iyi oluş üzerindeki dolaylı etkisi -0.23 olarak küçük ila orta etki büyüklüğünde tespit edildi. Bu, kendini damgalamanın öz şefkat aracılığıyla psikolojik iyi oluşu azalttığını gösterdi. Bu etkinin %95 güven aralığı -0.34 ile -0.13 arasında yer almakta. Dolaylı etkinin toplam etkideki oranı %27'dir. Kendini damgalamanın psikolojik iyi oluş üzerindeki doğrudan etkisi -0.61 olarak, büyük etki büyüklüğünde olduğu ortaya çıktı. Bu, kendini damgalamanın psikolojik iyi oluşu doğrudan azalttığını gösterdi. Bu etkinin %95 güven aralığı -0.75 ile -0.44 arasındadır ve istatistiksel olarak anlamlı çıktı ($p < .001$). Doğrudan etkinin toplam etkideki oranı %73'dür. Kendini damgalamanın psikolojik iyi oluş üzerindeki toplam etkisi ise -0.83 olarak, büyük etki büyüklüğünde olduğu belirlendi. Bu, kendini damgalamanın psikolojik iyi oluşu genel olarak azalttığını göstermekte. Bu etkinin %95 güven aralığı -0.94 ile -0.72 arasında yer almakta. Toplam etki %100'dür.

Tablo 4.6. Aracılık analizi sonuçları

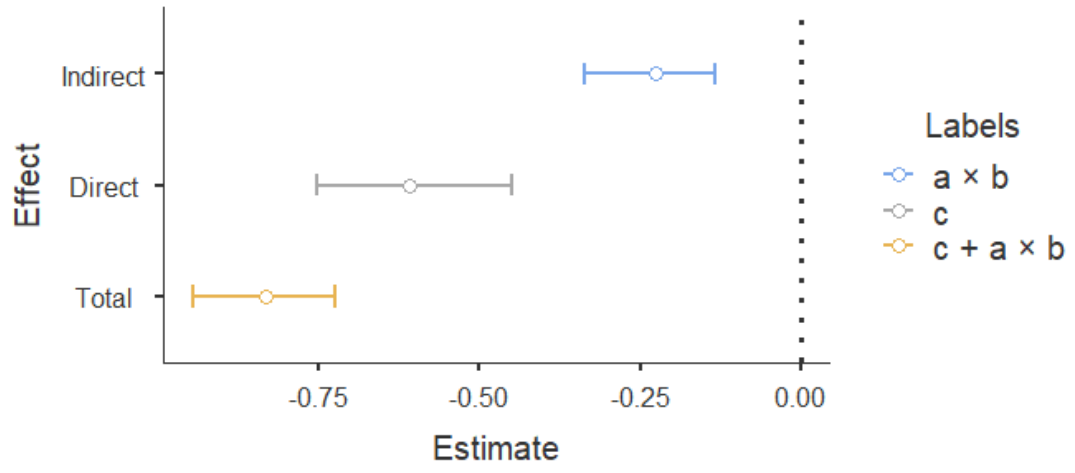
Etki	Tahmin	SH	%95 GA		Z	p	% Aracılık
			Alt Sınır	Üst Sınır			
Dolaylı (a x b)	-0.23	---	-0.34	-0.13	---	---	27.0
Doğrudan (c)	-0.61	0.08	-0.75	-0.44	-7.85	< .001	73.0
Toplam (c + a x b)	-0.83	---	-0.94	-0.72	---	---	100.0

Not: GA= Güven aralığı; SH= Standart hata

Şekil 4.1, BB tanısı olan bireylerde kendini damgalamanın psikolojik iyi oluş üzerindeki olumsuz etkisini göstermekte. Kendini damgalama, hem doğrudan psikolojik iyi oluşu azaltmakta (yol c) hem de öz şefkati azaltarak (yol a) dolaylı olarak psikolojik iyi oluşu olumsuz etkilemekte. Öz şefkat ise, bireylerin kendilerine karşı daha şefkatli olmalarını sağlayarak psikolojik iyi oluşu olumlu yönde etkilemekte (yol b).

**Şekil 4.1.** Aracılık modeli diyagramı

Şekil 4.2, kendini damgalamanın psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisini gösteriyor. Grafik incelendiğinde, toplam etki (turuncu) negatif ve önemli derecede olup hem doğrudan (gri) hem de öz şefkat aracılığıyla dolaylı (mavi) yollarla gerçekleşmekte. Doğrudan etkinin, dolaylı etkiden daha güçlü ve aralığının daha geniş olduğu, ancak her iki etkinin de psikolojik iyi oluşu azalttığı görüldü.



Şekil 4.2. Tahmin grafiği

5. TARTIŞMA

Bu bölümde; BB-I tanılı bireylerde kendini damgalama ve öz şefkatin psikolojik iyi oluşla ilişkisinin incelendiği araştırmadan elde edilen bulgular mevcut literatür ve alan bilgisi çerçevesinde tartışılmıştır.

Bu araştırma, psikolojik yardım aramada kendini damgalama açısından yaş grupları arasında herhangi bir farklılık olmadığını göstermiştir. Psikolojik iyi oluş ve öz şefkat açısından 39 yaş ve üzerindeki bireylerin, 20-33 yaş grubu bireylere göre psikolojik iyi oluşlarının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, ileri yaşlarda bireylerin hastalıklarıyla daha iyi başa çıkma stratejileri geliştirebildiğini ve sosyal destek sistemlerinin daha iyi oturmuş olabileceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda yaşam deneyimi arttıkça bireyin kendine olan öz şefkatinin arttığını göstermektedir. Bu bulgu aynı zamanda, yaşlı yetişkinlerde öz şefkatin psikolojik iyilik üzerinde daha önemli bir rol oynadığına dair mevcut literatür ile de paralellik göstermektedir (69, 70). Çalışmalar, BB tanılı bireylerin bilişsel bozulma, işlevsellikte azalma ve yaşam kalitesinde kötüleşme ile ilişkili olarak psikolojik iyi oluşlarının olumsuz etkilendiğini göstermiştir (11, 71). Yaşın ilerlemesiyle birlikte BB tanılı bireylerin hastalıklarını daha fazla kabullendikleri, ilaç tedavisine uyumlarının arttığı, atak sıklığının ve şiddetinin azaldığı ve tüm bunlara bağlı olarak BB tanılı bireylerin işlevselliklerinin arttığı bilinmektedir (72, 73). Bu araştırmanın BB-I'de ilerleyen yaşlarda öz şefkat ve psikolojik iyi oluş düzeyinin arttığına dair bulgusunun olası sebeplerinin bunlar olabileceği düşünülmüştür. Diğer taraftan bu bulgu, hastalığın kronik doğasıyla ve bireylerin deneyimlerinin zamanla değişimiyle ilgili olabilir. Yaş ilerledikçe bireyler, hastalıklarıyla baş etme becerilerini geliştirebilirler ve bu da psikolojik iyi oluşlarını artırabilir (73, 74). Yaşın ilerlemesiyle birlikte öz şefkatin de arttığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (69, 70, 75). Hwang ve ark. (69), öz şefkat ile iyi oluş arasındaki pozitif ilişkinin yaşlı yetişkinlerde daha güçlü hale geldiğini bildirmiştir.

Cinsiyet, medeni durum veya çalışma durumu gibi demografik değişkenler açısından incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu bulgu literatürdeki çalışmalarla uyumludur (8, 76-78). Bu durum, cinsiyetin kendini damgalama, öz şefkat ve psikolojik iyi oluş üzerinde tek başına belirleyici bir faktör olmadığını göstermektedir. Çalışmalarda, evli olma ve düzenli olarak çalışmanın BB tanılı bireylerde iyi bir işlevsellik düzeyiyle ilişkili olduğu bildirilmekle

birlikte, bu araştırmada işlevsellikle ilişkili parametreler olan psikolojik yardım aramada kendini damgalama, öz şefkat ve psikolojik iyi oluşun evli ve bekâr bireyler arasında değişiklik göstermediği saptanmıştır (79, 80). Psikolojik yardım aramada kendini damgalama, öz şefkat ve psikolojik iyi oluş işlevsellik düzeyini tahmin eden ve etkileyen faktörler olarak değerlendirilebilir.

Bu araştırmanın en önemli bulgularından biri de, kendini damgalamanın psikolojik iyi oluş üzerinde hem doğrudan hem de öz şefkat aracılığıyla dolaylı yoldan önemli bir olumsuz etkiye sahip olduğunu ortaya koymasındır. Aracılık analizine göre, kendini damgalama arttıkça, bireylerin öz şefkat düzeyleri azalmakta ve bu durum, psikolojik iyi oluş seviyelerinde düşüşe neden olmaktadır. Kendini damgalamanın negatif korelasyonu dolaylı etkide ne kadar yüksek olursa olsun öz şefkat psikolojik iyi oluş için önemli bir pozitif aracı. Bu aslında çalışmalardaki 2. Dalga pozitif psikoloji temelinin bipolar bozuklukta çok önemli olduğunu gösteriyor. Bu durum, özellikle, kendini damgalamanın etkisini azaltmaya yönelik müdahalelerin, öz şefkati güçlendirmeyi de içermesi gerektiğini göstermesi açısından önemlidir. Bu sonuçlar literatürdeki diğer çalışmalarla da desteklenmektedir (81-84). Mackali ve ark. (4) tarafından gerçekleştirilen çalışmada remisyondaki BB tanılı bireylerin içselleştirilmiş damgalanma ve öz şefkat düzeyleri incelenmiş ve aralarında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi artan bireylerin öz şefkat düzeylerinin azaldığı bildirilmiştir (4). Rüşch ve ark. (78) tarafından şiddetli mental bozukluğu olan bireylerde gerçekleştirilen çalışmada, algılanan toplumsal damgalanma ve kendini damgalamanın, damgalanma stresi için bağımsız bir risk faktörü olduğu ve artmış damgalanma stresinin azalmış psikolojik iyiliği tahmin etmede kullanılabileceği belirtilmiştir. Bu sonuçlar, kendini damgalama ile öz şefkat arasında negatif bir ilişkinin olduğunu ve öz şefkatin damgalanmanın olumsuz etkilerini azaltabileceğini desteklemektedir. Literatür incelendiğinde BB-I tanılı bireylerde psikolojik yardım aramada kendini damgalama, öz şefkat ve psikolojik iyi oluşu birlikte değerlendiren ve aralarındaki olası ilişkileri ortaya çıkaran bir çalışma bulunamamıştır. Bu anlamda mevcut araştırmanın bulgularının önemli olduğu düşünülmektedir.

Öz şefkatin, psikolojik iyi oluşla olan pozitif ilişkisi, literatürde de sıkça belirtilen bir durumdur (70, 75, 85). Zessin ve ark. (86) tarafından gerçekleştirilen meta analizde, öz şefkatin psikolojik iyi oluş ile ilişkisinin güçlü olduğu ve aralarında nedensel bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir. Literatürde, öz şefkat ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar çoğunlukla genel popülasyonda gerçekleştirilmiştir (87). Bu

araştırma, öz şefkatin psikolojik iyi oluşu destekleyici etkisini teyit etmekte ve bu alanda öz şefkat odaklı müdahalelerin önemini vurgulamaktadır (84, 88). Öz şefkat psikolojik iyi oluş için önemli bir pozitif aracı. Bu bağlamda, ruh sağlığı uzmanları, özellikle de psikiyatri hemşireleri, danışmanlık ve psiko-eğitim uygulamalarında öz şefkati artırıcı yaklaşımları ön planda tutmaları önerilir.

Bu çalışma öz şefkatin psikolojik iyi oluşu bireyin sosyal hayatında pozitif etkileşimler kurmasına, yaşamının seyrine olumlu müdahaleler yapabilmesi açısından desteklediği düşünülebilir.

Bireye ailenin ve sosyal çevresinde içinde bulunduğu psikoeğitim programları düzenlenebilir.

Literatürde damgalanma, özellikle psikiyatrik damgalanma, tedaviye ulaşmayı engellemekte, tedavi sürecini aksatmakta ve tedavi sonuçlarını olumsuz etkilemektedir (89-91). Bu araştırma, bu kısır döngüyü kırmanın yollarından birinin, kendini damgalamayla başa çıkma becerilerini desteklemek ve öz şefkati artırmak olduğunu göstermektedir. Öz şefkatin artması ile de kendine damgalamanın olumsuz etkilerinin azaldığı görülmektedir. Öz şefkat düzeyinin artması ile birlikte bireyde kendine karşı bir farkındalığın oluştuğu ve bunun kendini damgalamanın olumsuz etkilerini azalttığı düşünülebilir. Bu nedenle, ruh sağlığı uzmanlarının, bireylerin damgalanma ile başa çıkma mekanizmalarını değerlendirmesi ve bu yönde destek sunması önem taşımaktadır.

Bu araştırma, kesitsel bir tasarıma sahip olması nedeniyle, değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkilerini kesin olarak belirleme konusunda sınırlılıklar taşımaktadır. Bu durum, değişkenler arasındaki ilişkiyi açıklarken dikkatli olmayı gerektirmektedir. Ayrıca, verilerin öz bildirim ölçekleri aracılığıyla toplanması, katılımcıların yanıtlarında yanlılığa yol açma potansiyeli taşımaktadır. Bu nedenle, katılımcıların subjektif deneyimlerini yansıtan bu tür verilerin yorumlanmasında dikkatli olunmalıdır. Araştırma örneklemi, belirli bir bölgedeki hastanelerden seçildiği için bulguların genellenebilirliği de sınırlı olabilir. Gelecekteki çalışmalar, bu sınırlılıkları dikkate alarak daha geniş ve temsili örneklemelerle yürütülmelidir. Bu doğrultuda, gelecekteki çalışmalarda daha geniş örneklemelere sahip uzunlamasına çalışmalar ve klinik görüşmeler gibi farklı veri toplama yöntemleri kullanılabilir. (Örneğin gelecekteki araştırmalar, öz şefkat odaklı müdahale programlarının BB tanılı bireylerde kendini damgalama ve psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisini randomize kontrollü çalışmalarla inceleyebilir.) Bu sayede, daha kesin neden-sonuç ilişkileri kurulabilir ve bulguların genellenebilirliği artırılabilir. Özellikle, öz şefkat odaklı müdahalelerin etkisini değerlendirecek çalışmalar, BB tanılı bireylerin iyileşme

süreçlerine önemli katkılar sağlayacaktır. Ayrıca, bu müdahalelerin hangi gruplarda ve hangi koşullarda daha etkili olduğunu belirlemek için daha detaylı araştırmalar yapılabilir.

Aynı zamanda bu araştırma, BB tanılı bireylerde kendini damgalama, öz şefkat ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiyi aracılık analizi ile inceleyen ilk çalışmadır. Örneklem büyüklüğünün yeterli olması, geçerli ve güvenilir ölçekler kullanılması, etik kurallara uygun veri kullanılması, etik kurallara uygun veri toplanması çalışmanın metodolojik güçlü yönleridir.

Sonuç olarak, bu araştırma, BB-I tanılı bireylerde kendini damgalama, öz şefkat ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkileri ortaya koymaktadır. Öz şefkatin, kendini damgalamanın olumsuz etkisini azaltabileceği ve psikolojik iyi oluşu destekleyebileceği gösterilmiştir. Bu nedenle, BB-I tanılı bireylerle çalışan psikiyatri hemşireleri, BB tanılı bireylerle çalışırken öz şefkati artırıcı yaklaşımları rutin bakımın bir parçası haline getirmeli ve damgalama azaltıcı programları tedavi planlarına entegre etmelidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

BB-I tanılı bireylerde psikolojik yardım aramada kendini damgalama, öz şefkat ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmaya katılan BB-I tanılı bireylerin çoğunluğunun genç yetişkinlik döneminde olduğu, büyük bir kısmının bekâr, düzenli bir işe sahip olmadığı ve gelirinin giderinden az olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların önemli bir bölümü zorunlu olarak hastaneye başvurmuş ve tanı almıştır. Ayrıca, katılımcıların çoğunda ek psikiyatrik bozukluk, psikotik belirti öyküsü ve intihar girişimi öyküsü bulunması, BB-I'in zorlu doğasını gözler önüne sermektedir.
- Yaş grupları arasında öz şefkat ve psikolojik iyi oluş düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Özellikle 39-59 yaş grubundaki katılımcılar, daha genç yaş gruplarına kıyasla daha yüksek öz şefkat ve psikolojik iyi oluş düzeylerine sahiptir. Bu bulgu, yaşla birlikte bireylerin kendini kabul etme, öz şefkat gösterme ve olumlu psikolojik duruma ulaşma becerilerinin artabileceğine işaret etmektedir.
- Araştırmada, kendini damgalama ile psikolojik iyi oluş arasında güçlü ve negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Başka bir deyişle, kendini damgalama arttıkça psikolojik iyi oluş azalmaktadır. Buna karşın, öz şefkat ile psikolojik iyi oluş arasında güçlü ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Öz şefkat arttıkça, psikolojik iyi oluş da artmaktadır. Kendini damgalama ve öz şefkat arasında da negatif bir ilişki belirlenmiştir.
- Yol analizi, kendini damgalamanın psikolojik iyi oluşu hem doğrudan hem de öz şefkat aracılığıyla dolaylı olarak olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. Öz şefkatin, kendini damgalama ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkide aracı rol oynadığı belirlenmiştir. Kendini damgalama, öz şefkati azaltarak, dolaylı yoldan psikolojik iyi oluşu düşürmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Sağlık çalışanları, özellikle psikiyatri hemşireleri, BB-I ve diğer ruh sağlığı sorunlarına yönelik damgalama ve öz şefkat konularında kapsamlı eğitimler almalıdır. Bu eğitimler, hemşirelerin damgalama karşıtı uygulamaları

benimsemelerine ve öz şefkati destekleyici yaklaşımlar geliştirmelerine yardımcı olacaktır.

- BB-I tanılı bireyler için bireyselleştirilmiş bakım planları oluşturulmalı, bu planlarda damgalama ile mücadele ve öz şefkat geliştirme hedeflerine yer verilmelidir. Bireylerin özgün ihtiyaçları ve yaşam koşulları dikkate alınarak, tedavi süreçleri bu doğrultuda şekillendirilmelidir.
- Klinik uygulamalarda, öz şefkat temelli psikoterapi yaklaşımları (Örneğin, Mindfulness-Based Self-Compassion) etkin bir şekilde kullanılmalıdır. Psikiyatri hemşireleri, bu terapi yöntemleri konusunda eğitim alarak, bireylerin kendilerine karşı daha şefkatli olmalarına destek olabilirler.
- BB-I tanılı bireyler ve aileleri için psikoeğitim programları ve destek grupları düzenlenmelidir. Bu programlarda, BB1 hakkında doğru bilgiler verilmeli, damgalama ile mücadele yöntemleri öğretilmeli ve öz şefkatin önemi vurgulanmalıdır. Destek grupları, bireylerin yalnızlık ve izolasyon duygularıyla başa çıkmalarına yardımcı olabilir.
- Psikiyatri hemşireleri, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını bir bütün olarak ele almalı, tedavi süreçlerine aileleri de dâhil etmelidir. Bireylerin iş bulma, barınma ve sosyal destek gibi konularda ihtiyaç duydukları kaynaklara erişimleri için destek olunmalıdır.
- BB-I tanılı bireylerde kendini damgalama, öz şefkat ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin zaman içindeki değişimini inceleyen boylamsal çalışmalar yapılmalıdır. Bu çalışmalar, etkenlerin zaman içindeki etkileşimini ve tedavi süreçlerinin uzun vadeli sonuçlarını değerlendirmede önemli bilgiler sağlayacaktır.
- Farklı sosyokültürel gruplarda, kendini damgalama, öz şefkat ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkilerin nasıl değiştiği araştırılmalıdır. Kültürel farklılıklar, bu kavramların algılanma ve deneyimlenme biçimini etkileyebilir. Bu da özgün müdahale stratejilerinin geliştirilmesine yol açabilir.
- Öz şefkatin, kendini damgalama ve psikolojik iyi oluş ilişkisindeki aracı rolü, farklı değişkenler dikkate alınarak daha derinlemesine incelenmelidir. Bu, müdahale stratejilerinin daha etkili bir şekilde tasarlanmasına yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Bonnín CDM, Reinares M, Martínez-Arán A, Jiménez E, Sánchez-Moreno J, Solé B, et al. Improving functioning, quality of life, and well-being in patients with bipolar disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2019;22(8):467-77.
2. Au CH, Wong CS, Law CW, Wong MC, Chung KF. Self-stigma, stigma coping and functioning in remitted bipolar disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2019;57:7-12.
3. Drapalski AL, Lucksted A, Brown CH, Fang LJ. Outcomes of ending self-stigma, a group intervention to reduce internalized stigma, among individuals with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2021;72(2):136-42.
4. Mackali Z, Çetinkaya S, Ay N. The mediating role of self-compassion in the relationship between internalized stigma and psychological resilience in bipolar disorder. *Psychol Psychother*. 2023;96(4):952-66.
5. Favre S, Richard-Lepouriel H. Self-stigma and bipolar disorder: A systematic review and best-evidence synthesis. *J Affect Disord*. 2023;335:273-88.
6. Post F, Buchta M, Kemmler G, Pardeller S, Frajo-Apor B, Hofer A. Resilience predicts self-stigma and stigma resistance in stabilized patients with bipolar disorder. *Front Psychiatry*. 2021;12:678807.
7. Latifian M, Abdi K, Raheb G, Islam SMS, Alikhani R. Stigma in people living with bipolar disorder and their families: a systematic review. *Int J Bipolar Disord*. 2023;11(1):9.
8. Yang Y, Fletcher K, Michalak EE, Murray G. An investigation of self-compassion and nonattachment to self in people with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2020;262:43-8.
9. Kurebayashi Y, Sugimoto H. Self-compassion and related factors in severe mental illness: A scoping review. *Perspect Psychiatr Care*. 2022;58(4):3044-61.
10. Etemadi Shamsabadi P, Dehshiri GR. Self-compassion, anxiety and depression symptoms; the mediation of shame and guilt. *Psychol Rep*. 2024;332941241227525.
11. Jupille J, Harscoet YA, Duval M, Grall-Bronnec M, Moret L, Chirio-Espitalier M. "What makes you well?" Supports of well-being in bipolar disorder. A qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2023;18(1):2244763.

12. Døssing M, Nilsson KK, Svejstrup SR, Sørensen VV, Straarup KN, Hansen TB. Low self-compassion in patients with bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2015;60:53-8.
13. Clemente AS, Diniz BS, Nicolato R, Kapczinski FP, Soares JC, Fermo JO, et al. Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Braz J Psychiatry*. 2015;37(2):155-61.
14. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(3):241-51.
15. O'Connell KS, Coombes BJ. Genetic contributions to bipolar disorder: current status and future directions. *Psychol Med*. 2021;51(13):2156-67.
16. Mullins N, Forstner AJ, O'Connell KS, Coombes B, Coleman JRI, Qiao Z, et al. Genome-wide association study of more than 40,000 bipolar disorder cases provides new insights into the underlying biology. *Nat Genet*. 2021;53(6):817-29.
17. Monkul ES, Ozerdem A. Bipolar bozuklukta yapısal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmaları. *Türk Psikiyatri Derg*. 2003;14(3):225-32.
18. Gandhi AB, Kaleem I, Alexander J, Hisbulla M, Kannichamy V, Antony I, et al. Neuroplasticity improves bipolar disorder: A review. *Cureus*. 2020;12(10):e11241.
19. Sigitova E, Fišar Z, Hroudová J, Cikánková T, Raboch J. Biological hypotheses and biomarkers of bipolar disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2017;71(2):77-103.
20. Manji HK, Quiroz JA, Payne JL, Singh J, Lopes BP, Viegas JS, et al. The underlying neurobiology of bipolar disorder. *World Psychiatry*. 2003;2(3):136-46.
21. Lyu N, Zhao Q, Fu B, Li J, Wang H, Yang F, et al. Hormonal and inflammatory signatures of different mood episodes in bipolar disorder: a large-scale clinical study. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):449.
22. Oud M, Mayo-Wilson E, Braidwood R, Schulte P, Jones SH, Morriss R, et al. Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2016;208(3):213-22.
23. Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı (5. basım, metin revizesi). Amerikan Psikiyatri Birliği, 2022.
24. Hirschfeld RM, Calabrese JR, Frye MA, Lavori PW, Sachs G, Thase ME, et al. Defining the clinical course of bipolar disorder: response, remission, relapse, recurrence, and roughening. *Psychopharmacol Bull*. 2007;40(3):7-14.

25. Lala SV, Sajatovic M. Medical and psychiatric comorbidities among elderly individuals with bipolar disorder: a literature review. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2012;25(1):20-5.
26. Goes FS. Diagnosis and management of bipolar disorders. *BMJ.* 2023;381:e073591.
27. Harrison PJ, Cipriani A, Harmer CJ, Nobre AC, Saunders K, Goodwin GM, et al. Innovative approaches to bipolar disorder and its treatment. *Ann N Y Acad Sci.* 2016;1366(1):76-89.
28. Dunner DL. Differential diagnosis of bipolar disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 1992;12(1):7-12.
29. Blum GB, Bins RB, Rabelo-da-Ponte FD, Passos IC. Stigmatizing attitudes toward psychiatric disorders: A cross-sectional population-based survey. *J Psychiatr Res.* 2021;139:179-184.
30. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS. Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatr Serv.* 2001;52(12):1615-20.
31. Zissi A. Social stigma in mental illness: A review of concepts, methods and empirical evidence. *Psychiatriki.* 2022;33(2):149-156.
32. Zweifel P. Mental health: The burden of social stigma. *Int J Health Plann Manage.* 2021;36(3):813-25.
33. Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull.* 2004;30(3):511-41.
34. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology.* 2001;27(1):363-385.
35. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology.* 2006;25(8):875-84.
36. Corrigan PW, Sokol KA, Rüsch N. The impact of self-stigma and mutual help programs on the quality of life of people with serious mental illnesses. *Community Ment Health J.* 2013;49(1):1-6.
37. Latalova K, Ociskova M, Prasko J, Kamaradova D, Jelenova D, Sedlackova Z. Self-stigmatization in patients with bipolar disorder. *Neuro Endocrinol Lett.* 2013;34(4):265-72.

38. Gilkes M, Perich T, Meade T. Predictors of self-stigma in bipolar disorder: Depression, mania, and perceived cognitive function. *Stigma and Health*. 2019;4(3):330-6.
39. Richard-Lepouriel H, Favre S, Jermann F, Aubry JM. Self-destigmatization process? experiences of persons living with bipolar disorder: A qualitative study. *Community Ment Health J*. 2020;56(6):1160-9.
40. Hayward P, Wong G, Bright JA, Lam D. Stigma and self-esteem in manic depression: An exploratory study. *J Affect Disord*. 2002;69(1-3):61-7.
41. Neff KD, Dahm KA. Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In: Ostafin B, Robinson M, Meier B. (eds). *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation*. Springer, New York, NY, 2015.
42. Neff KD. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*. 2003;2(2):85-101.
43. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003;2(3):223-50.
44. Fletcher K, Yang Y, Johnson SL, Berk M, Perich T, Cotton S, et al. Buffering against maladaptive perfectionism in bipolar disorder: The role of self-compassion. *J Affect Disord*. 2019;250:132-9.
45. Ranjbar M, Fatemi NS, Hamooleh MM, Esmaeeli N, Haghani S. Correlation of stigma with self-compassion in patients with bipolar disorder. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2020;32(122):1-13.
46. Palmer-Cooper EC, Woods C, Richardson T. The relationship between dysfunctional attitudes, maladaptive perfectionism, metacognition and symptoms of mania and depression in bipolar disorder: The role of self-compassion as a mediating factor. *J Affect Disord*. 2023;341:265-74.
47. Huppert FA. Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health And Well-Being*. 2009;1(2):137-64.
48. Katz D, Kuperberg M, Kamali M, George N, Mroczek D, Bastarache E, et al. Decreased psychological well-being in patients with bipolar disorder in remission. *J Psychiatr Pract*. 2022;28(6):445-53.
49. Keyes CL, Dhingra SS, Simoes EJ. Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *Am J Public Health*. 2010;100:2366-71.

50. MacQueen GM, Young LT, Robb JC, Marriott M, Cooke RG, Joffe RT. Effect of number of episodes on wellbeing and functioning of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(5):374-81.
51. Haglili O, Sixsmith A, Star AP, Shmueli M, O'Rourke N. Perceived cognitive loss, symptomology, and psychological well-being with bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord*. 2024;12(34).
52. American Nurses Association. *Corrections nursing: Scope and standards of practice*, 2007.
53. Özbaş D, Buzlu S. Psychiatric nursing from past to present day. *İÜFN Hem Derg*. 2011;19(3):187-93.
54. Hall LE. The Loeb Center for Nursing and Rehabilitation, Montefiore Hospital and Medical Center, Bronx, New York. *Int J Nurs Stud*. 1969;6(2):81-97.
55. Goossens PJ, van Achterberg T, Knoppert-van der Klein EA. Nursing processes used in the treatment of patients with bipolar disorder. *Int J Ment Health Nurs*. 2007;16(3):168-77.
56. Ünver S, Dirı E, Ercan İ. The viewpoint of community about male nurses. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. 2010;18(2):96-102.
57. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(6):558-67.
58. Vogel DL, Wade NG, Haake S. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*. 2006;53(3), 325-37.
59. Acun-Kapıkıran N, Kapıkıran Ş. Self-stigma of seeking psychological help scale: validity and reliability. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2013;5(40):131-41.
60. Kaya C, Tansey T, Chan F, Bezyak J, Melekoğlu MA, Çakıroğlu O, et al. Dimensionality of the Turkish version of the self-stigma of seeking help scale: Results from exploratory and confirmatory factor analyses. *International Journal for the Advancement of Counselling*. 2015;37(2):105-16.
61. Akin Ü, Akin A, Abacı R. Öz-duyarlılık ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2007;33(13):1-10.
62. Diener E, Wirtz D, Biswas-Diener R, Tov W, Kim-Prieto C, Choi D, et al. New measures of wellbeing. *Social Indicators Research Series*. 2009;39.

63. Telef BB. Psikolojik iyi oluş ölçeği: Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2013;28(3):374-84.
64. IBM SPSS Inc. 2017. IBM Corp. Released, Statistics for Windows, Version 25.0. Chicago, IL: IBM Corp. In.
65. Gallucci M. JAMM: Jamovi Advanced Mediation Models [jamovi modüle, 2020. <https://jamovi-amm.github.io/>.
66. The JAMOMI Project, 2023. JAMOMI. (Version 2.4) [Computer Software]. <https://www.jamovi.org>.
67. Zhao X, Lynch Jr JG, Chen Q. Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. Journal of Consumer Research. 2010;37(2):197-206.
68. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences, 2nd ed. New York, NY: Routledge, 1988.
69. Hwang S, Kim G, Yang JW, Yang E. The moderating effects of age on the relationships of self-compassion, self-esteem, and mental health. Japanese Psychological Research. 2016;58(2):194-205.
70. Allen AB, Goldwasser ER, Leary MR. Self-compassion and well-being among older adults. Self Identity. 2012;11(4):428-53.
71. Gitlin MJ, Miklowitz DJ. The difficult lives of individuals with bipolar disorder: A review of functional outcomes and their implications for treatment. J Affect Disord. 2017;209:147-54.
72. Oostervink F, Boomsma MM, Nolen WA; EMBLEM Advisory Board. Bipolar disorder in the elderly; different effects of age and of age of onset. J Affect Disord. 2009;116(3):176-83.
73. Rodgers JE, Thudium EM, Beyhaghi H, Sueta CA, Alburikan KA, Kucharska-Newton AM, et al. Predictors of medication adherence in the elderly: The role of mental health. Med Care Res Rev. 2018;75(6):746-61.
74. Sajatovic M, Blow FC, Kales HC, Valenstein M, Ganoczy D, Ignacio RV. Age comparison of treatment adherence with antipsychotic medications among individuals with bipolar disorder. Int J Geriatr Psychiatry. 2007;22(10):992-8.
75. Bluth K, Campo RA, Futch WS, Gaylord SA. Age and gender differences in the associations of self-compassion and emotional well-being in a large adolescent sample. J Youth Adolesc. 2017;46(4):840-53.
76. Brohan E, Gauci D, Sartorius N, Thornicroft G; GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with

- bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe study. *J Affect Disord.* 2011;129(1-3):56-63.
77. de la Cruz MS, Lai Z, Goodrich DE, Kilbourne AM. Gender differences in health-related quality of life in patients with bipolar disorder. *Arch Womens Ment Health.* 2013;16(4):317-23.
 78. Rüsç N, Corrigan PW, Heekeren K, Theodoridou A, Dvorsky D, Metzler S, et al. Well-being among persons at risk of psychosis: the role of self-labeling, shame, and stigma stress. *Psychiatr Serv.* 2014;65(4):483-9.
 79. dos Santos BR, Sarriera JC, Bedin LM. Subjective well-being, life satisfaction and interpersonal relationships associated to socio-demographic and contextual variables. *Applied Research Quality Life.* 2019;14:819-35.
 80. Agrawal J, Murthy P, Philip M, Mehrotra S, Thennarasu K, John JP, et al. Socio-demographic correlates of subjective well-being in urban India. *Soc Indic Res.* 2011;101:419-34.
 81. Kraiss JT, Ten Klooster PM, Chrispijn M, Stevens A, Doornbos B, Kupka RW, et al. A multicomponent positive psychology intervention for euthymic patients with bipolar disorder to improve mental well-being and personal recovery: A pragmatic randomized controlled trial. *Bipolar Disord.* 2023;25(8):683-95.
 82. Kraiss JT, Ten Klooster PM, Chrispijn M, Stevens AWMM, Kupka RW, et al. Measuring personal recovery in people with bipolar disorder and exploring its relationship with well-being and social role participation. *Clin Psychol Psychother.* 2019;26(5):540-9.
 83. Riebel M, Rohmer O, Charles E, Lefebvre F, Weibel S, Weiner L. Compassion-focused therapy (CFT) for the reduction of the self-stigma of mental disorders: the COMpassion for Psychiatric disorders, Autism and Self-Stigma (COMPASS) study protocol for a randomized controlled study. *Trials.* 2023;24(1):393.
 84. Marshall EJ, Brockman RN. The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. *J Cogn Psychother.* 2016;30(1):60-72.
 85. Athanasakou D, Karakasidou E, Pezirkianidis C, Lakioti A, Stalikas A. Self-compassion in clinical samples: A systematic literature review. *Psychology.* 2020;11:217-44.

86. Zessin U, Dickhäuser O, Garbade S. The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Appl Psychol Health Well Being*. 2015;7(3):340-64.
87. Machin JE, Adkins NR, Crosby E, Farrell JR, Mirabito AM. The marketplace, mental well-being, and me: Exploring self-efficacy, self-esteem, and self-compassion in consumer coping. *Journal of Business Research*. 2019;100:410-20.
88. Farokhzadian AA, Mirderekvand F. The effectiveness of self-compassion focused therapy on increase of psychological well-being and reduction of depression in the elderly. *Aging Psychology*. 2018;3(4):293-302.
89. Perich T, Mitchell PB, Vilus B. Stigma in bipolar disorder: A current review of the literature. *Aust N Z J Psychiatry*. 2022;56(9):1060-4.
90. Khalaf OO, Fathy H, Ebrahim HAM, Samie MA. Self-stigma and coping in youth with schizophrenia and bipolar disorder: A comparative study. *Middle East Curr Psychiatry*. 2023;30(76).
91. Abdisa E, Fekadu G, Girma S, Shibiru T, Tilahun T, Mohamed H, et al. Self-stigma and medication adherence among patients with mental illness treated at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14:56.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Etik Kurul Formu



EK-3. Sosyodemografik Ve Klinik Bilgi Formu

Bu form, bipolar bozukluk tanılı bireylerin psikolojik yardım aramada kendini damgalama, öz şefkat ve psikolojik iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Formda yer alan sorulara dürüstçe ve samimiyetle yanıt vermeniz, araştırmanın doğruluğu ve geçerliği açısından önemlidir. Formda verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve sadece araştırma amaçlı kullanılacaktır. Formu doldurmak yaklaşık 15-20 dakika sürecektir. Formu doldurmayı kabul etmeniz, araştırmaya katılmayı da kabul ettiğiniz anlamına gelmektedir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Tanıtıcı Bilgiler

1. Yaşınızı belirtiniz (yıl olarak): ____
2. Cinsiyetinizi belirtiniz: (1) Kadın (2) Erkek
3. Eğitim düzeyinizi belirtiniz (yıl olarak): ____
4. Medeni durumunuzu belirtiniz: (1) Bekâr (2) Evli
5. Düzenli işe sahip olma durumunuzu belirtiniz: (1) Evet (2) Hayır
6. Gelir gider durumunuzu belirtiniz: (1) Gelir giderden az (2) Gelir gidere denk (3) Gelir giderden fazla
7. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz? (1) Anne/baba (2) Eş/çocuk (3) Yalnız

Bipolar Bozukluk ile İlgili Bilgiler

8. Bipolar bozukluk tanısını ne zaman aldınız? (yıl olarak): ____
9. Bipolar bozukluk tanısını nasıl aldınız? (...) Kendi isteğimle doktora başvurdum (...) Yakınlarımla yönlendirmesiyle doktora başvurdum () Zorunlu olarak doktora başvurdum.
10. Ek psikiyatrik bozukluk varlığı: (1) Evet (2) Hayır
11. Psikotik belirti öyküsü: (1) Evet (2) Hayır
12. İntihar girişimi öyküsü: (1) Evet (2) Hayır
13. Psikoterapi alma öyküsü: (1) Evet (2) Hayır
14. Elektrokonzülzif tedavi öyküsü: (1) Evet (2) Hayır
15. Medikal tedaviye uyum: (1) İyi (2) Kötü
16. Bakım veren desteği: (1) İyi (2) Kötü
17. Manik atak sayısı: ____
18. Depresif atak sayısı: ____
19. Karma atak sayısı: ____

EK-4. Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği

*1-Tamamen katılmıyorum 2-Kısmen katılmıyorum 3-Katılmam ve katılmamam
eşit düzeyde 4-Kısmen katılıyorum 5-Tamamen katılıyorum*

1.Psikolojik yardım için bir terapist ya da psikolojik danışmana gidersem kendimi yetersiz hissedirim.

(1) (2) (3) (4) (5)

2.Uzman yardımı ararsam kendime olan güvenim tehdit edilmeyecektir

(1) (2) (3) (4) (5)

3.Psikolojik yardım ararsam bu benim kendimi daha az zeki hissetmeme yol açar.

(1) (2) (3) (4) (5)

4.Bir terapistle ya da psikolojik danışmanla konuşursam kendime olan güvenim artar

(1) (2) (3) (4) (5)

5.Kendime ilişkin görüşüm bir terapisti ya da psikolojik danışmanı görmeyi tercih ettiğim için değişmez

(1) (2) (3) (4) (5)

6.Bir terapistten ya da psikolojik danışmandan yardım istemek kendimi aşağılanmış hissetmeme yol açacaktır.

(1) (2) (3) (4) (5)

7.Uzman yardımı istemeyi seçersem kendime ilişkin olumlu duygular hissedirim

(1) (2) (3) (4) (5)

8.Bir terapistle ya da psikolojik danışmana gittiğimde, kendimden daha az hoşnut olurum.

(1) (2) (3) (4) (5)

9.Çözemediğim bir problem için yardım ararsam, kendime olan güvenim aynı kalacaktır.

(1) (2) (3) (4) (5)

10.Kendi problemlerimi çözemezsem, kendimi kötü hissedirim.

(1) (2) (3) (4) (5)

EK-5. Öz-Duyarlılık Ölçeği

1-Hiç Bir Zaman 2-Nadiren 3-Sık sık 4-Genellikle 5-Her Zaman

1.Bir yetersizlik hissettiğimde, kendime bu yetersizlik duygusunun insanların birçoğu tarafından paylaşıldığını hatırlatmaya çalışırım

(1) (2) (3) (4) (5)

2.Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine ilişkin anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.

(1) (2) (3) (4) (5)

3.Bir şey beni üzdüğünde, duygularıma kapılıp giderim.

(1) (2) (3) (4) (5)

4.Hoşlanmadığım yönlerimi fark ettiğimde kendimi suçlarım.

(1) (2) (3) (4) (5)

5.Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, kendimi bu başarısızlıkta yalnız hisseder.

(1) (2) (3) (4) (5)

6.Zor zamanlarımda ihtiyaç duyduğum özen ve şefkati kendime gösteririm.

(1) (2) (3) (4) (5)

7.Gerçekten güç durumlarla karşılaştığımda kendime kaba davranırım.

(1) (2) (3) (4) (5)

8.Başarısızlıklarımı insanlık halinin bir parçası olarak görmeye çalışırım.

(1) (2) (3) (4) (5)

9.Bir şey beni üzdüğünde duygularımı dengede tutmaya çalışırım.

(1) (2) (3) (4) (5)

10.Kendimi kötü hissettiğimde kötü olan her şeye kafamı takar ve onunla meşgul olurum.

(1) (2) (3) (4) (5)

11.Yetersizliklerim hakkında düşündüğümde, bu kendimi yalnız hissetmeme ve dünyayla bağlantımı koparmama neden olur.

(1) (2) (3) (4) (5)

12.Kendimi çok kötü hissettiğim durumlarda, dünyadaki birçok insanın benzer duygular yaşadığını hatırlamaya çalışırım.

(1) (2) (3) (4) (5)

13.Acı veren olaylar yaşadığımda kendime kibar davranırım.

(1) (2) (3) (4) (5)

14.Kendimi kötü hissettiğimde duygularıma ilgi ve açıklıkla yaklaşmaya çalışırım.

(1) (2) (3) (4) (5)

15.Sıkıntı çektiğim durumlarda kendime karşı biraz acımasız olabilirim.

(1) (2) (3) (4) (5)

16.Sıkıntı veren bir olay olduğunda olayı mantıksız biçimde abartırım.

(1) (2) (3) (4) (5)

17.Hata ve yetersizliklerimi anlayışla karşılarım.

(1) (2) (3) (4) (5)

18.Acı veren bir şeyler yaşadığımda bu duruma dengeli bir bakış açısıyla yaklaşmaya çalışırım.

(1) (2) (3) (4) (5)

19.Kendimi üzgün hissettiğimde, diğer insanların çoğunun belki de benden daha mutlu olduklarını düşünürüm.

(1) (2) (3) (4) (5)

20.Hata ve yetersizliklerime karşı kınayıcı ve yargılayıcı bir tavır takınırım.

(1) (2) (3) (4) (5)

21.Duygusal anlamda acı çektiğim durumlarda kendime sevgiyle yaklaşırım.

(1) (2) (3) (4) (5)

22.Benim için bir şeyler kötüye gittiğinde, bu durumun herkesin yaşayabileceğini ve yaşamın bir parçası olduğunu düşünürüm.

(1) (2) (3) (4) (5)

23.Bir şeyde başarısızlık yaşadığımda objektif bir bakış açısı takınmaya çalışırım.

(1) (2) (3) (4) (5)

24.Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik duygularıyla kendimi harap ederim.

(1) (2) (3) (4) (5)

25.Zor durumlarla mücadele ettiğimde, diğer insanların daha rahat bir durumda olduklarını düşünürüm.

(1) (2) (3) (4) (5)

26.Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine karşı sabırlı ve hoşgörülü değilimdir.

(1) (2) (3) (4) (5)

EK-6. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

1-Kesinlikle katılmıyorum 2-Katılmıyorum 3-Kararsızım 4-Katılıyorum
5-Kesinlikle katılıyorum

1.Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum.

(1) (2) (3) (4) (5)

2.Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatmin edicidir.

(1) (2) (3) (4) (5)

3.Günlük aktivitelerime bağlı ve ilgiliyim.

(1) (2) (3) (4) (5)

4.Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıda bulunurum.

(1) (2) (3) (4) (5)

5.Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim.

(1) (2) (3) (4) (5)

6.Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum.

(1) (2) (3) (4) (5)

7.Geleceğim hakkında iyimserim.

(1) (2) (3) (4) (5)

8.İnsanlar bana saygı duyar.

(1) (2) (3) (4) (5)

EK-7. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Onayı



EK-8. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Malatya Battalgazi Devlet Hastanesi
Onayı



EK-9. Gönüllü Onam Formu

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

(LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ)

Sizi Doç. Dr. Erman YILDIZ tarafından yürütülen “*Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerde Kendini Damgalama ve Öz Şefkatin Psikolojik İyi Oluşla İlişkisi*” başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı (Anket çalışmasının amacı, çalışmaya katılmayı kabul edecek olan gönüllünün anlayacağı bir dilde anlatılmalıdır): Bu araştırma tanımlayıcı(ilişkisel olarak)planlandığı için hipotez kurulmaya uygun değildir. Bu araştırma kendini damgalama, öz-şefkat ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenip belirlenmesi amacı ile planlanmıştır
İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler (Gönüllüye verilecek anket formlarının kaç sorudan oluştuğu, nasıl ve ne zaman doldurulacağı, doldurma esnasında gönüllünün dikkat etmesi gereken noktalar, anket sorularını yanıtlarken yaklaşık ne kadar zamana gereksinim olduğu vb. yazılmalıdır): Araştırma Malatya Turgut Özal Üniversitesi Hastanesi ve Malatya Battalgazi Devlet Hastanesi’nde Ocak 2024-Aralık 2024 tarihleri arasında yürütülecektir. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılan anketler doğrultusunda toplanacaktır. Bir görüşme ortalama 30-35 dakika sürecektir. Verilen formlardan sosyodemografik bilgi formu 19 sorudan, Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği 10 sorudan, Öz Duyarlılık Ölçeği 26 sorudan, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği 8 sorudan oluşmaktadır. Sorular cevaplanırken soruların iyi anlaşıldığından ve gerçek duygu ve düşünceleri göz önünde bulundurularak gönüllünün cevap vermesi gereklidir.
Araştırmanın Süresi: Ocak 2024-Aralık 2024 tarihleri arasında verilerin toplanması planlanmaktadır.
Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: Minimum 93 birey
Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Malatya Turgut Özal Üniversitesi Hastanesi ve Malatya Battalgazi İlçe Devlet Hastanesi
Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:

Gönüllü Adı-Soyadı

İmza

Tarih

EK-10. Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği Kullanım İzni



EK-11. Öz-Duyarlılık Ölçeği Kullanım İzni



EK-12. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Kullanım İzni

