

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİPOLAR HASTALARDA YETİ YİTİMİ,
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA VE RUHSAL
İYİLEŞME ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif Nur YILDIZ

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Enstitü Bilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışman: Doç. Dr. Gülgün DURAT

Haziran- 2023

BEYAN

Bu alışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22/03/2021 tarihinde onay alarak hazırlanmaya başlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, ilk aşamasından son aşamasına kadarki süreçte etik dışı davranışta bulunmadığıma, çalışmamda bulunan bütün bilgileri etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi ve bu bilgileri kaynak göstererek kullandığımı beyan ederim.

18/07/2023

Elif Nur YILDIZ

İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve çalışmamın her aşamasında sabrı ve anlayışlı tutumuyla bana destek olan ve her zaman değerli bilgileriyle yoluma aydınlatan saygıdeğer danışmanım Doç. Dr. Gülgün DURAT' a,

Araştırmam boyunca hiçbir zaman yardım ve desteğini esirgemeyen Araştırma Görevlisi Bedia Tarsuslu' ya,

Yaşamım boyunca bana karşı sonsuz güven duyan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen aileme,

Çalışma sürecimin her aşamasında bana destek olan ve katkıda bulunan herkese bütün kalbimle şükranlarımı sunuyorum.

Elif Nur YILDIZ

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER.....	viii
TABLolar	ix
ÖZET.....	x
SUMMARY	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENELBİLGİLER	3
2.1. BİPOLAR BOZUKLUK	3
2.2. TARİHÇE	3
2.3. EPİDEMİYOLOJİ	4
2.4. ETİYOLOJİ	5
2.4.1. Genetik Etkenler.....	5
2.4.2. Biyokimyasal Etkenler	6
2.4.3. Beyin Görüntüleme	6
2.4.4. Endokrin Dizge	7
2.4.5. Psikososyal Faktörler	7
2.5. TANILAMA	7
2.5.1. DSM V' e Göre Tanılama	7
2.5.2. ICD 11 Tanı Ölçütleri	8
2.5.3. Bipolar Bozukluğu Olan Hastalara En Fazla Kullanılan NANDA Hemşirelik Tanıları	10

2.5.3.1. Sağlığı Geliştirme ve Sürdürme	10
2.5.3.2. Beslenme	10
2.5.3.3. Eliminasyon	10
2.5.3.4. Aktivite/ Dinlenme.....	10
2.5.3.5. Algı/ Biliş	10
2.5.3.6. Kendini Algılama	11
2.5.3.7. Rol İlişkisi	11
2.5.3.8. Cinsellik	11
2.5.3.9. Başetme Stres Toleransı	11
2.5.3.10. Güvenlik/ Korunma.....	12
2.6. BİPOLAR BOZUKLUĞUN KLİNİK BELİRTİLERİ.....	12
2.7. PROGNOZ VE SONLANIM	12
2.8. TEDAVİ.....	13
2.8.1. Farmakolojik Tedavi	14
2.8.1.1.Lityum	14
2.8.1.2. Antikonvülsan İlaçlar	15
2.8.1.3. Antipsikotik İlaçlar.....	15
2.8.1.4. Elektro Konvulsif Terapi (EKT)	15
2.8.2. Psikososyal Tedaviler	16
2.8.2.1. Psikoeğitim.....	16
2.8.2.2. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)	16
2.8.2.3. Aile Odaklı Terapi (AOT).....	16
2.8.2.4. Kişilerarası ve Sosyal Ritim Terapisi (KSRT).....	16
2.9. BİPOLAR BOZUKLUKTA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI	17
2.10. BİPOLAR BOZUKLUK VE YETİ YİTİMİ	19
2.11. BİPOLAR BOZUKLUK VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA ..	20

2.12.	BİPOLAR BOZUKLUK VE RUHSAL İYİLEŞME	21
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1.	ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	25
3.2.	ARAŞTIRMA İZNİ.....	25
3.3.	ÖRNEKLEM	25
3.3.1.	Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	26
3.3.3.	Örneklem Büyüklüğü.....	26
3.4.	VERİLERİN TOPLANMASINDA KULLANILAN ARAÇLAR.....	26
3.4.1.	Kişisel Bilgi Formu	26
3.4.2.	Kısa Yeti Yitimi Ölçeği (KYYÖ)	26
3.4.3.	Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ) ...	27
3.4.4.	İyileşme Süreci Envanteri(İSE).....	28
3.5.	VERİ TOPLAMA SÜRECİ.....	28
3.6.	İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME.....	28
3.7.	ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	29
4.	BULGULAR.....	30
4.1.	KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	30
4.2.	ÖLÇEKLERE İLİŞKİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLER.....	31
4.3.	SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE ÖLÇEK PUAN FARKLILIKLARININ VE ARALARINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİNE İLİŞKİN BULGULAR,.....	32
4.3.1.	Sosyodemografik Özelliklere Göre KYYÖ Puanlarının Karşılaştırılması	32
4.3.2.	Sosyodemografik Özelliklere Göre RHİDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	33
4.3.3.	Sosyodemografik Özelliklere Göre İSE Puanlarının Karşılaştırılması.....	36

4.3.4. Yaş, hastalık süresi ile KYYÖ, RHİDÖ ve İSE arasındaki ilişkinin incelenmesi	38
4.4. ÖLÇEKLER ARASINDAKİ İLİŞKİYE DAİR BULGULAR	39
4.4.1. KYYÖ Puan Gruplarına Göre RHİDÖ ve İSE Puanlarının Karşılaştırılması	39
4.4.2. İSE Ölçek Puanlarına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi	42
5. TARTIŞMA	43
5.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	43
5.2. ÖLÇEKLERE İLİŞKİN TANIMLAYICI İSTATİSTİKLERİN TARTIŞILMASI	46
5.3. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE ÖLÇEK PUAN FARKLILIKLARININ VE İLİŞKİLERİN İNCELENMESİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	48
5.3.1. Sosyodemografik Özelliklere Göre KYYÖ Puanlarının Karşılaştırılması	48
5.3.1. Sosyodemografik Özelliklere Göre RHİDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	48
5.3.2. Sosyodemografik Özelliklere Göre İSE Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
5.3.3. Yaş, hastalık süresi ile KYYÖ, RHİDÖ ve İSE arasındaki ilişkinin incelenmesi	51
5.4. ÖLÇEKLER ARASINDAKİ İLİŞKİYE DAİR BULGULARIN TARTIŞILMASI	51
5.4.1. Kısa Yeti Yitimi Ölçek Puan Gruplarına Göre RHİDÖ ve İSE Puanlarının Karşılaştırılması	52
5.4.2. İSE Ölçek Puanlarına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
KAYNAKLAR	58
EKLER	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

EK 1. ETİK KURUL ONAY FORMU	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK 2. KURUM İZİNLERİ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK 3. GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	79
EK 4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	80
EK 5. KISA YETİ YİTİMİ ÖLÇEĞİ.....	81
EK 6. RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ82	
Ek 7. İYİLEŞME SÜRECİ ENVANTERİ.....	84
ÖZGEÇMİŞ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

KISALTMA VE SİMGELER

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD: International Classification of Diseases

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

KYYÖ: Kısa Yeti Yitimi Ölçeği

RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği

İSE: İyileşme Süreci Envanteri

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

GABA: Gama Aminobütirik Asit

CRH: Kortikotropin Salıcı Hormon

ACTH: Adrenokortikotropik Hormon

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

AOT: Aile Odaklı Terapi

KSRT: Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Ritim Terapisi

BB: Bipolar Bozukluk

FDA: Food and Drug Administration

VPA: Valproik Asit

ANA: Amerika Hemşireler Derneği

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TABLÖLAR

Tablo 1. Bipolar Bozukluğun Dönemsel Belirtileri	12
Tablo 2. Katılımcılara İlişkin Genel Bilgiler	31
Tablo 3. Ölçeklere Dair Tanımlayıcı İstatistikler	32
Tablo 4. Sosyodemografik Özelliklere Göre Kısa Yeti Yitimi Ölçeği Puanının Karşılaştırılması	33
Tablo 5. Sosyodemografik Özelliklere Göre Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	35
Tablo 6. Sosyodemografik Özelliklere Göre İyileşme Süreci Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 7. Yaş ve Hastalık Süresi ile KYYÖ, RHİDÖ ve İSE Puanları Arasındaki İlişki	38
Tablo 8. Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	39
Tablo 9. KYYÖ 7. ve 8. Sorular ile RHİDÖ ve İSE Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	39
Tablo 10. KYYÖ Gruplarına göre RHİDÖ ve İSE Puanlarının Karşılaştırılması	41
Tablo 11. İSE Ölçek Puanlarına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi	42

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bipolar bozukluk; kronik gidişli, ataklarla seyreden yüksek morbidite, yeti yitimi ve hastanın içselleştirilmiş damgalanma yaşamasına neden olan ruhsal bir hastalıktır. Çalışmamız bipolar bozukluk hastalarında yeti yitimi, içselleştirilmiş damgalama ve ruhsal iyileşme arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmaya Kasım 2021- Kasım 2022 tarihleri arasında Bolu TRSM ve Sakarya TRSM başvuran remisyon sürecindeki bipolar bozukluk tanılı 103 hasta dahil edilmiştir. Veriler; Kişisel Bilgi Formu, Kısa Yeti Yitimi Ölçeği (KYYÖ), Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ) ve İyileşme Süreci Envanteri (İSE) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi, pearson korelasyon analizi, çoklu doğrusal regresyon analizinden ve Cronbach alfa değerinden yararlanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmada KYYÖ puan ortalaması $7,13 \pm 4,91$; RHİDÖ puan ortalaması $74,89 \pm 11,30$; İSE puan ortalaması $65,74 \pm 12,67$ bulunmuştur. Çalışmaya katılanların %33,0'ünde yeti yitimi bulunmaz iken %25,2'sinde hafif düzeyde, %30,1'inde orta düzeyde ve %11,7'sinde yeti yitimi ağır düzeyde bulunmaktadır. Kısa yeti yitimi ölçeği, ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalama ölçeği ve iyileşme süreci envanteri ortalama puanları arasında anlamlı pozitif yönde ilişki bulunmaktadır. İyileşme süreci envanter puanı üzerinde KYYÖ puanı ve RHİDÖ puanının etkili olduğu görülmüştür.

SONUÇ: Bipolar bozuklukta yeti yitiminde artış olan hastaların, başkalarının daha fazla desteğine daha fazla gereksinim duydukları, bu destek sağlanabildiğinde de iyileşme sürecinin daha olumlu etkilendiği, içselleştirilmiş damgalamadaki artışın ise iyileşme süreci üzerinde olumsuz görünüme neden olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri Hemşireliği, Damgalama, İçselleştirilmiş Damgalama, Yeti Yitimi, İyileşme, Ruhsal İyileşme

SUMMARY

Investigation of the Relationship Between Disability, Internalized Stigma, and Spiritual Recovery in Bipolar Patients

INTRODUCTION AND AIM: Bipolar disorder; is a chronic mental illness with exacerbations that causes high morbidity, disability and internalized stigmatization of the patient. This study aimed to examine the relationship between disability, internalized stigma and mental recovery in bipolar disorder patients.

MATERIALS AND METHODS: The study was conducted with 103 patients who had bipolar disorder in remission period who applied to Bolu and Sakarya Community Mental Health Center between November 2021 and November 2022 were included in the study. Data was collected using The Personal Information Form, the Brief Disability Questionnaire (BDQ), the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI), and the Recovery Process Inventory (RPI). Independent sample t-test, one-way analysis of variance, Pearson correlation analysis, multiple linear regression analysis and Cronbach's alpha value were used to analyze the data.

FINDINGS: In the study, the mean score of BDQ was 7.13 ± 4.91 ; The mean ISMI score was 74.89 ± 11.30 ; the mean score of the RPI was found to be 65.74 ± 12.67 . While 33.0% of the participants did not have a disability, 25.2% had a mild disability, 30.1% had a moderate disability, and 11.7% had a severe disability. There was a significant positive correlation between the mean scores of the brief disability scale, the internalized stigma in mental illnesses, and the recovery process inventory. It was observed that the BDQ score and ISMI score influenced the recovery process inventory score.

CONCLUSION: It can be said that patients with increased disability in bipolar disorder need more support from others, and when this support is provided, the recovery process is affected more positively, and the increase in internalized stigma causes a negative outlook on the recovery process.

Keywords: Psychiatric Nursing, Stigma, Internalized Stigma, Disability, Recovery, Spiritual Healing

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk, hastalarda manik, hipomanik ve depresif dönemlerin birbirini takip ettiği şiddetli, kronik ve nüks eden ruhsal bir hastalıktır (Yeloğlu 2017; Bo et al 2019). 2013’ de yayımlanan DSM V’ te “bipolar ve ilişkili bozukluklar” terimi kullanılmıştır (Köroğlu 2013).

Genel populasyonun %1-3,7’ sinde bipolar bozukluk görülür. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) verilerine göre yeti yitimine neden olan ilk on hastalığın altıncısı olarak yerini almaktadır (Fiorillo et al 2013, Yılmaz 2020). Dünyada şu anda 1,3 milyar insan toplam nüfusun %16’ sı yeti kaybı yaşamaktadır (World Health Organization 2022 (Erişim Tarihi: 31.01.2023)). Bipolar bozukluğun görülmesinde cinsiyetler arasında fark yoktur (Namlı ve ark 2016).

Ruh sağlığı alanında iyileşme, bireylerin hastalığın yarattığı bütün kısıtlamalara rağmen tatmin edici bir hayat sürmeleri için davranışlarını, değerlerini, duygularını, amaç, rol ve yeteneklerini geliştirme sürecini ifade eder. Ruhsal iyileşme son derece kişisel bir durum olarak tanımlanmıştır (Anthony 1993).

İyileşme süreci doğru yönetildiğinde kişilerin yeti kaybı en alt seviyeye düşer, günlük hayata uyumları artar ve ruhsal hastalığı olmayan bireyler gibi yaşamlarını sürdürürler (Lieberman 2008, Çam ve Engin, 2014,Uzun ve ark 2018b).

Bipolar bozukluk kronik ve yaşam boyu süren bir hastalık olduğundan, birey hem çevre hem de kendisi tarafından damgalanmaktadır (Perich et al 2022). Aileleri, arkadaşları ve toplum tarafından olumsuz düşünceler ve ayrımcılığa uğrayan bu kişiler, olumsuzlukları içselleştirerek kendi kendini damgalamaktadır (Chang et al 2016). Ruhsal hastalığı olan kişiler yaşadıkları durumu içselleştirmekte, hastalığından utanmakta ve belirtilerini gizlemekte hatta bu durum tedaviyi reddetmeye kadar gitmektedir (*President’s New Freedom Commission on Mental Health* 2013 (Erişim Tarihi: 31.01.2023)). Bipolar bozukluğu olan kişiler “kendini tehlikeli görme ve ya kendi hayatımı yönetemiyorum” gibi düşünceleri içselleştirmektedirler (Çam ve Çuhadar 2011,Yanos et al 2011) Bipolar bozuklukta

içselleştirilmiş damgalama; işlevsellikte azalma, düşük benlik algısı, sosyal ilişkilerde ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olur (Post et al 2018).

Damgalamanın benlik saygısı üzerinde bıraktığı etkilerden dolayı ruhsal iyileşme de olumsuz etkilenmektedir(Lahera et al 2018).

Bipolar bozukluğu olan hastalara uygulanan hemşirelik bakımının amacı; hastanın güvenliği sağlamak, önceki toplumsal hayata dönmesi ve iyileşme sürecinin devamlılığı için hastaya desteklemektir (Temel ve Kutlu 2019). Hemşirelik bakımı verilirken kişi holistik (bütüncül) açıdan değerlendirilmelidir (Akbaş ve Yiğitoğlu 2020).

Literatürdeki bu bilgiler doğrultusunda;

Remisyon sürecinde bipolar bozukluğu olan ve 'TRSM' de takip edilen hastalarda yeti yitimi, içselleştirilmiş damgalama ve ruhsal iyileşme arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

Araştırma Hipotezleri:

H_{1,1}= Sosyodemografik özelliklerine göre Kısa Yeti Yitimi Ölçeği, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği ve İyileşme Süreci Envanteri puanları arasında farklılık vardır.

H_{1,2}= Yaş ve hastalık süresi ile Kısa Yeti Yitimi Ölçeği, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği ve İyileşme Süreci Envanteri arasında ilişki vardır.

H_{1,3}= Kısa Yeti Yitimi Ölçeği puan gruplarına göre Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği ve İyileşme Süreci Envanteri puanları arasında farklılık vardır.

H_{1,4}= İyileşme Süreci Envanteri üzerinde Kısa Yeti Yitimi Ölçeği ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçek puanlarının etkisi vardır.

2. GENELBİLGİLER

2.1. BİPOLAR BOZUKLUK

Bipolar bozukluk tekrarlayan depresif, manik ve hipomanik atakların olduğu, bu ataklar arasında normal olan ya da en az belirtilerle birlikte iş, aile ve sosyal çevresinde işlev kaybına neden olan kronik gidişli ruhsal bir bozukluktur (Smith et al 2012, Yeloğlu, 2017). Bipolar bozukluk enerji düzeyinde, yeme isteğinde, libido ve kaslara kadar vücudun her alanında etkilere yol açar (Rathee 2019).

2.2. TARİHÇE

Duygudurum bozukluklarının geçmişi çok eski tarihlere dayanmaktadır. Din kitaplarında, Yunan ve Latin eserlerinde depresyon ve mani dönemleri anlatılmaktadır. “Melankoli” sözcüğünü ilk kez Hipokrat kullanmıştır. Milattan önce 400 yılında mani-melankoli hastalığını; uykusuzluk, iştahsızlık, hüznün, kolay öfkelenme, karamsarlık durumu olarak tanımlamış, bu olayların sebebini ise kara safraya bağlamıştır (Öztürk ve Uluşahin 2018). Eski Yunan kaynaklarında ise taşkın duygudurum tabloları ile tanımlanmıştır. Milattan sonra birinci yüzyılda Soranus, taşkın duygudurumun melankoli ile ilişkili olduğunu düşünmüş, sonrasında da Kapadokyalı Areatus (Milattan sonra yaklaşık 150) aynı bireylerde mani ve melankoli ataklarının değişik zamanlarda ortaya çıktığını söylemiştir (Angst and Marneros 2001, Şahin 2018). Mevsimsel döngülü hastalık kavramın da ilk defa W. Griesinger kullanmıştır (Kurdal 2011, Şahin 2018).

Jules Falret 1854 yılında, bazı ruhsal hastalıkların diğer hastalıklardan farklı olarak kendiliğinden iyileştiğini, dönemsel olarak nüksettiğini gözlemlemiş bu tür hastalıklara “Folie Circularie” adını vermiştir (Işık ve ark 2008). Baillarger de bu

hastalık durumu için “iki şekilli delilik” kavramını kullanmıştır (Oral 2002). Manik depresif hastalığını ilk kez 1895’ de Kraepelin kullanmıştır. Bleuler 1930 yılında affektif bozukluk olarak isimlendirmiştir (Kurdal 2011). 1959 yılında bipolar ve unipolar hastalık tanımını Leonard bulmuştur. Unipolarlarda; sadece depresif dönem görülürken, bipolarlarda manik ve depresif bozukluk aynı anda görülmektedir. 1970’ li yıllarda depresif ve bipolar bozukluk ayrı kavramlar olarak düşünülüp ele alınmıştır (Turhan 2007).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı(DSM) ilk defa 1952 yılında yayımlanmıştır. DSM I’ de bipolar bozukluk “manik depresif reaksiyon” olarak adlandırılmıştır. 1968 yılında yayımlanan DSM II’ de “manik depresif hastalık” olarak duygulanım bozuklukları adı altında sınıflandırılmıştır. 1980 yılında yayımlanan DSM III’ de ise bipolar bozukluğun günümüzde kullanılan modern tanımının temelleri oluşturulmuştur. “Manik dönem”, “depresif dönem”, “siklotimik bozukluk”, “hipomani” alt başlıkları eklenmiştir. 1987 yılında yayımlanan DSMIII R’ da “psikomotor ajitasyon” tanımı netleştirilmiş olup “hipomanik dönemin” tanımı detaylandırılmıştır. 1994’ de yayımlanan DSM IV’ te “Bipolar 1” ve “Bipolar 2” ayrımı yapılmıştır. 2013’ de yayımlanan DSM V’ te “bipolar ve ilişkili bozukluklar” terimi kullanılmıştır (Mason et al 2016).

2.3. EPİDEMİYOLOJİ

Genel popülasyonun %1-3,7’ sinde bipolar bozukluk görülmektedir. Yetiyeitimine neden olan ilk on hastalık arasında altıncı sıradadır (Fiorillo et al., 2013; Yılmaz, 2020). Bipolar I bozukluk görülme sıklığı %0,4 iken, bipolar II bozukluğun görülme sıklığı %1.4’ tür (Nivoli et al 2011, Grande et al 2016). 2019 yılında 40 milyon kişi bipolar bozukluk yaşamıştır (*Institute for Health Metrics and Evaluation* 2019 (Erişim Tarihi: 03.02.2023)).

Bipolar bozukluğun görülmesinde cinsiyetler arasında bir fark yoktur (Namlı ve ark 2016). Bipolar bozukluğu olan kişilerin %80’ inde intihar düşüncesi, %25-50’ sinde intihar girişimi bulunurken, bu kişilerin %10–20’si intihardan dolayı hayatlarını kaybetmektedir (Valtonen et al 2006, Post et al 2007, Berk ve ark 2010, Gümüş ve ark 2016).

Bipolar bozukluğu olan kişiler ilaçlarını düzenli olarak kullansalar bile, 2 yıl içinde %40 ile %60 oranında tekrarlama ihtimali vardır (Fiorillo et al 2013).

2.4. ETİYOLOJİ

Bipolar bozukluğun erken dönemde ayırt edilmesi, erken tanı ve tedavinin yapılması için giderek daha önemli hale gelmektedir. Ek tedavilerin planlanması ve hastalığın gidişatı hakkında büyük bir öneme sahiptir (Coşkun ve ark 2010, Kaplan 2022). Bipolar bozukluğun etiolojisinde birçok faktör rol oynamaktadır. Bunlar biyolojik ve psikososyal etkenler olarak iki seçenekte sınıflandırılabilir (Yeloğlu 2017).

2.4.1. Genetik Etkenler

Bipolar bozuklukla ilgili yapılan çalışma sonuçlarında çift yumurta ikizlerinde konkordans oranı %16- 35 iken tek yumurta ikizlerinde ise bu oran %70-90 bulunmuştur (Sadock and Sadock 2012, Baytunca ve ark 2014). İki uçlu bozukluğu olan hastaların birinci dereceden akrabalarında görülme ihtimali %8,7 iken tek uçlu bozukluğu olanların görülme olasılığı % 14,1 olarak tespit edilmiştir (Öztürk ve Uluşahin 2018). Sağlıklı ve bipolar bozukluk dışında ruhsal hastalığı olan anne babaların çocuklarının kontrol grubu, araştırmayı değerlendiren kişilerin anne babaların tanıları konusunda kör olduğu büyük çaplı bir araştırmada, bipolar bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında görülme olasılığının yedi kat fazladır (Bukstein et al 2007, Coskun ve ark 2010). Bununla birlikte anne ve babalarında bipolar bozukluğu olan çocuklarda; bipolar bozukluğun yanı sıra anksiyete, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve devinim problemlerinin görülme olasılığının arttığı bulunmuştur ((Lapalme et al 1997, DelBello and Geller 2001, Coskun ve ark 2010).

Başka araştırmalarda da bipolar bozukluğu olan gençlerin yakın akrabalarında, sağlıklı çocukların ve ya majör depresif ya da DEHB olan çocukların ailelerine oranla bipolar bozukluğun görülme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (DelBello and Geller 2001, Lapalme et al 1997a, Lapalme et al 1997b, Bukstein et al 2007).

Ayrıca G- protein reseptör kinaz geninin dopamin düzeneğinde önemli bir etkiye sahip olduğu, bu gende meydana gelen düzensizliğin bipolar bozukluğa sebep olduğu bildirilmektedir (Arabacı ve Taştan 2020, Kaplan 2022).

2.4.2. Biyokimyasal Etkenler

Bipolar bozukluğun patofizyolojisi ile ilgili çok fazla bilgi yoktur. Şu zamana kadar biyokimyasal etkenlerin araştırılmasında monoaminerjik sistem, bu sistemin içinde de serotonin, noradrenalin ve az miktarda dopamin üzerinde çalışılmıştır. Mani ataklarında noradrenerjik aktivasyondan ve "Noradrenerjik-kolinerjik" sistemler arasındaki denge bozukluğundan, kolinerjik yetersizlikten bahsedilmektedir (Sobcazket al 2000, Yeloğlu 2017). Vücuda yüksek dozda L- Triptofon verildiğinde mani benzeri bir tablo oluşur (Kaplan and Sadock 2000, Maj et al 2002, Yeloğlu 2017). Manide dopaminerjik sistemde uyarılma olur (Işık 2003, Yeloğlu 2017). Serotonin uyku düzeninde, iştah, vücut ısısı gibi hayati fonksiyonlarda dengeleyici rol oynar. Serotonin; adrenalin ve dopamin ile birlikte saldırgan davranışların önlenmesi ve amaçlı davranışların oluşmasını sağlar (Yeloğlu 2017). Depresyonda monoaminde azalma, manide ise monoamin miktarında artış görülmektedir (Y. Kaplan and Sadock 2000, Yeloğlu 2017). Bipolar bozukluğun etiyolojisinde nörotransmitterlerden asetilkolin, gama aminobütirik asit (GABA) ve glutamat etkin rol oynamaktadır (Işık 2003, Yeloğlu 2017). Asetilkolinin sinaptik salınımının artmasında depresyon, azalmasında ise mani ortaya çıkmaktadır (Van Enkhuizen et al 2015, Yeloğlu 2017). Vazopressin, GAMA gibi aminoasit nörotransmitterler ve özellikle vazopressin ve endojen opioidler duygudurum bozukluklarının etiyolojisinde etkin rol oynamaktadır (Jr et al 2013, Yeloğlu 2017).

2.4.3. Beyin Görüntüleme

Bipolar bozuklukta uygunsuz duygudurumun nedeni; limbik sistem ve neokortekste işlev bozukluğu olarak görülmektedir (Yüksel 2014, Kaplan 2022). Bipolar bozukluğu olan kişilerin beyin görüntülemesinde subkortikal bölgede gri maddede ve ventriküllerin etrafında yer alan beyaz cevherde yoğun miktarda doku bozukluğu

oluşmaktadır. Bu yoğun doku bozukluğu hastalığının tanısından çok yaş ve hastalığın şiddeti ile ilgili olduğu tahmin edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2018)

2.4.4. Endokrin Dizge

Son yıllarda bipolar bozukluğun gelişmesinde hipotalamus, hipofiz ve böbrek üstü bezlerinin ürettiği hormonlar üzerinde durulmaktadır. Bipolar bozuklukta adrenokortikotropik hormon (ACTH) ,kortikotropin salıcı hormon (CRH), ve kortizol hormon seviyelerini arasında dengesizlik bulunmuştur. Mani döneminde CRH ve ACTH miktarında da artış olmaktadır (Illes et al 2020).

2.4.5. Psikososyal Faktörler

Bipolar bozukluğun oluşmasında sosyal ve ruhsal faktörlerin çok önemli roller oynadığı ifade edilmiştir. Kişisel özellikler, sosyal desteklerin olmaması, sevgi nesnesinin kaybı, maddi problemler, iş hayatında problemler ve kişiliği tehdit eden durumlarla karşı karşıya kalmak duygudurumunun bozulmasına yol açmaktadır (Çam ve Taş, 2021, Çam ve Engin 2014, Sadock and Sadock 2012, S. Öztürk et al 2021). Kişinin stresli bir olayla karşı karşıya kalması bipolar bozuklukta ilk atağın yaşanmasına neden olur ve bu kişilerde biyokimyasal hassasiyet ortaya çıkarır. Oluşan biyokimyasal hassasiyet bu kişilerin stresli olaylara karşı yatkınlığını artırır. Bu yatkınlık sonrasında ataklar kendiliğinden oluşmaya başlar (Engin ve Çuhadar, 2021, Kaplan 2022).

2.5. TANILAMA

2.5.1. DSM V' e Göre Tanılama

DSM V İkiuçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar

- Bipolar (ikiuçlu) I Bozukluğu
- Bipolar (ikiuçlu) II Bozukluğu
- 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

2.5.2. ICD 11 Tanı Ölçütleri

ICD 11’ de bipolar bozukluk tip II ayrı bir tanı ögesi olarak ayrılmıştır. DSM V’ te çıkarılan karma dönem ICD 11 de çıkarılmamıştır. Mani tanısını koymak için enerjide ve hareketlerde artışın olması zorunlu olarak belirlenmiştir. Karma dönem içinde mani ve depresyon belirtilerinin birlikte aynı hastalık döneminde en az 2 hafta sürmesi gerekmektedir (Maj 2013).

Bipolar bozukluk, ICD 11’ de bipolar tip I ve bipolar tip II olarak yer almaktadır.

6A60. Bipolar Tip I Bozukluk

6A60.0 Bipolar Tip I Bozukluk, psikotik semptomlar olmadan mevcut manik dönem

6A60.1 Bipolar Tip I Bozukluk, psikotik belirtilerle birlikte manik dönem

6A60.2 Bipolar Tip I Bozukluk, şimdiki hipomanik dönem

6A60.3 Bipolar Tip I Bozukluk, hafif seviyede depresif dönem

6A60.4 Bipolar Tip I Bozukluk, psikotik belirtiler olmadan orta seviyede depresif dönem

6A60.5 Bipolar Tip I Bozukluk, psikotik belirtilerle beraber orta seviye depresif dönem

6A60.6 Bipolar Tip I Bozukluk, psikotik belirtiler olmadan şiddetli depresif dönem

6A60.7 Bipolar Tip I Bozukluk, psikotik belirtilerle beraber şiddetli depresif dönem

6A60.8 Bipolar Tip I Bozukluk, şiddeti belirtilmemiş depresyon

6A60.9 Bipolar Tip I Bozukluk, psikotik belirtiler olmadan şimdiki karma dönem

6A60.A Bipolar Tip I Bozukluk, psikotik belirtilerle beraber şimdiki karma dönem

6A60.B Bipolar Tip I Bozukluk, şu anda remisyon sürecinde olup en son manik ve hipomanik dönem geçirmiş olma

6A60.C Bipolar Tip I Bozukluk, şimdiki kısmi remisyonunda iken en son depresyon geçirmiş olma

6A60.D Bipolar Tip I Bozukluk, şu anda kısmi remisyonda iken en son geçirdiği karma dönem geçirmiş olma

6A60.E Bipolar Tip I Bozukluk, şu anda kısmi remisyonda iken en son geçirdiği dönem belirtilmemiş

6A60.F Bipolar Tip I Bozukluk, şimdi tam remisyon sürecinde olma

6A61 Bipolar Tip II Bozukluk

6A61.0 Bipolar Tip II Bozukluk, şimdiki hipomanik dönem

6A61 Bipolar Tip II Bozukluk, mevcut hafif şiddette depresyon

6A61.2 Bipolar Tip II Bozukluk, psikotik belirtiler olmadan orta düzey depresyon dönemi

6A61.3 Bipolar Tip II Bozukluk, psikotik belirtilerle birlikte orta düzey depresyon dönemi

6A61.4 Bipolar Tip II Bozukluk, Mevcut Depresif Epizod, şiddetli, psikotik semptomlar olmadan

6A61.5 Bipolar Tip II Bozukluk, psikotik semptomlarla birlikte şiddetli depresyon dönemi

6A61.6 Bipolar Tip II Bozukluk, şiddeti belirtilmemiş şimdiki depresyon

6A61.7 Bipolar Tip II Bozukluk, en son hipomanik dönemle şimdi kısmi remisyon süreci

6A61.8 Bipolar Tip II Bozukluk, en son depresyon dönemi olup şimdi kısmi remisyon süreci

6A61.9 Bipolar Tip II Bozukluk, en son dönem belirtilmemiş olup şimdiki kısmi remisyon süreci

6A61.A Bipolar Tip II Bozukluk, şimdi tam remisyon süreci

2.5.3. Bipolar Bozukluğu Olan Hastalara En Fazla Kullanılan NANDA Hemşirelik Tanıları

2.5.3.1. Sağlığı Geliştirme ve Sürdürme

Sağlığını etkisiz yönetme

Riskli sağlık davranışları

Yaralanma riski

Travma riski

2.5.3.2. Beslenme

Dengesiz beslenme; gereğinden fazla beslenme

Dengesiz beslenme; gereğinden az beslenme

Elektrolit dengesizliği riski

2.5.3.3. Eliminasyon

Kabızlık

Barsak inkontinansı

Üriner boşaltımda bozulma

2.5.3.4. Aktivite/ Dinlenme

Aktivite planlarını yapmada etkisizlik

Amaçsız gezinme

Uyku düzeninde bozulma

Enerji alanında rahatsızlık

Öz bakım eksikliği

Banyo yapmada öz bakım eksikliği

2.5.3.5. Algı/ Biliş

Bilgi eksikliği

Hafızada bozulma

Düşünme süreçlerinde bozulma

Etkisiz dürtü kontrolü

Çevreyi algımla ve yorumlamada bozulma

Sözel iletişimde bozulma

2.5.3.6. Kendini Algılama

Düşük benlik saygısı

Rahatsız kişisel kimlik

Umutsuzluk

Korku

2.5.3.7. Rol İlişkisi

Sözel iletişimde bozulma

Etkisiz ilişki kurma

Aile içinde rollerin devamlılığında bozulma

Sosyal çevreyle etkileşimde bozulma

Rollerini yerine getirmede etkisizlik

Sosyal izolasyon

2.5.3.8. Cinsellik

Cinsel işlevde bozulma

Cinsellik örüntülerinde etkisizlik

2.5.3.9. Başetme Stres Toleransı

Bireysel baş etmede etkisizlik

Etkisiz inkar

Acı çekme

Kaygı

Ölüm korkusu

2.5.3.10. Güvenlik/ Korunma

Kendine zarar verme riski

Kendine yönelik şiddet riski

Başka kişilere yönelik şiddet riski (Moyet 2012).

2.6. BİPOLAR BOZUKLUĞUN KLİNİK BELİRTİLERİ

Bipolar bozukluğun klinik belirtileri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Bipolar Bozukluğun Dönemsel Belirtileri

Manik Dönem Belirtileri	Depresif Dönemin Belirtileri	Karma dönem belirtileri
Hareketlerde artış, Kendine aşırı güven duyma, Renkli ve uyumsuz kıyafetler giyme, Uyku süresinde azalma, Enerjide artış, Cinsel istekte artış, Yüksek sesli ve basınçlı konuşma, Taşkın duygudurum (öfori veya öfke) görülür, Beslenme yetersizliğinden kaynaklı sıvı elektrolit dengesinde bozulma, Dikkat dağınıklığı, Fikir uçuşmaları, Hareketlerde aşırı artış, (Öztürk ve Uluşahin 2018).	Kişisel bakımda azalma, Çökkün bir görünüm, Genel bir keder ve keyifsizlik vardır. Düşünme hızında yavaşlama, Kendine zarar verme ve kendini suçlama düşüncesi hakimdir. Uyku örüntüsünde bozulma, Gereğinden az beslenme görülür	Manik ve depresif dönem belirtilerine ek olarak; Saldırganlık, Düşünce de hızlanma

2.7. PROGNOZ VE SONLANIM

Bipolar bozukluğun başlangıç yaşı 15-20’ dir. Bipolar bozukluğu olan kişilerin %40’ ına tek kutuplu depresyon tanısı konur (Saunders and Goodwin 2010). İlk olarak majör depresyon tanısı alanların %5-10’ u 6 ve ya 10 yıl geçtikten sonra manik atak yaşarlar (Eroğlu ve Özpoyraz 2010).

Bipolar bozukluğun %20-30' u mevsimsel gidiş göstermektedir(Berkol et al 2017). Aynı mevsimde aynı tip dönemler yaşanmaktadır (Yazıcı ve Çakır 2009). Bipolar bozuklukta manik ve karma dönemler ilkbaharda ortaya çıkarken depresif dönemler kış mevsiminde ortaya çıkmaktadır (Yang et al 2013). Bipolar bozukluğu olan kişiler yaşam sürelerinin %20' sini hastanede yatarak geçirmektedir (Angst and Sellaro 2000). Bipolar bozukluğun iki yıl içinde nüks oranı %60' tır (Yeloğlu ve ark 2017, Yeloğlu ve ark 2021).

Mani dönemi ani olarak başlarken depresyon dönemi daha gizli ve yavaş ilerlemektedir. Mani dönemi ortalama 2 ay içinde yatıştır (Öztürk ve Uluşahin 2018). Sağaltımı yapılmayan hastalarda bu dönem 8 ay gibi sürelerle çıkabilir (Yüksel 2014). Bazı kişilerde nadiren de olsa mani, depresyon ve ötimik dönem birbirini takip eder ve bu döneme “sürekli döngü” denir. Bu döngünün bir sene de dört ve ya daha fazla olmasına “hızlı döngü” denir, kadınlarda daha fazla görülür ve gidişatı kötü sonuçlanır (Arabacı ve Taştan 2020, Keskin 2016, Yazıcı ve Çakır 2009). Bipolar bozukluk hastalarının yarısından fazlası psikotik özellik göstermektedir. Psikotik özelliği olan hastaların işlevselliklerindeki bozukluklar tam anlamıyla düzelme göstermeyebilir (Yazıcı ve Çakır 2009).

İlk atağın erken dönemde tespit edilip tedavi edilmesi, mani döneminin baskın olması, depresyon döneminin kısa sürmesi, ailesel ve sosyal çevrenin sağladığı olumlu destek, alkol- madde kullanımının olmaması, ek hastalık tanısının olmaması, tedaviye uyum sağlaması ve ileri yaşta olmaması hastalığın olumlu gidişat göstermesine yardımcı olur (Arabacı ve Taştan 2020, Öztürk ve Uluşahin 2018, Yüksel 2014, Kaplan 2022).

2.8. TEDAVİ

Bipolar bozukluk kronik ve tekrarlayıcı bir hastalıktır (Uyar ve ark 2022). Bipolar bozuklukta atakları önlemek amacıyla ilk olarak ilaç tedavilerine öncelik verilmektedir (Fiorilli et al 2013, Arguvanlı 2018). Bipolar bozukluk da ilaç tedavisi ile birlikte psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi (BDT), aile odaklı terapi (AOT), kişilerarası ilişkiler ve sosyal ritim terapisi (KİPT- SRT) kullanılmaktadır (Grande et

al 2016). Bipolar bozukluk da farmolojik tedavi psikoterapi kombine olarak uygulanır ve hastaların %60-80' inde doyurucu bir yaşam sürerler (Sofuoğlu ve ark 2000, Karaytuğ ve ark 2022). Tedavide en büyük problem tedavi uyumunun olmamasıdır (Perlick et al 2004, Uyar ve ark 2022). Genç yaşta olma, erkek cinsiyet, bekâr, tek başına yaşama, iç görünün az olması, ilaçlara ve hastalığa karşı çevrenin olumsuz damgalayıcı tutumları, hastalığın erken yaşta başlaması ve mani ataklarının fazla olması tedaviye uyumu olumsuz etkilemektedir (Gürsoy ve ark 2018). Bipolar bozukluğu olan kişiler kullanması gereken ilacın %80' inden azını alır ve bu durum hastaneye yatışların diğer psikiyatrik hastalıklardan 5 kat daha fazla olmasına neden olmaktadır (Prajapati et al 2019).

Bipolar bozukluk; yeti yitimi, kronik seyretmesi, , kişinin kendine ve çevresine zarar verme riskinden dolayı insan yaşamını tehdit eden bir halk sağlığı sorunudur. Kişiyi ve yakın çevresini olumsuz etkiler, yeti yitimine sebep olur (Eroğlu ve Özpoyraz 2010).

2.8.1. Farmakolojik Tedavi

Bipolar bozukluğun farmakolojik tedavisinde amaç; semptomatik iyileşmeyi sağlamak, hastalığın tekrarlamasını önlemek, sosyal ve mesleki işlevselliği arttırmaktır. Bipolar bozuklukta en çok tercih edilen ilaçlar; lityum, valproik asit ve ketiapindir (Geddes and Miklowitz 2013).

2.8.1.1.Lityum

Lityum BB' nin tedavisinde birinci basamak ilaç olarak kullanılmaktadır (Zencir et al., 2018). Lityum; akut mani, bipolar ve unipolar bozukluklarda, öz kıyım düşüncesi ve tedavisinde, tedaviye yanıtı olmayan depresyonda, agresyon ve dürtüsel davranışların tedavisinde kullanılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin 2018, Raja 2011, Yıldırım ve ark 2021).

Manik dönemleri tedavi etmek için günlük lityum dozu 500-1500 mg' dır. Akut tedavide 0,8- 1,2 mmol/ L, idame tedavisinde ise 0,4-0,8 mmol/L serum lityum düzeyi kabul edilir. Maksimum serum lityum düzeyi de 1,4 mmol/L' dir. Bunun üzeri toksik sınır olarak kabul edilir (Peng 2014; Güneş ve ark 2017). Tedavi edici özelliği 7-10 gün sonra ortaya çıkar (Engin ve Çuhadar 2021, Yüksel 2014, Kaplan 2022).

2.8.1.2. Antikonvülsan İlaçlar

Ağır yan etkilerinin daha az olması, etkisini gösterme hızının daha yüksek olması, hastalarda karma ya da hızlı döngülerin olması ve lityuma yanıt alınamaması durumlarında tedavide etkin bir şekilde kullanılmaktadır (Arabacı ve Taştan 2020, Keskin 2016, Kaplan 2022). Depresyon dönemlerinde etkin olabileceğine dair görüşler bildirilmiştir. Valproik asit (VPA), FDA tarafından bipolar bozukluğun mani ve karma ataklarının tedavisinde kullanılmasını uygun bulmuştur (Hassamal et al 2016). VPA kanda normal aralığı 50-100ug/ml olacak şekilde ilaç dozu ayarlanır (Hocaoglu ve ark 2020). Karbamazepin' in ise serum kan düzeyi 6-12 mg/ml arasında olmalıdır (Yüksel 2014, Kaplan 2022). Duygudurum düzenleyicisi olarak lamotrijin' de bipolar ve unipolar depresyonun tedavisi amacıyla kullanılır (Margolese et al 2003, Özen ve ark 2016).

2.8.1.3. Antipsikotik İlaçlar

Bipolar bozukluktaki psikotik semptomların tedavi edilmesinde kullanılmaktadır (Keskin 2016, Kaplan 2022). Akut mani ve karma dönemlerin yatıştırılmasında, antikonvülzan ilaçların etkisini daha hızlı göstermesi için tedaviye ek olarak kullanılır (Keskin 2016, Tohen and Vieta 2009, Kaplan 2022).

Klorpromazin FDA tarafından ilk onay verilen antipsikotiktir. Akut BB' nin tedavisinde 2008 yılında FDA tarafından aripiprazol, olanzapin, ketiapin, risperidon ve ziprasidon atipik antipsikotikler olarak onaylanmıştır (Tohen and Vieta 2009).

2.8.1.4. Elektro Konvulsif Terapi (EKT)

İlaç tedavisine cevap alınamayan ya da dirençli olan kişilerde, hastalık tablosunun kötü olduğu ve özkıyım düşüncesi olan hastalara uygulanır.

Hastaya 6-8 defa EKT uygulandığında semptomları yatışma gösterirse duygudurum düzenleyici ilaçlarla tedaviye devam edilir. Eğer hastalığın şiddeti yatışmazsa 10-12 defa gerekirse daha çok sayıda EKT' de uygulanabilir (Arabacı ve Taştan 2020, Engin ve Çuhadar 2021, Kaplan 2022).

2.8.2. Psikososyal Tedaviler

2.8.2.1. Psikoeğitim

Bipolar bozuklukta psikoeğitim ile kişilerin olumsuz yönlerini değiştirme, kendisi ve ailesini hastalık hakkında bilgilendirme erken belirtileri fark edebilme, içgörü kazanmalarını sağlama, damgalanmayla başa çıkma, hastaneye yatış sayısı ve süresini azaltma, karşılaşılan kriz durumuyla başa çıkma amaçlanmaktadır (Menezes and de Mello Souza 2012).

2.8.2.2. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Bilişsel davranışçı terapi mani döneminin dışındaki epizotlar için ilaç tedavisine ek olarak ikinci sırada önerilmektedir. Bilişsel davranışçı terapi hastalığın nüksünü önleme, akut depresyon tedavisi, iyilik sürecini uzatma ve idame tedavisi olarak kullanılmaktadır (Yatham et al 2018).

Bipolar bozukluk da BDT;

- Hastalık semptomlarını azaltma ve kontrol altında tutma,
- Farmakolojik tedaviye uyum sağlama,
- Hastalığın erken dönemde ortaya çıkan işaretlerini anlama ve önlem alma,
- Ek hastalıkların sağaltımı (Özdel ve ark 2021) gibi amaçlarla kullanılmaktadır.

2.8.2.3. Aile Odaklı Terapi (AOT)

Aile odaklı terapi; planlı hasta ve aile ziyareti, kişilerarası iletişimi geliştirme, tedavi sürecine hasta ve aileyi aktif olarak katma, danışmanlık, destek olma ve hastalıkla baş etmeyi sağlayan özelleştirilmiş müdahaledir (Kavitha et al 2022). Aile odaklı terapi; duygudurum ve hipomani belirtilerinde hızlı bir iyileşmeye, remisyon süresinin uzamasına neden olmaktadır. İlaç tedavisine oranla duygudurumunun stabilitesini sağlamada ve duygudurumun bozukluğunun tekrarlanmasını önlemekte daha etkindir (Miklowitz et al 2020).

2.8.2.4. Kişilerarası ve Sosyal Ritim Terapisi (KSRT)

Kişilerarası ve sosyal ritim terapisi ile farmakoterapiye uyumsuzluk, sirkadiyen (uyku ve sosyal işlevlerde) ritimde bozulma psikososyal stresörlerle BB da atakların alevlenmesi ve nüksü arasında ilişki olan durumlarda, bu alanları düzelterek olumlu sonuçlar alma amaçlanmaktadır (Hlastala et al 2010). Kişilerarası ve sosyal ritim terapisi BB olan yetişkinlerde hastalığın nüksünü önleme, depresif dönemlerin hızlı bir şekilde iyileşmesini sağlamada, kişinin toplumsal ilişki işlevselliğini ve hayattaki memnuniyetini arttıran deneysel yardımcı bir psikoterapidir (Hlastala et al 2010, Mizushima 2011).

2.9. BİPOLAR BOZUKLUKTA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından psikiyatri ve ruh sağlığı hemşireliği; sanatsal açıdan kendiliğin amaçlı bir şekilde kullanımı, bilimsel olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramları, araştırma sonuçlarını ve hemşirelik rollerini kullanan bir ruh sağlığı profesyoneli olarak tanımlanmıştır. Çam ve arkadaşlarına göre “Psikiyatri hemşireliğinin temel felsefesi her kişi kendi içinde değerlidir, sağlıklı olması, kişinin kendisini geliştirmesi ve değiştirme isteği olduğu akılda tutulmalıdır” (Çam ve Engin 2014).

Kronik ruhsal hastalığı olan kişilerin hemşireler tarafından yakından gözlenmesi ile hastanın ihtiyaçları, tedaviye uyumu ve terapötik iletişimin yakından takip edilmesi sağlanır. Psikiyatri hemşireliğinin temelini; hastanın iyileşmesini sağlamak, sağlık seviyesini arttırmak ve hastanın topluma yeniden kazandırılmasını sağlamak oluşturur (Ünsal ve ark 2014).

Bipolar bozukluk; mani, depresif ve karma epizotlarla devam eden, belirgin biçimde sosyal ilişkilerde ve işlevsellikte bozulmaya neden olan, kişinin ve ailesinin toplumsal ilişkilerini, okul ve iş başarısını olumsuz etkileyen bir bozukluktur. Bu süreçten olumsuz etkilenen kişiye ve ailesine hastalığın gidişatı, tedavisi ve onları nelerin beklediği konusunda eğitim verilmeli, destek sağlanmalıdır. Hemşirelik bakımı verilirken kişi, holistik (bütüncül) açıdan değerlendirilmelidir (Akbaş ve Yiğitoğlu 2020).

Bipolar bozukluğun depresyon döneminde hastalara uygulanan hemşirelik bakımının amacı; hastanın güvenliği sağlamak, önceki toplumsal hayata dönmesi ve iyileşme sürecinin devamlılığı için hastayı desteklemektir (Temel ve Kutlu 2019). Hastaların hastanede yatış dönemi ve sonrası için eğitim verme; hasta ve yakınlarının hastalık ve remisyon dönemindeki semptomlarını ve öz bakımlarını yönetmelerini kolaylaştırır. Tedavi sürecinde fikirlerini belirtmeleri; baş etme becerilerini geliştirme, hastanede kalış süresinin azaltılması, atakların daha hızlı iyileşmesini, hasta memnuniyetini arttırarak yaşam kalitesi ve işlevselliğin artmasını sağlar (Gümüş ve Buzlu 2018).

Hemşirelerin temel rollerinden birisi de eğitici rolüdür. Bipolar bozukluğu olan hastalara verilen eğitim;

- Bipolar bozukluğun sağaltımı, epizotların ortaya çıkmasına neden olan etkenlerin tanıma, hastalık semptomları ile baş etme becerisi kazanma konularında bilgiyi arttırır.
- Bipolar bozuklukla ilgili sosyal çevrenin düşünceleri hakkında konuşma ve damgalamaya karşı sosyal etkinliklere katılma konusunda destek sağlayabilir.
- Stresörlerle ve agresyonla baş etme yolları konusunda beceri kazanmalarına katkı sağlayabilir (Çam ve Çuhadar 2013).

Farklı kültürlere ve değerlere saygı iyileşme odaklı bakımın temelini oluşturmaktadır. Bu nedenle hemşire de hastanın değerlerine saygılı olmalı ve iyileşme süreci içinde ortak kararlar almalıdır (Matsuoka 2021).

Bipolar bozukluğu olan hastaların iyileşmenin sağlanması için terapötik iletişimin ilk adımı olarak hastayı dinler, hastayı konuşması için cesaretlendirir ve hastanın gizlediklerini de anlamaya çalışır. Kişiye şefkat duyar, hastalıktan ziyade kişiliği görmeye çalışır ve saygı duyar. Problemlerin çözümünde hem yol gösterici hem de problem çözücü olur (Jacobson and Greenley 2001, Kamışlı ve ark 2016).

Bipolar bozukluğu olan kişiler öz bakımlarına özen göstermedikleri için hemşireler tarafından gözlemlenmeli, hastaneye yatışlarından taburculuk dönemine kadar ve taburculuk sonrasında sürekli eğitimler yapılmalıdır. Bu eğitimler sayesinde hastalar öz bakım gereksinimlerinde farkındalık yaşar, tedaviye uyumları ve kişiliklerine saygı duymaları sağlanır (Günay ve Duman 2021, Sabancıoğulları ve Doğan

Başığmez 2018). Bu eğitimler hastanın anlayabileceği seviyede olmalı, kaygılarını dile getirmeleri için cesaretlendirmeli, hastalık ve sağaltım süreci ile ilgili doğru olmayan inanışları değıştirmesi için yol gösterici olmalıdır (Türkmen ve ark 2018).

Bipolar bozukluğu olan kişiler toplum tarafından ciddi düzeyde damgalanmaya maruz kalmakta ve bunun sonucu kendini damgalamaya kadar gitmektedir. Akademisyen ve uzman hemşireler damgalamayı azaltma programlarına ve mektup yazma kampanyalarına katılarak ruhsal hastalıkların yanlış anlatıldığını, hastalıkla ilgili gereksiz korkular olabileceğini paylaşarak tedavileri destekleyebilirler (Çam ve Çuhadar 2011, Pinto-Foltz and Logsdon 2009).

2.10. BİPOLAR BOZUKLUK VE YETİ YİTİMİ

Vücut fonksiyonlarında meydana gelen sorunlardan doğan yetersizlik, hareket ve gündelik yaşama dahil olmanın engellenmesine yeti yitimi denir (Kesioğlu ve ark 2003, Softa ve Karaahmetoğlu 2016). Daha önceden yapılabilen bir eylemi normal sınırlar içinde yapma yetisinde meydana gelen bir engel veya kayıptır (Turgay ve ark 2017). Ruhsal yeti yitimi; ruhsal hastalığın sebebiyet verdiği duyuşsal ve kognitif işlevlerde meydana gelen bozulmalardan kaynaklı bireyin gündelik hayatının engellenmesi olarak tanımlanır (Passerieux et al 2018).

Bipolar bozukluk; kronik seyirli, tekrarlamasından dolayı yüksek ölüm oranı, morbidite ve işlev kaybına yol açmaktadır (Eroğlu ve Özpoyraz 2010, Yeloğlu ve ark 2021). Bipolar bozukluk da sağaltıma geç başlanması, ataklar ve uygun tedavinin yapılmaması yeti yitiminin derecesini arttırmaktadır. Yeti yitimi olan kişilerin işlevselliği ciddi oranda etkilenmekte kendilerinden beklenen okul, iş ve sosyal rolleri yerine getirmede sorun yaşanmaktadır (S. Öztürk ve ark 2021, Yıldız 2009)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre dünyada şu anda 1, 3 milyara ulaşan toplam nüfusun % 16'sı yeti kaybı yaşamaktadır (World Health Organization 2022 (Erişim Tarihi: 13.02.2023). Küresel hastalık yükü sınıflandırılmasında ruhsal bozukluklar % 7, 4' lük oranla beşinci sırada yer almaktadır (Göktaş ve ark 2018). Bipolar bozukluk DSÖ tarafından yeti yitimine sebep olan tıbbi hastalıklar arasında

altıncı sırada yer almakta ve motalite ile de bağlantılıdır (McKenna et al 2005, Uyanık 2010). Bipolar bozukluk 10- 24 yaş arasındaki gençlerde de yeti yitimine neden olan dördüncü hastalıktır (Burdick et al 2019). Bipolar bozukluğu olan kişilerde ek hastalıklar da olduğundan% 25- 50’ sinde intihar davranışı görülmekte, bunların % 15- 19’ u yaşamlarını yitirmektedir (Tsai et al 2002, Uyanık 2010, Şahin 2018).

Depresyon dönemlerinde sosyal işlevsellik alanında yeti yitimi görülmektedir. BB da genetik, hastalığın şiddeti, kriz ve stres dönemleri, kaygı gibi faktörler psikososyal alandaki yeti yitiminin şiddetini belirlemektedir (Vlad et al 2018).

2.11. BİPOLAR BOZUKLUK VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA

Damgalama bir kişiyi diğerlerinden ayırıştırıp, gözden düşürüp daha aşağı göstermek ve genel anlamda kötülemektir (Tel ve Ertekin 2012). Damgalama kişinin ruhsal hastalık, fiziksel engellilik, uyuşturucu madde kullanımı, HIV-AIDS, epilepsi, sakatlık, cüzam gibi sağlık durumları ve ırk, cinsiyet gibi toplumsal grupları içeren sinsi bir sosyal güçtür (King et al 2007, Manzo 2004, Van Brakel 2006). Damgalama sosyal, ruhsal ve psikolojik olarak tarif edilemeyen acılara neden olur (Van Brakel 2006). Ruhsal hastalığı olan insanlar arkadaşları, aileleri ve toplumun diğer kesimleri tarafından ayrımcılığa ve damgalanmaya maruz kalmaktadır (Huggett et al 2018). Bu kişiler arkadaşları arasında, işte, okulda ve sağlık kurumlarında damgalanma yaşamakta ve endişe duymaktadır (Arguvanlı 2018, Hawke 2013). Bipolar bozukluk kronik ve yaşam boyu süren bir hastalık olduğu için, bu kişiler hem çevre hem de kendileri tarafından damgalanmaktadır (Perich et al 2022). Damgalama halkın ruhsal hastalığı olan kişilerden korkmasını, reddedilmesini, kaçınmasını ve bu kişilerin ayrımcılığa uğraması gibi birçok davranışı içerir. Ruhsal hastalığı olan kişiler yaşadıkları damgalayıcı tutumları içselleştirmekte ve hastalıklarından utanmakta, belirtilerini gizlemekte hatta bu durum tedaviyi reddetmeye kadar gitmelerine yol açmaktadır (*President’s New Freedom Commission on Mental Health* 2013 (Erişim Tarihi: 13.02.2023)). Bu kişiler aile fertleri, arkadaşları ve toplum tarafından olumsuz düşüncelere ve ayrımcılığa uğradıklarında, olayları içselleştirerek kendi kendilerini

damgalayabilmektedirler (Chang et al 2016). Damgalamanın çeşitleri arasında kişiye ruhsal olarak en fazla hasar veren damgalama şekli içselleştirilmiş damgalamadır (Kök ve Demir 2017). İçselleştirilmiş damgalama kişinin hastalık tanısını aldıktan sonra kendini diğer insanlardan daha aşağı görmesidir. Bu kişilerin psikiyatrik bozukluğu olan bireyleri damgalama yatkınlıkları ne kadar fazla ise kendilerini de damgalama oranı o kadar fazladır (Çam ve Çuhadar 2011).

İçselleştirilmiş damgalama, diğer insanların inandığı tehlikeli ve yetersiz olma düşüncelerinin hasta olan kişiler tarafından da kanıksanmasıdır. Bipolar bozukluğu olan kişilerin “kendini tehlikeli görmesi ve ya kendi hayatımı yönetemiyorum” gibi düşünceleri içselleştirmesidir (Çam ve Çuhadar 2011, Yanos et al 2011).

Hastalar damgalanmayı ne kadar çok içselleştirirlerse tedaviden o kadar uzaklaşmaktadır (Fox et al 2018). Bipolar bozuklukta içselleştirilmiş damgalama sonucunda işlevsellikte azalma, düşük benlik algısı, sosyal ilişkiler ve yaşam kalitesinde bozulma görülebilir (Post et al 2018). İçselleştirilmiş damgalama tedavi uyumunu ve tedavi arama isteğini de azaltır (Mittal et al 2012). Bipolar bozukluğu olan hastalarla yapılan uluslararası çalışmalarda içselleştirilmiş damgalamanın sosyal işlevsellik üzerinde etkili olduğu görülmekle birlikte, hangi yönde olduğu net olarak bulunmamıştır. Depresyon dönemindeyken içselleştirilmiş damgalama işlevsellikte azalmaya neden olmaktadır (Ellison et al 2013). Kişinin yaşadığı içselleştirilmiş damgalanma sonucu sosyal geri çekilme, işlevsellikte bozulma ve yabancılaşma görülür (de Filippis et al 2022).

Üstündağ ve Kesebir’ in (2013) yaptığı çalışmada bipolar hastaların içselleştirilmiş damgalama oranı % 46 bulunmuştur (Üstündağ ve Kesebir 2013).

2.12. BİPOLAR BOZUKLUK VE RUHSAL İYİLEŞME

İyileşme kavramı için tek bir tanım yoktur. İyileşmenin tıbbi geleneksel tanımını kişinin hastalık belirtilerinin azaltılması ve önceki hayatına geri dönmesi olarak tanımlanır (Mueser et al 2006). Ruhsal iyileşmede sadece hastalık belirtileri ele alınmaz. Bunun yanı sıra bilişsel, ruhsal ve sosyal ilişkilerinin de değerlendirilmesi gerekmektedir (Lahera et al 2018).

İyileşme bireysel olduğu için herkes tarafından farklı tanımlanmaktadır. Ancak tanımlanan tüm iyileşme kavramlarının ortak noktası; umut, kendi geleceğini belirleme, kendini olumlu özelliklerini güçlendirme, olumsuz özelliklerini yönetmeyi sağlayarak anlamlı bir hayat sürebilmektir (Brown 2013). Ruh sağlığı alanında iyileşme, hastalığın yarattığı bütün kısıtlamalara rağmen kişilerin tatmin edici bir hayat sürmeleri için tutumlarını, değerlerini, duygularını, amaç, rol ve becerilerini geliştirme sürecini ifade eder ve ruhsal iyileşme kişisel boyutları önemli bir durum olarak tanımlanmıştır (Anthony 1993).

İyileşme süreci; ruhsal hastalığın yarattığı yıkıcı etkileri azaltarak hayatında yeni anlam ve amaçlar kazanma süreci olarak tanımlanır (Chiba et al 2014). Ruhsal iyileşme sonuçtan ziyade bir süreç olarak kabul edilmektedir. Meslek edinme, bir işte çalışma, akademik hayata devam etme, rutin görevlerini yerine getirme ve normal yaşama adapte olmanın iyileşme sürecine önemli katkıları olmaktadır (Drake and Whitley 2014). Hastalıkla baş etme çabaları, kişisel amaçlar belirleyip o yolda devam etmeleri ve bireyselliklerini kazanmak için çaba sarf etmeleri kişilerin ruhsal yönden iyileşmesi için önemli adımlardır (Çam ve Engin 2014, Schrank and Slade 2007, Yaman ve Yılmaz 2020).

Umut, sorumluluk, benlik saygısı, amaç belirleme, sosyal roller üstlenme, hastalık belirtilerini yönetme ve damgalama iyileşme kavramının temel bileşenleri olarak kabul edilmektedir (Schrank and Slade 2007). Kısaca kişinin hastalığını ve semptomlarını kabul edip hayatına devam etmesi, kendini iyileşmiş olarak algılamasına neden olur (S. Öztürk ve ark 2021). Damgalamanın benlik saygısı üzerinde bıraktığı etkilerden dolayı ruhsal iyileşme de olumsuz etkilenmektedir (Lahera et al 2018).

İyileşme süreci doğru yönetildiğinde kişinin yeti kaybı en alt seviyede tutulup, günlük hayata uyum sağlayıp sağlıklı bireyler gibi yaşamalarını sağlar (Çam ve Engin 2014, R. Liberman 2011, Uzun ve ark 2018a).

İyileşmeye sürecine kılavuzluk eden ilkeler;

İyileşmenin birçok yolu vardır. Kişinin hayat kalitesinin artması ve sağlıklı seçimler yapması için izin veren bir süreçtir. İyileşme birçok yol içerir. Bunlar; ilaç tedavisi, psikososyal tedavileri içerir.

İyileşme bütünseldir. İyileşme aile, sosyal ve toplumsal çevrede dâhil olmak üzere beden, zihin ve ruhsal olarak bir denge içinde olmayı ifade eder.

İyileşme, geliştirilmiş sağlığı ve zindeliğin sürekliliğini ifade eder. İyileşme doğrusal bir süreç değildir. İşlevselliliğini geliştirme ve sürekli büyümeye dayalı bir süreçtir.

İyileşme kendini yeniden tanıma ile birlikte gerçekleşen bir süreçtir. Bütünsel bir iyileşme süreci olumlu kimlik gelişimine katkı sağlar.

İyileşme bir gerçektir. İyileşme ömür boyu devam eden bir süreçtir.

İyileşme kişisel bir değişim ihtiyacının kabul edilmesidir. Değişim kişinin fiziksel, ruhsal, entelektüel ve dinsel yönden değişmeye istekli olmasıdır.

İyileşmenin kültürel boyutu vardır. Bir kişinin yaşadığı çevre ve kültürü iyileşmeyi etkiler.

İyileşmenin birçok yolu vardır. Kişilerin güçlü ve zayıf yönleri, amaçlar, sağlık tutum ve davranışları, hayattan beklentileri farklıdır. Ruhsal iyileşme kişiye özgü bir süreçtir ve iyileşmenin birçok yolu vardır. Bazıları için farmakojik tedavi ve psikososyal tedavileri içerirken, bazıları için sağlıklı seçimler yapmak ve hayat kalitesini arttırmaktır.

İyileşme kendine yönelik ve güçlendiricidir. İyileşme temelde kendi kendini geliştiren bir süreçtir. Kendilerini kapsamlı bir şekilde geliştiren kişiler iyileşmenin en üst düzeyini yaşarlar. İyileşme süreci en yüksek özerklik seviyesine çıkarır.

İyileşme umut ve şükrandan doğar. İyileşme süreci ve arayışta olan kişiler bu hastalıkları yaşayan kişilerin hikâyelerini ve iyileşme sürecini dinleyip umutlanırlar. İnsanların karşısına çıkan zorlukları aşmak kişilerde şükran duygusunu oluşturur.

İyileşme, ayrımcılığı, utanç ve damgalamayı yenmeyi içerir. İyileşme damgalama ile yüzleşip baş etme çabaları gösterir.

İyileşme diğer kişiler tarafından desteklenir. İyileşme sürecindeki kişilere aile, akran, arkadaş ve sağlık personelleri baş etme stratejileri, umut ve destek önerileri vererek destek olur.

İyileşme toplum içine yeniden katılmayı ve yaşamı yeniden inşa etmeyi içerir.

Kişinin hiç sahip olmadığı veya hastalıkla kaybettiği durum ve sonuçları yeniden şekillendirir. Hastalığın getirdiği sınırlara rağmen yeni bir yaşam tarzı geliştirir. Sağlıklı bir aileyi ve olumlu sosyal çevreyi şekillendirir. Yaşam kalitesinde, ailede, eğitim ve iş hayatında iyileştirme sağlar. Toplumda üretken ve yapıcı rollerin gelişmesine yardım eder (Sheedy and Whitter 2013).

İyileşme odaklı bakımlarda kişiler kendilerini tek ve değerli bir birey olarak görür, tedavisine aktif olarak katılır, geleceğe dair ümit besler, var olan yeteneklerini geliştirir, hayatın anlamını kavrar ve kişisel bakımını kendisi yapar (Şenocak ve ark 2019).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma, bipolar bozukluğu olan kişilerde yeti yitimi, içselleştirilmiş damgalama ve ruhsal iyileşme arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMA İZNİ

Araştırmanın yapılması için etik onay Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır (Ek 1). Araştırmaya katılacak bipolar bozukluğu olan kişilere çalışmanın amacı anlatılarak sözel ve yazılı olarak izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılmayı reddetme veya herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları anlatılmış, kayıtların kesinlikle gizli tutulacağına dair teminat verilmiştir.

3.3. ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini Kasım 2021 ve Kasım 2022 tarihleri arasında Bolu (N= 431) ve Sakarya (N= 350) Toplum Ruh Sağlığı Merkezine (TRSM) kayıtlı, bipolar bozukluk tanılı ve remisyon döneminde olan 18- 65 yaş aralığındaki hastalar oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçimine gidilmeyip, araştırmanın örneklemine, araştırmaya katılma kriterlerine uyan, çalışmaya dahil olmayı kabul eden, sözlü/yazılı izinleri alınan katılımcılar oluşturmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılamayan 18 hasta araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırma, 103 katılımcı ile tamamlanmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 ile 65 yaş aralığında olma,
- Toplum ruh sağlığı merkezinde bipolar bozukluk tanısı ile takip edilme,
- Sözel iletişim kurabilme,
- Soruları cevaplayabilmek için yeterli bilişsel seviyede olma,
- Psikiyatrik ek hastalık tanısı olmama.

3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Psikiyatrik ek hastalık tanısı olması,
- Araştırmaya katılmaktan vazgeçme,

3.3.3. Örneklem Büyüklüğü

Araştırmada 103 katılımcı üzerinden güç analizi GPower 3.1.9.7 programı ile yapılmıştır. GPower 3.1.9.7 programı güç analizi sonucunda RHİDÖ ve İSE ölçekleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek için tip 1 hata= 0, 05 ve effect size= 0, 8657 ve n=103 kişiye göre güç düzeyi= 1, 00 olarak bulunmuştur. Buna göre araştırmanın örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu görülmüş ve araştırma 103 katılımcı ile tamamlanmıştır.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASINDA KULLANILAN ARAÇLAR

Araştırmaya katılan kişiler aşağıdaki formlar ile değerlendirilmiştir.

- Kişisel Bilgi Formu
- Kısa Yeti Yitimi Ölçeği
- Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği
- İyileşme Süreci Envanteri

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu literatür doğrultusunda geliştirilen sosyodemografik bilgilerini ve hastalık öykülerine dair bilgileri ölçmek amacıyla 11 sorudan oluşturulmuştur.

3.4.2. Kısa Yeti Yitimi Ölçeği (KYYÖ)

Kısa yeti yitimi ölçeği 1988 yılında Stewart ve arkadaşları tarafından fiziksel ve sosyal alanda yeti yitimi durumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Stewart et al., 1988; Tel ve ark., 2014). Kısa yeti yitimi ölçeğinin ülkemizdeki geçerlik ve

güvenirlilik çalışması Kaplan tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran 26 kişi ile 2-5 gün aralıklarla yapılan güvenirlik çalışmasında test tekrar test güvenirliği (pearson) $r = 0,91$ olarak tespit edilmiştir (Akın, 2001). Kısa yeti yitimi ölçeği 11 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınan puan ortalaması 0- 22 aralığındadır. Yeti yitimi puanları; 0- 4 puan “yeti yitimi yok”, 5- 7 puan “hafif düzeyde yeti yitimi”, 8- 12 puan “orta düzeyde yeti yitimi”, 13 ve üzeri puanda ise “ağır düzeyde yeti yitimi” olarak değerlendirilmektedir (Tel ve ark., 2014).

3.4.3. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ)

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği Ritscher ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olup 29 maddeden oluşmakta ve içsel damgalanma düzeyini değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir. 2007 yılında Ersoy ve Varan tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin: 1 *Yabancılaşma* (6 madde); 2. *Kalıp Yargıların Onaylanması* (7 madde); 3. *Algılanan Ayrımcılık* (5 madde); 4. *Sosyal Geri Çekilme* (6 madde) ve 5. *Damgalanmaya Karşı Direnç* (5 madde) olmak üzere beş alt ölçeği vardır. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği’nde yer alan maddeler “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dörtlü likert tiplidir. “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt boyuta ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 4 ile 91 puan arasında değişmektedir. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği”nden alınan yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin İngilizce formunun iç tutarlık katsayısı, 90 ($n=127$), test-tekrar-test güvenirlik katsayısı $r = 0,92$ ($n=16$, $p<0,05$) olarak bulunmuştur. Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutlarının iç tutarlık katsayıları; 0,80 ile 0,58 aralığında değişmekteyken, test, tekrar-test güvenirlik katsayıları ise sırası ile 0,94 ile 0,68 aralığındadır. Ölçeğin İngilizce formu 55 madde olarak geliştirilmiş, korelasyonlarının toplam puanı 40’ın altında olan soruların çıkartılmasıyla son hali olan 29 madde olarak kalmıştır (Ersoy ve Varan, 2007).

3.4.4. İyileşme Süreci Envanteri(İSE)

İyileşme süreci envanteri, Jerrell ve arkadaşları tarafından 22 soru ve altı alt boyut olarak geliştirilmiştir. Ölçeğin alt boyutları *keder* (1, 2, 3, 10, 12, 17, 21, 22. maddeler); *diğerleri ile ilişki* (4, 8, 18. maddeler); *iyileşme/ benlik saygısı* (5, 9, 13, 15. maddeler); *başkalarının bakımı/yardımları* (14, 16, 20. maddeler); *yaşam alanı* (6, 11. maddeler); *umut/özbakım* (7, 19. maddeler) dır. Ölçek, ‘1= Kesinlikle katılıyorum’, ‘2= Katılıyorum’, ‘3= Ne katılıyorum ne katılmıyorum’, ‘4= Katılmıyorum’, ‘5= Kesinlikle katılmıyorum’ şeklinde beşli likert tipi bir ölçektir. Y *Keder* alt boyutu ters puanlanmaktadır. *Keder* alt boyutundan alınan düşük puan iyileşmenin olumsuz görünümünü temsil ederken, diğer alt ölçeklerden alınan düşük puan bireyin iyileşmesi için daha olumlu bir görünümü temsil etmektedir. Ölçek toplam puanı tüm maddelerin toplamı sonucu elde edilir. Ölçekten alınan toplam düşük puan iyileşme süreci için olumludur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2019 yılında Yalçiner ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin cronbach alfa değerinin 0, 6’nın üzerinde olması iyi iç tutarlılığı gösteren ölçüt olarak değerlendirilmiştir. İyileşme süreci envanteri alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri 0, 210-0, 727 arasında bulunmuştur (Yalçiner ve ark., 2019).

3.5. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Araştırmanın verileri, etik kurul onayı alındıktan sonra kurum izinleri de alınarak Kasım 2021 ve Kasım 2022 tarihleri arasında toplandı. Katılımcılara araştırmanın amacı ve önemi açıklanmış, formların 10-15 içinde doldurulabileceği söylenmiş olup Gönüllü Olur Formu (Ek 4) okunarak katılmaları istenmiştir. Çalışma verilerini toplamak için kullanılan formlar kişiler ile yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

3.6. İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME

Çalışmanın verileri bilgisayara aktarıldıktan sonra IBM SPSS Statistics 26 programı ile analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken sayı, yüzde, ortalama, minimum, maksimum değerler, standart sapma olarak verilmiştir. Değerler arasında ölçüm farkı

bulunup bulunmadığını grup sayısı iki ise “iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi” (bağımsız t testi), grup sayısı ikiden fazla ise “tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) ile test edilmiştir. Analiz sonucunda varyans homojenliğine bakmak için Levene testine, sonrasında farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığının bulmak için “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T^2) ne bakılmıştır. Bonferroni varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde grupmarsındaki fark incelemesinde Tamhane’s T^2 testi kullanılmıştır. Sayısal ölçüm arasındaki ilişkiye bakmak için pearson korelasyon analizi, İSE’ ne etki eden faktörlerin incelenmesinde çoklu doğrusal regresyon analizi, ölçek güvenilirliklerine bakmak için Cronbach alfa değerine bakılmış olup bu değerin $p < 0,05$ olması anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma Bolu ve Sakarya illerinden katılımı sağlanan 103 hasta ile sınırlıdır. Araştırma örnekleminin iki şehirden oluşması sonuçların genellenebilirliğini sınırlamaktadır.

4. BULGULAR

Bipolar bozukluk yaşıyan kişilerde yeti yitimi, içselleştirilmiş damgalama ve ruhsal iyileşme arasında olan ilişkiyi incelemek amacıyla Kasım 2021 ve Kasım 2022 tarihleri arasında yürütölen çalışmanın bulguları 4 bölümde ele alındı.

- Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular,
- Ölçeklere ilişkin tanımlayıcı istatistikler,
- Sosyodemografik özelliklere göre ölçek puan farklılıklarının ve aralarındaki ilişkinin incelenmesine ilişkin bulgular,
- Ölçekler arasında ilişkiye dair bulgular.

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmaya Bolu TRSM' den 47 kişi ve Sakarya TRSM' den 56 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 40, 36± 10, 72 iken % 52, 4'ü kadın, % 51, 5'i evli, % 27, 2'si bir işte çalışmakta, % 41, 7'si lise mezunu, % 40, 8'i anne ve babasıyla, % 63, 1'i şehirde yaşamakta ve % 53, 4'ünün geliri giderinden azdır. Katılımcıların hastalık süresi ortalaması 13, 54± 8, 68 yıl iken % 36, 9'unun ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmakta ve % 95, 1'i ise önerilen tedaviyi düzenli uygulamaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcılara İlişkin Genel Bilgiler

		n/ $\bar{x} \pm \sigma$	%/ min-maks
Toplum ruh sağlığı merkezi	Sakarya	56	54,4
	Bolu	47	45,6
Yaş		40,36 $\pm$ 10,72	19-64
Cinsiyet	Kadın	54	52,4
	Erkek	49	47,6
Medeni durum	Evli	53	51,5
	Bekar	50	48,5
Çalışma durumu	Çalışıyor	28	27,2
	Çalışmıyor	75	72,8
Eğitim durumu	İlköğretim	41	39,8
	Lise	43	41,7
	Üniversite	19	18,4
	Yalnız	7	6,8
	Sadece eşimle	15	14,6
Birlikte yaşanan kişi	Eş ve çocuklarla	36	35,0
	Anne ve baba	42	40,8
	Ev arkadaşıyla	3	2,9
	Köy	14	13,6
Yaşanılan yer	İlçe/kasaba	24	23,3
	Şehir	65	63,1
Gelir durumu	Gelir giderden az	55	53,4
	Gelir gidere eşit	48	46,6
Hastalık süresi		13,54 $\pm$ 8,68	1-49
Ailede ruhsal hastalık öyküsü	Var	38	36,9
	Yok	65	63,1
Önerilen tedaviyi düzenli uygulama durumu	Uyguluyor	98	95,1
	Uygulamıyor	5	4,9

4.2. ÖLÇEKLERE İLİŞKİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

Kullanılan tüm ölçekler ve alt boyutları için cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır. Kısa Yeti Yitimi Ölçeği için toplam cronbach alfa değeri 0,915, RHİDÖ için toplam cronbach alfa değeri 0,919, İSE için toplam cronbach alfa değeri 0,937’ dir (Tablo 3).

Araştırmaya katılanların % 33’ünde yeti yitimi yok iken % 25, 2’inde hafif seviyede, % 30, 1’inde orta seviyede ve % 11, 7’inde ise ağır seviyede yeti yitimi bulunmaktadır. Kısa Yeti Yitimi Ölçek puan ortalaması 7, 13 $\pm$ 4, 91; Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçek puan ortalaması 74, 89 $\pm$ 11, 30 ve İyileşme Süreci Envanteri puan ortalaması 65, 74 $\pm$ 12, 67’ dir. (Tablo 3).

Tablo 3. Ölçeklere Dair Tanımlayıcı İstatistikler

	Cronbach alfa	$\bar{x} \pm \sigma$	min-maks
[gd1]KYYÖ	0,915	7,13 $\pm$ 4,91	0-21
		N	%
Yeti yitimi yok		34	33,0
KYYÖ Hafif seviyede yeti yitimi		26	25,2
Orta seviyede yeti yitimi		31	30,1
Ağır seviyede yeti yitimi		12	11,7
[gd2]RHİDÖ	0,919	74,89 $\pm$ 11,30	41-94
Yabancılaşma	0,812	16,67 $\pm$ 2,74	7-22
Kalıp yargıların onaylanması	0,627	15,49 $\pm$ 2,92	9-2
Algılanan ayrımcılık	0,725	13,50 $\pm$ 2,15	6-19
Sosyal geri çekilme	0,785	16,69 $\pm$ 3,02	7-22
Damgalanmaya karşı direnç	0,737	12,55 $\pm$ 2,69	8-18
İSE	0,937	65,74 $\pm$ 12,67	28-86
Keder	0,855	26,84 $\pm$ 4,98	9-35
Diğerleri ile ilişki	0,750	8,38 $\pm$ 2,38	4-14
İyileşme/benlik kaygısı	0,769	11,48 $\pm$ 2,63	5-16
Başkalarının bakımı yardımı	0,428	8,82 $\pm$ 1,96	5-14
Yaşam alanı	0,674	4,87 $\pm$ 1,19	2-9
Umut/özbakım	0,788	5,35 $\pm$ 1,47	2-9

4.3. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE ÖLÇEK PUAN FARKLILIKLARININ VE ARALARINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

4.3.1. Sosyodemografik Özelliklere Göre KYYÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre KYYÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Uygulanan analiz sonucu cinsiyet, medeni durum, çalışma, eğitim ve gelir düzeyi, yaşadığı yer, ailede psikiyatrik hastalık varlığı durumlarına göre KYYÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p > 0,05$) (Tablo 5).

Tablo 4. Sosyodemografik Özelliklere Göre Kısa Yeti Yitimi Ölçeği Puanının Karşılaştırılması

		Kısa Yeti Yitimi Ölçeği		
		$\bar{x} \pm \sigma$	test	P
Cinsiyet	Kadın	7,70±5,01	1,257 ^t	0,212
	Erkek	6,49±4,77		
Medeni durum	Evli	7,77±5,03	1,384 ^t	0,169
	Bekar	6,44±4,74		
Çalışma durumu	Çalışıyor	6,39±4,94	0,925 ^t	0,357
	Çalışmıyor	7,40±4,90		
Eğitim durumu	İlköğretim	7,61±4,97	0,527 ^F	0,592
	Lise	7,07±4,92		
	Üniversite	6,21±4,87		
Yaşanılan yer	Köy	5,50±4,05	1,540 ^F	0,219
	İlçe/kasaba	6,42±2,87		
	Şehir	7,74±5,57		
Gelir durumu	Gelir giderden az	7,13±4,38	0,002 ^t	0,998
	Gelir gidere eşit	7,13±5,51		
Ailede ruhsal hastalık öyküsü	Var	7,61±5,30	0,755 ^t	0,452
	Yok	6,85±4,69		

*a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama); F:One-way ANOVA testi, t: Bağımız örneklem t testi, *:p<0,05*

4.3.2. Sosyodemografik Özelliklere Göre RHİDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre RHİDÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Cinsiyet, yaşanılan yer, işte çalışmak, gelir seviyesi ve ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı durumlarına göre RHİDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Medeni duruma göre RHİDÖ toplam, *yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalamaya karşı direnç* alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Ancak medeni duruma göre RHİDÖ *kalıp yargılarının onaylanması* alt boyut puanları arasında farklılık olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Buna göre, medeni durumu bekar olan katılımcıların *kalıp yargıların onaylanması* alt boyutunun puan ortalaması evli olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre RHİDÖ toplam, *yabancılaşma, kalıp yargılarının onaylanması, sosyal geri çekilme ve damgalamaya karşı direnç* alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p > 0,05$). Ancak eğitim durumuna göre RHİDÖ *algılanan ayrımcılık* alt boyut puan ortalaması bakımından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre ilköğretim veya lise mezunu olan katılımcıların RHİDÖ *algılanan ayrımcılık* alt boyut puan ortalaması lisans mezunu olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4).



Tablo 5. Sosyodemografik Özelliklere Göre Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği					
	Toplam	Yabancılaşma	Kalıp yargıların onaylanması	Algılanan ayrımcılık	Sosyal geri çekilme	Damgalanmaya karşı direnç
	$\bar{x} \pm \sigma$	$\bar{x} \pm \sigma$	$\bar{x} \pm \sigma$	$\bar{x} \pm \sigma$	$\bar{x} \pm \sigma$	$\bar{x} \pm \sigma$
Cinsiyet						
Kadın	74,63±11,96	16,61±3,01	15,46±2,88	13,30±2,48	16,78±3,12	12,48±2,76
Erkek	75,18±10,64	16,73±2,43	15,51±2,99	13,71±1,72	16,59±2,93	12,63±2,64
t/p	-0,247/0,805	-0,228/0,820	-0,082/0,935	-0,985/0,327	0,311/0,757	-0,284/0,777
Medeni durum						
Evli	73,19±10,62	16,32±2,89	14,87±2,30	13,40±2,27	16,32±3,01	12,28±2,50
Bekar	76,70±11,81	17,04±2,55	16,14±3,36	13,60±2,03	17,08±3,01	12,84±2,87
t/p	-1,588/0,115	-1,337/0,184	-2,229/0,028*	-0,479/0,633	-1,279/0,204	-1,051/0,296
Çalışma durumu						
Çalışıyor	72,57±10,88	16,36±2,87	14,86±2,65	13,18±2,16	16,32±2,92	11,86±2,61
Çalışmıyor	75,76±11,40	16,79±2,70	15,72±3,00	13,61±2,15	16,83±3,06	12,81±2,69
t/p	-1,278/0,204	-0,707/0,481	-1,339/0,183	-0,912/0,364	-0,754/0,453	-1,618/0,109
Eğitim durumu						
İlköğretim	76,85±10,79	17,00±2,74	15,95±2,67	13,90±2,03 ^a	17,00±2,61	13,00±2,83
Lise	75,21±11,61	16,53±2,99	15,65±3,11	13,67±2,02 ^a	16,86±3,00	12,49±2,64
Üniversite	69,95±10,72	16,26±2,10	14,11±2,71	12,21±2,30 ^b	15,63±3,76	11,74±2,40
F/p	2,529/0,085	0,555/0,576	2,809/0,065	4,574/0,013*	1,465/0,236	1,468/0,235
Yaşanılan yer						
Köy	75,50±13,06	16,50±3,41	15,36±2,87	13,14±2,63	17,57±2,47	12,93±3,71
İlçe/kasaba	74,58±12,35	16,42±2,92	15,50±3,15	13,71±2,49	15,92±3,66	13,04±2,65
Şehir	74,88±10,67	16,80±2,54	15,51±2,89	13,49±1,92	16,78±2,84	12,29±2,45
t/p	0,029/0,972	0,200/0,819	0,015/0,985	0,302/0,740	1,427/0,245	0,836/0,437
Gelir durumu						
Gelir giderden az	76,20±10,94	16,98±2,56	15,76±3,08	13,58±2,03	17,13±2,46	12,75±2,93
Gelir gidere eşit	73,40±11,62	16,31±2,92	15,17±2,72	13,40±2,29	16,19±3,52	12,33±2,39
t/p	1,260/0,210	1,241/0,218	1,035/0,303	0,436/0,664	1,550/0,125	0,774/0,440
Ailede ruhsal hastalık öyküsü						
Var	74,82±13,14	16,66±3,16	15,63±3,16	13,58±2,49	16,16±3,72	12,79±2,70
Yok	74,94±10,18	16,68±2,48	15,40±2,79	13,45±1,94	17,00±2,50	12,42±2,69
t/p	-0,053/0,958	-0,034/0,973	0,387/0,700	0,301/0,764	-1,240/0,220	0,679/0,498

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama); F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi, *: $p < 0,05$

4.3.3. Sosyodemografik Özelliklere Göre İSE Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre İSE puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda cinsiyet, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyi, yaşanan yer, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü durumlarına göre İSE toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Katılımcıların çalışma durumlarına göre iyileşme İSE toplam, *keder, diğerleri ile ilişki, iyileşme/benlik kaygısı, yaşam alanı, umut/özbakım* alt boyut puanları arasında farklılık bulunmaz iken ($p > 0,05$) İSE *başkalarının bakım yardımı* alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı derecede farklılık olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Buna göre, bir işte çalışmayan hastaların *başkalarının bakım yardımı* alt boyut puan ortalaması bir işte çalışanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Sosyodemografik Özelliklere Göre İyileşme Süreci Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması

	İyileşme Süreci Envanteri						
	Toplam	Keder	Diğerleri ile ilişki	İyileşme/benlik kaygısı	Başkalarının bakımı/yardımları	Yaşam alanı	Umut/Özbakım
	$\bar{x} \pm \sigma$	$\bar{x} \pm \sigma$	$\bar{x} \pm \sigma$	$\bar{x} \pm \sigma$	$\bar{x} \pm \sigma$	$\bar{x} \pm \sigma$	$\bar{x} \pm \sigma$
Cinsiyet							
Kadın	65,44±13,96	26,41±5,55	8,46±2,72	11,54±2,85	8,94±2,05	4,78±1,14	5,31±1,44
Erkek	66,06±11,21	27,33±4,26	8,29±1,97	11,41±2,40	8,67±1,88	4,98±1,25	5,39±1,53
t/p	-0,246/0,807	-0,936/0,352	0,382/0,704	0,247/0,805	0,697/0,487	-0,856/0,394	-0,250/0,803
Medeni durum							
Evli	64,45±12,45	26,45±5,04	8,17±2,33	11,21±2,43	8,85±2,05	4,66±1,16	5,11±1,37
Bekar	67,10±12,89	27,26±4,92	8,60±2,44	11,76±2,83	8,78±1,89	5,10±1,20	5,60±1,55
t/p	-1,060/0,292	-0,821/0,413	-0,916/0,362	-1,061/0,291	0,177/0,859	-1,891/0,061	-1,691/0,094
Çalışma durumu							
Çalışıyor	63,43±12,67	26,43±5,04	8,14±2,35	10,96±2,70	8,11±2,02	4,86±1,46	4,93±1,39
Çalışmıyor	66,60±12,65	27,00±4,98	8,47±2,40	11,67±2,60	9,08±1,89	4,88±1,09	5,51±1,48
t/p	-1,132/0,260	-0,517/0,607	-0,612/0,542	-1,208/0,230	-2,282/0,025*	-0,086/0,932	-1,791/0,076
Eğitim durumu							
İlköğretim	67,07±11,86	27,27±4,39	8,39±2,40	11,83±2,42	9,02±1,96	4,93±1,08	5,63±1,44
Lise	65,95±13,15	27,07±5,40	8,51±2,05	11,53±2,65	8,72±2,02	4,79±1,25	5,33±1,54
Üniversite	62,37±13,31	25,42±5,19	8,05±3,06	10,58±2,95	8,58±1,92	4,95±1,35	4,79±1,27
t/p	0,904/0,408	0,970/0,383	0,242/0,786	1,500/0,228	0,415/0,662	0,178/0,837	2,194/0,117
Yaşanılan yer							
Köy	67,21±13,17	27,21±5,07	8,50±3,06	12,00±2,72	8,64±1,82	5,14±0,95	5,71±1,27
İlçe/kasaba	67,92±14,09	27,50±5,28	8,58±2,48	12,13±2,86	9,00±2,09	5,04±1,43	5,67±1,71
Şehir	64,62±12,07	26,52±4,89	8,28±2,21	11,12±2,50	8,78±1,97	4,75±1,15	5,15±1,41
t/p	0,701/0,499	0,378/0,686	0,163/0,849	1,613/0,205	0,165/0,848	0,920/0,402	1,576/0,212
Gelir durumu							
Gelir giderden az	66,25±11,92	26,76±4,63	8,47±2,49	11,65±2,50	8,84±1,64	4,93±1,21	5,60±1,41
Gelir gidere eşit	65,15±13,58	26,94±5,40	8,27±2,28	11,27±2,78	8,79±2,30	4,81±1,18	5,06±1,51
t/p	0,441/0,660	-0,176/0,861	0,428/0,670	0,737/0,463	0,112/0,911	0,485/0,629	1,869/0,064
Ailede ruhsal hastalık öyküsü							
Var	65,18±14,60	26,37±5,65	8,26±2,74	11,47±2,84	8,74±2,32	5,00±1,32	5,34±1,48
Yok	66,06±11,50	27,12±4,56	8,45±2,17	11,48±2,53	8,86±1,74	4,80±1,12	5,35±1,48
t/p	-0,317/0,752	-0,741/0,460	-0,375/0,709	-0,006/0,995	-0,287/0,775	0,819/0,415	-0,039/0,969

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama); F:One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi, *:p<0,05

4.3.4. Yaş, hastalık süresi ile KYYÖ, RHİDÖ ve İSE arasındaki ilişkinin incelenmesi

Katılımcıların yaş ve hastalık süresi ile RHİDÖ, KYYÖ ve İSE arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaş ile kısa yeti yitimi ölçeği arasında pozitif ve *diğerleri ile ilişki* alt boyutu arasında negatif yönde bir ilişki vardır ($p < 0,05$). Hastalık süresi ile *yaşam alanı* alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Yaş ve Hastalık Süresi ile KYYÖ, RHİDÖ ve İSE Puanları Arasındaki İlişki

Ölçek	Alt boyut	Yaş	Hastalık süresi
Kısa Yeti Yitimi Ölçeği		r	0,269
		p	0,006*
Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği	Toplam	r	-0,179
		p	0,070
	Yabancılaşma	r	-0,170
		p	0,086
	Kalıp yargıların onaylanması	r	-0,146
		p	0,141
	Algılanan ayrımcılık	r	-0,117
		p	0,237
	Sosyal geri çekilme	r	-0,168
		p	0,090
	Damgalanmaya karşı direnç	r	-0,139
		p	0,162
	Toplam	r	-0,116
		p	0,243
İyileşme Süreci Envanteri	Keder	r	-0,117
		p	0,240
	Diğerleri ile ilişki	r	-0,208
		p	0,035*
	İyileşme/benlik kaygısı	r	-0,061
		p	0,538
	Başkalarının bakımı yardımı	r	-0,033
		p	0,743
	Yaşam alanı	r	-0,169
		p	0,088
	Umut/özbakım	r	0,022
		p	0,822

r: Pearson korelasyon katsayısı, *: $p < 0,05$

4.4. ÖLÇEKLER ARASINDAKİ İLİŞKİYE DAİR BULGULAR

Kısa Yeti Yitimi Ölçeği, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği ve İyileşme Süreci Envanteri arasındaki ilişki incelenmiştir. Uygulanan analiz sonucunda Kısa Yeti Yitimi Ölçeği ile RHİDÖ ve İSE arasında, RHİDÖ ile İSE arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

		KYYÖ	RHİDÖ	İSE
KYYÖ	r	1	0,337	0,195
	p		0,000*	0,049*
RHİDÖ	r		1	0,865
	p			0,000*
İSE	r			1
	p			

r: Pearson korelasyon katsayısı, *: $p < 0,05$

Kısa Yeti Yitimi Ölçeğinin “Günlük işlerinizi son bir ay içinde kaç gün aksattınız? (7. soru)” ve “Son bir ay içinde hastalık nedeni ile toplam kaç gününüzü yatakta geçirdiniz? (8. soru)” sorgulayan sorular ile RHİDÖ ve İSE arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda aralarında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. KYYÖ 7. ve 8. Sorular ile RHİDÖ ve İSE Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

		RHİDÖ	İSE
Günlük işlerinizi son bir ay içinde kaç gün aksattınız	r	0,582	0,565
	p	0,000*	0,000*
Son bir ay içinde hastalık nedeni ile toplam kaç gününüzü yatakta geçirdiniz?	r	0,555	0,533
	p	0,000*	0,000*

r: Pearson korelasyon katsayısı, *: $p < 0,05$

4.4.1. KYYÖ Puan Gruplarına Göre RHİDÖ ve İSE Puanlarının Karşılaştırılması

Kısa Yeti Yitimi Ölçek puan gruplarına göre RHİDÖ puan türleri karşılaştırıldığında, KYYÖ puan gruplarına göre RHİDÖ damgalamaya karşı direnç ve kalıp yargılarının onaylanması alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamakta ($p > 0,05$) iken RHİDÖ toplam, algılanan ayrımcılık, yabancılaşma, sosyal geri çekilme alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı

farklılık olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Buna göre, ağır düzeyde yeti yitimi olan hastalarda RHİDÖ toplam, *algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, yabancılaşma* alt boyut puan ortalamaları yeti yitimi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Kısa Yeti Yetimi Ölçek puan gruplarına göre İSE puan türleri karşılaştırılmıştır. Uygulanan analiz sonucu İSE toplam, *diğerleri ile ilişki, iyileşme/benlik kaygısı, başkalarının bakım yardımı, yaşam alanı ve umut/özbakım* alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).Öte yandan, KYYÖ puan ortalamasına İSE *keder* alt boyut puan ortalaması arasında farklılığın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Ağır ya da hafif düzeyde yeti yitimi olan katılımcıların *keder* alt boyut puan ortalaması yeti yitimi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 10. KYYÖ Gruplarına göre RHİDÖ ve İSE Puanlarının Karşılaştırılması

		KYYÖ				F	P
		Yeti yitimi yok	Hafif düzey yeti yitimi	Orta düzeyde yeti yitimi	Ağır düzeyde yeti yitimi		
		$\bar{x} \pm \sigma$	$\bar{x} \pm \sigma$	$\bar{x} \pm \sigma$	$\bar{x} \pm \sigma$		
RHİDÖ	Toplam	70,26±13,88b	77,08±8,92	76,06±10,04	80,25±6,08a	3,473	0,019*
	Yabancılaşma	15,50±3,39b	16,92±2,24	17,10±2,23	18,33±1,50a	4,239	0,007*
	Kalıp yargıların onaylanması	14,79±3,51	15,96±2,37	15,26±2,58	17,00±2,52	2,067	0,109
	Algılanan ayrımcılık	12,24±2,54b	14,35±1,57a	13,94±1,81a	14,08±1,24a	7,041	0,000*
	Sosyal geri çekilme	15,38±3,34b	17,00±2,32	17,29±3,10	18,17±1,95a	3,886	0,011*
	Damgalanmaya karşı direnç	12,35±2,98	12,85±2,89	12,48±2,64	12,67±1,37	0,175	0,913
İSE	İSE	61,56±13,29	70,00±12,52	65,55±12,36	68,83±8,90	2,568	0,059
	Kader	25,21±5,74b	28,42±4,63a	26,45±4,27	29,08±3,48a	3,165	0,028*
	Diğerleri ile ilişki	7,59±2,16	9,08±2,38	8,45±2,67	8,92±1,68	2,292	0,083
	İyileşme/benlik kaygısı	10,65±2,63	12,12±2,44	11,55±2,77	12,25±2,30	2,054	0,111
	Başkalarının bakımı yardımı	8,32±2,03	9,38±2,04	9,16±1,85	8,08±1,51	2,411	0,071
	Yaşam alanı	4,85±1,31	5,27±1,40	4,58±0,92	4,83±0,83	1,611	0,192
	Umut/özbakım	4,94±1,54	5,73±1,43	5,35±1,36	5,67±1,56	1,669	0,179

*a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama); F:One-way ANOVA testi, *:p<0,05*

4.4.2. İSE Ölçek Puanlarına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi

İyileşme süreci üzerinde etkili olan faktörlerin incelenmesinde çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucu İSE puanı üzerinde KYYÖ puanı ve RHİDÖ puanı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). KYYÖ puanında meydana gelen 1 birimlik artış İSE puanında 0,283 birim azalışa ve RHİDÖ puanındaki 1 birimlik artış İSE puanında 1,012 birim artışa neden olmaktadır (Tablo 11).

Tablo 11. İSE Ölçek Puanlarına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi

	Standardize olmayan katsayı		Standardize katsayı	t	p	95,0% güven aralığı	
	B	Std. Hata	Beta			Alt sınır	Üst sınır
(Sabit)	-8,030	4,201		-1,912	0,059	-16,365	0,304
KYYÖ	-0,283	0,135	-0,110	-2,103	0,038*	-0,550	-0,016
RHİDÖ	1,012	0,058	0,902	17,307	0,000*	0,896	1,128

($F:157,620$, $p<0,001$, $R^2:0,759$)

5. TARTIŞMA

Bipolar bozukluğu olan hastalarda yeti yitimi, içselleştirmiş damgalama ve ruhsal iyileşme arasında olan ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmanın en önemli özelliği ülkemizde bipolar bozuklukta yeti yitimi, içselleştirilmiş damgalama ve ruhsal iyileşme arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk araştırma olmasıdır.

5.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışma Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine bağlı Bolu TRSM ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Sakarya TRSM de bipolar bozukluk tanısıyla takip edilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerden oluşmaktadır. Bolu TRSM’ den 47 ve Sakarya TRSM’den 56 kişi dahil edilmiştir.

Bu bölümde katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ilgili bulgular tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 40, 36 ± 10 , 72’ dir. Gözel Şahin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 35, 88 ± 8 , 03 bulunmuştur (Gözel Şahin ve ark 2022). Arat Çelik ve arkadaşlarının çalışmasında yaş ortalaması 37, 73 ± 10 , 18’ dir (Arat Çelik ve ark 2022). Kurnaz’ ın 58 bipolar bozukluk hastasında yaptığı çalışmada ise yaş ortalaması 36,20 bulunmuştur (Kurnaz 2019). Bipolar bozukluğu olanlar ile yapılmış diğer çalışmalar incelendiğinde katılımcıların yaş ortalamaları literatür ile uyumludur.

Katılımcıların %52, 4’ ü kadın, %47, 6’ sı erkektir. Yeloğlu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmanın örnekleminin %71, 3’ ünü kadınlar oluşturmuştur (Yeloğlu ve ark

2021). Del'osso ve arkadaşların 2011-2020 yıllarında BB hastalarında yapılan araştırmaları içeren meta analiz çalışmasının sonucunda da kadın cinsiyetinde daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Dell'Osso et al 2021). Bareis ve arkadaşları ile Cunningham ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda da katılımcıların % 58' ini kadınlar oluşturmuştur (Bareis et al 2018, Cunningham et al 2020). Literatür ve bizim çalışmamızda kadın nüfus ağırlıktadır. Kadınların ev hanımı ve herhangi bir işte çalışmıyor olması TRSM' lere devam eden kadın katılımcı sayısını etkilemiş olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların %51, 5' i, Grover ve ark. yaptığı çalışmada da %82, 7' si evlidir. Hünkar Yeloğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada örnekleminin % 50'sinin evli olduğu bulunmuştur (Grover et al 2019, Yeloğlu ve ark 2021). Yıldızhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hastaların % 46, 7' si bekardır (Şen ve Yıldızhan 2020). Evlilik bir toplumun kültürel ortamı ile değişkenlik gösterir. Evlilikte ikili ilişkilerin güçlü olması durumunda hastalıkla baş etme durumu daha kolay olabilir. Kılınç'ın (2015) psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmada bekarların evli olan hastalara göre aile desteği alt boyutunun daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (Kılınç 2015). Kocakahya'nın (2019) psikiyatri hastalarında tedaviye uyum sosyal destek ve yaşam kalitesi durumunu inceleyen çalışmasında evli hastaların algılanan sosyal destek puanları boşanmış ve dul hastalarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Kocakahya 2019). Çalışmalar evli olan hastaların aile ortamlarında eşlerinden ve ya çocuklarından bekarlara göre daha fazla sosyal destek gördüklerini göstermektedir. Bunun neticesinde de kişilerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir (Zemen 2020).

Çalışmaya katılan hastaların % 72, 8' i çalışmamakta, % 27, 2' si çalışmaktadır. Namlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların % 72, 5' i, Arat Çelik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise % 56,5'i gelir getiren bir işte çalışmaktadır (Arat Çelik ve ark 2022, Namlı ve ark 2020). Özkan Demir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada örneklemin % 45,7' si, Ünver ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da % 58,1' i çalışmamaktadır (Özkan Demir ve Tuğlu 2019, Ünver et ve ark 2021). Kişilerin bir işte çalışması sadece istihdamı sağlamaz, sosyal ortama girmelerine ve ruhsal iyileşmelerine de katkı sağlar. Bizim çalışmamızda kadınların gelir getiren bir

işte çalışma oranının düşük olması, kadın hastaların sayıca fazla ve genellikle ev hanımı olmaları ile açıklanabilir.

Çalışmaya katılan hastaların % 41, 7' si lise mezunu, % 39, 8'i ilköğretim, % 18, 4' ü üniversite mezunudur. Kurnaz' ın yaptığı çalışmada katılımcıların % 51, 8' i ilköğretim, Pirinçcioğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada % 36, 8' i ilköğretim mezunudur (Kurnaz 2019, Pirinçcioğlu ve ark 2023) Bipolar bozukluğu olan kişilerin odaklanma ve dikkat gibi bilişsel işlevlerde sorun yaşamaları, akademik başarıda düşüş olmasını dolayısıyla eğitim düzeylerini de etkilemektedir. Bizim çalışmamızın diğerlerinden farklılık göstermesinin sebebi, örneklemin ülkemizde eğitim seviyesinin yüksek olduğu Marmara bölgesinde yürütülmüş olması ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya katılan hastaların % 40, 8' i anne ve babasıyla yaşamakta, % 6, 8 yalnız, % 14, 6'sı sadece eşiyle, % 35' i eş ve çocuklarıyla, % 2, 9' u ev arkadaşıyla yaşamaktadır. Şen ve Yıldız' ın yaptığı çalışmada da katılımcıların % 95, 3' ü ailesiyle yaşamaktadır (Şen ve Yıldızhan 2020). Çilek' in yaptığı çalışmada % 84, 7' sinin çekirdek ailesiyle yaşadığı tespit edilmiştir (Çilek 2022) Atabay Erdoğan' ın çalışmasında da katılımcıların % 89, 7' si hayatını ailesiyle birlikte sürdürmektedir (Atabay Erdoğan 2021). Çalışmamızın sonucu literatür ile örtüşmektedir. Literatürdeki ve araştırma grubumuzda ki bireylerin sağlık sorunları nedeniyle ailelerinin desteğine gereksinimlerinin olması aileleri ile birlikte yaşamalarını etkilemiş olabilir.

Katılımcıların % 53, 4' ünün geliri giderinden az, % 46, 6' sının geliri giderine eşittir. Bazı çalışmalarda katılımcıların ekonomik durumu orta düzeyde bulunmuştur. (Kök ve Demir 2017, Yılmaz ve ark 2013). Çalışma grubumuzu oluşturan bireylerin gelir düzeylerinin düşük olması, genellikle çalışmayan ve ailenin desteğine gereksinimi olan kadın hastalardan oluşmaları ile açıklanabilir.

Çalışmaya katılan hastaların hastalık süresi ortalaması $13, 54 \pm 8, 68$ yıldır. Arat Çelik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastalık süresi $11, 26 \pm 7, 81$ olarak bulunmuştur (Arat Çelik ve ark 2022). Demirkol ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da ortalama hastalık yılı $11,52 \pm 8,9$ olarak bulunmuştur (Demirkol ve ark 2020). Latalova ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise ortalama hastalık süresi $12, 29 \pm 8,$

29' dur (Latalova et al 2011). Katılımcıların hastalık süreleri bakımından literatürle uyumlu olduğu görülmektedir..

Örneklem grubunun % 36, 9' unun ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmakta, % 63, 1' inde bulunmamaktadır. Oymak Yenilmez ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların % 50, 6' sının ailesinde ruhsal hastalık öyküsü vardır (Oymak Yenilmez ve ark 2021). Filippis ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya katılanların % 68, 3' ünde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunurken (de Filippis et al 2022). Karaytuğ ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise % 52, 7' sinin ailesinde ruhsal hastalık öyküsüne rastlanmamıştır (Karaytuğ ve ark 2022). Akkaya ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya katılanların %50,8' inini ailesinde ruhsal hastalık tanısı vardır (Akkaya ve ark 2012). Eğilmez ve Örum' ün çalışmasına katılan kadınların % 51, 61' inin, erkeklerin de % 28, 94' ünün ailesinde ruhsal hastalık öyküsü tespit edilmiştir (Eğilmez ve Örum 2020). Zemen' in çalışmasında da bu oran % 51, 1' dir (Zemen 2020). Bipolar bozukluğun ortaya çıkmasında genetik yatkınlık önemli bir rol oynamaktadır (Öztürk ve Uluşahin 2018). Bu bağlamda katılımcıların psikiyatrik hastalık öyküsünün literatüre göre daha az olması, ailelerinde psikiyatrik öykünün az olduğunu düşündürmektedir.

5.2. ÖLÇEKLERE İLİŞKİN TANIMLAYICI İSTATİSTİKLERİN TARTIŞILMASI

Bu bölümde ölçeklere ilişkin tanımlayıcı istatistikler tartışılmıştır.

Araştırmaya katılanların % 33' ünde yeti yitimi yok iken % 25, 2'sinde hafif seviyede, % 30, 1' inde orta seviyede ve % 11, 7' sinde ağır seviyede yeti yitimi bulunmuştur. Kısa Yeti Yitimi Ölçek puan ortalaması $7, 13 \pm 4, 9$ dur. Lee ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kullanılan WHODAS II (Dünya Sağlık Örgütü Ruhsal Engellilik Değerlendirme Programı Versiyon II) ölçeğinin puanı $36, 2 \pm 18, 9$ olması yeti yitimi olduğunu göstermektedir (Lee et al 2015). Guzzo ve ark. yaptığı çalışmada bipolar bozuklukta işlevselliği değerlendiren İşlevsel Değerlendirme Kısa Test puan ortalamasına göre işlevselliğin ($20, 71 \pm 9, 73$) hafif düzeyde bozulduğu bulunmuştur (Guzzo et al 2022). Saka ve ark. çalışmasında bipolar bozukluğu olan kişilerin %40-50'sinde hafif, orta ve şiddetli düzeyde yeti yitimi; KYYÖ puan

ortalaması da 5, 5 ± 5 tespit edilmiştir. (Saka ve ark 2001). Candan' ın yaptığı çalışmada da hastaların % 26, 3'ünde yeti yitimi yok, % 19, 7'sinde hafif düzeyde yeti yitimi, % 30, 7'sinde orta düzeyde, % 23, 4'ünde ağır düzeyde yeti yitimi bulunmuştur (Candan 2019). DSÖ verilerine göre bipolar bozukluk yeti kaybına neden olan hastalıklar arasında altıncı sıradadır. Bipolar bozukluğu olan kişilere ve ailelerine sağlanan psikososyal destek, bilişsel davranışçı terapiler ve psikoeğitim ile yeti yitimi azaltılabilir. Bipolar bozuklukta atakların sık olması tedaviye uyumu zorlaştırmakta, mesleki, sosyal, akademik alan da işlev kaybına neden olmaktadır. İşlev kaybı hastaların yeti yitiminin derecesini etkilemektedir. Bu bağlamda örneklemimizi oluşturan grupta yeti yitimi düzeylerinin bazı çalışmalar ile uyumlu iken bazı araştırma sonuçlarından farklı bulunması; hastalık süreci, bakım ve tedavi uygulamalarındaki farklılıklar ile açıklanabilir (S. Öztürk ve ark 2021). Çalışmamızda RHİDÖ puan ortalaması 74, 89 ± 11 , 30 bulunmuştur. Hançer ve arkadaşlarının çalışmasında RHİDÖ puan ortalaması 49, 20 ± 16 , 85, Çalışkan İlter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 52, 98 ± 12 , 76; Filippis ve ark.nın çalışmasında 60, 4 ± 9 , 6; Türk ve Uğurlunun yaptığı çalışmada ise 58, 56 ± 18 , 15' dur (Çalışkan İlter ve ark 2023, de Filippis et al 2022, Hançer ve ark 2020, Türk ve Bulut Uğurlu 2023). Kurnaz' ın çalışmasında RHİDÖ puan ortalaması 36, 18 ± 10 , 75 iken Çuhadar' ın çalışmasında 43, 02 ± 12 , 55' tir (Çam ve Çuhadar 2011, Kurnaz 2019). Brohan ve arkadaşlarının yaptığı araştırmanın sonucuna göre bipolar bozukluğu olan kişilerde içselleştirilmiş damgalama beş kişiden birinde görülmektedir (Brohan et al 2011). Bipolar bozukluğu olan bireylere yönelik damgalama kişinin sosyal izolasyonunu arttırmak ile birlikte tedavi uyumunu da zorlaştırmaktadır (de Filippis et al 2022). Kırsal bölgelerde ve küçük yerleşim birimlerinde yaşayan insanların ilişkilerinin yakın ve grift olması nedeni ile damgalanmaya daha açık oldukları, hastalık sürecinin etkisi ile sosyal ilişkilerinin de kısıtlanmış olabileceği düşünülebilir. Bu bağlamda örneklem grubunda RHİDÖ puanının yüksek bulunması, örneklemün önemli bir kısmının kırsal bölgede yaşaması, çalışmaması ve sosyal ilişkilerinin sınırlı olması ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda iyileşme süreci envanteri puan ortalaması 65, 74 ± 12 , 67 bulunmuştur. Bipolar bozukluğu olan kişilerin öznel iyi oluşunu değerlendiren bir çalışmada ruhsal iyileşme puanı 59, 11 bulunmuştur (Guzzo et al 2022). Ruhsal

iyileşme; kişilerin bakış açılarında olumlu değişiklikleri, bireysel uyumu ve pozitif yönleri güçlendirmeyi destekleyen bir süreçtir (Smet et al 2020). Bir toplumun destekleyici kültürel yapısı, kişinin hastalık belirtilerini anlama ve baş etme becerileri kazanması, yaşamda anlam arayışının olması ruhsal iyileşme sürecine katkı sağlar. Örneklem grubumuzda İSE puan ortalamasının yüksek bulunması, çoğunun ailesi ile birlikte yaşamasına, sosyal desteklerinin yeterli olmasına bağlanabilir.

5.3. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE ÖLÇEK PUAN FARKLILIKLARININ VE İLİŞKİLERİN İNCELENMESİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.3.1. Sosyodemografik Özelliklere Göre KYYÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Bu bölümde hastaların sosyodemografik özelliklerine göre KYYÖ puan ortalamaları tartışılmıştır. Uygulanan analiz sonucu cinsiyet, çalışma ve medeni durumu, eğitim ve gelir düzeyi, yaşanan yer, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı durumlarına göre KYYÖ puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p > 0,05$).

Literatürdeki diğer çalışmalarda; erkek hastaların kadın hastalara göre, bekar hastaların da evlilere göre daha çok yeti yitimine uğradığı bulunmuştur (Burdick et al., 2019). Bipolar bozukluğu olan kişilerin herhangi bir işte çalışmaması işlevselliğin olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Ayrıca bipolar bozukluğu olan kişiler hareket etme, iletişim kurma, günlük hayattaki olaylarla baş etmede sorunlar yaşamakta ve iş bulmakta zorlanmaktadırlar (Lu et al 2022). Bazı çalışmalarda gelir düzeyi arttıkça sosyal hayata katılım artmakta ve yeti kaybı azalmakta, gelir düzeyinin düşük olması bipolar bozukluğun gidişatını ve tedavinin sürekliliğini olumsuz etkilemektedir (S. Öztürk ve ark 2021). KYA' nın sosyodemografik özelliklere göre karşılaştıran bazı çalışma sonuçlarının bizim çalışmamızdan farklı bulunması, örneklem gruplarındaki ve sosyal yapıdaki farklılıkla ilişkilendirilebilir.

5.3.1. Sosyodemografik Özelliklere Göre RHİDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Bu bölümde bipolar bozukluğu olan kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre RHİDÖ puan ortalamaları tartışılmıştır.

Medeni duruma göre RHİDÖ toplam, *algılanan ayrımcılık, yabancılaşıma, damgalamaya karşı direnç, sosyal geri çekilme*, alt boyut puan ortalamaları

bakımından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Ancak medeni duruma göre RHİDÖ *kalıp yargılarının onaylanması* alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Kök ve arkadaşlarının genel olarak ruhsal bozuklukları olanlar ile yaptığı çalışmada eğitim, medeni durum, ekonomik durum ve yaşadığı yere göre RHİDÖ ortalama puanları arasında anlamlı farklılık vardır (Kök ve Demir, 2017). Buna göre, bekar olan katılımcıların *kalıp yargılarının onaylanması* alt boyut puan ortalamasının evli olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Boşanmış/eşi ölmüş /evli ama ayrı yaşayan hastaların RHİDÖ puan ortalamaları evli olanlardan anlamlı ölçüde daha yüksektir (Kök ve Demir 2017). Ellouze ve arkadaşlarının çalışmasında bekar ve boşanmış kişilerle kendini damgalama toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Ellouze et al 2023). Ruhsal hastalığı olan kişiler karşı cinsin kendisi ile görüşmek istemeyeceğini ve evlenmemeleri gerektiğini düşünmektedir (Çam ve Çuhadar 2013). İçselleştirilmiş damgalama yaşayan kişiler de kendilerini diğer insanlardan daha değersiz görebilmektedirler. Bu da sosyal izolasyona ve evlilik düşüncesinden uzaklaşmalarına sebep olmaktadır. Örneklem grubumuzda ki bireylerin çoğunluğunun bekarlardan oluşması ve içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin daha yüksek bulunması literatür ile uyumludur. İçselleştirilmiş damgalamanın medeni durum veya bir partnere sahip olma durumu ile karşılaştıran ve gruplar arasında anlamlı fark olmayan çalışmalar da mevcuttur (Holubova et al 2016, Kayahan 2021).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre RHİDÖ toplam, *yabancılaşma, sosyal geri çekilme, kalıp yargılarının onaylanması* ve *damgalamaya karşı direnç* alt boyut puanları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Ancak eğitim durumuna göre RHİDÖ *algılanan ayrımcılık* alt boyut puan ortalamaları bakımından anlamlı farklılık vardır ($p < 0,05$). Buna göre ilköğretim veya lise mezunu olan katılımcıların RHİDÖ *algılanan ayrımcılık* alt boyut puan ortalamaları lisans mezunu olanlara göre daha yüksektir.

Bipolar bozukluk, kişilerde eğitim düzeyi arttıkça içselleştirilmiş damgalamanın azalmasına neden olmaktadır (Engidaw et al 2020, Shumet et al 2021). Eğitim düzeyinin yüksek olması, bir işte çalışıyor olmak ve sosyoekonomik düzeyin artması, hastaların işlevselliğini de artırır. İşlevselliği artan hastalarda yeti yitimi azalır ve

damgalama algısıyla daha kolay baş edebilirler (Üstündağ ve Kesebir 2013). Bipolar bozukluğu olan kişilerin okuma yazma bilmeleri, hastalıklarıyla ilgili bilgiye ulaşmalarını sağlayarak çevre ve kendilerini damgalamalarını azaltmaktadır. Okuma yazma bilmeyen kişiler ruhsal hastalıkları kara leke olarak algılamakta ve tanrının hastalığı ceza olarak verdiğini düşünerek daha çok damgalama yaşamaktadırlar (Shumet et al 2021).

5.3.2. Sosyodemografik Özelliklere Göre İSE Puanlarının Karşılaştırılması

Bu bölümde bipolar bozukluğu olan kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre İSE puan ortalamaları karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda cinsiyet, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyi, yaşanan yer, ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne varlığına göre İSE toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Çalışmamızdan farklı olarak Beckers ve arkadaşları iyileşme sürecini cinsiyete göre karşılaştırdıkları çalışmada kadın katılımcıların iyileşme düzeylerini erkeklerden daha yüksek bulmuşlardır (Beckers et al 2022) Bu, örneklem gruplarındaki farklılıktan kaynaklanmış olabilir.

Katılımcıların çalışma durumlarına göre iyileşme İSE toplam, *keder, diğerleri ile ilişki, iyileşme/benlik kaygısı, yaşam alanı, umut/özbakım* alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaz iken ($p > 0,05$) *başkalarının bakım yardımı* alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ($p < 0,05$). Soykal'ın çalışmasında ruhsal bozukluğu olan bireylerin genellikle bir mesleklerinin olmaması, bir işte kısa süreli çalışmaları ve ya hiç çalışmıyor olmaları, hastalığın erken yaşta başlaması ve kronik gidişli olması gibi nedenler ile erken yaşta yeti yitimi ve işlevsellikte bozulma yaşadıkları bulunmuştur (Soykal 2019). Tel ve arkadaşlarının çalışmasında da kişilerin psikiyatrik bozukluğun yaşam boyu süreceğine dair inançlarının, yaşadıkları bıkkınlığın, işlev kayıplarının tedavi uyumlarını zorlaştırdığı ve bakım verenin yardımına ihtiyaç duydukları bildirilmiştir (Tel ve ark 2010). Bu bilgiler ışığında örneklemdeki bireylerin çoğunun çalışmıyor olması ve *başkalarının yardımı* alt boyut puan ortalamalarının yüksek bulunması beklenen bir durumdur.

5.3.3. Yaş, hastalık süresi ile KYYÖ, RHİDÖ ve İSE arasındaki ilişkinin incelenmesi

Bu bölümde yaş, hastalık süresi gibi değişkenler ile KYYÖ, RHİDÖ ve İSE arasındaki ilişki tartışılmıştır.

Yaş ile KYYÖ arasında pozitif, yaş ile RHİDÖ ve İSE' nin *ilişki* alt boyutu arasında ise negatif yönde bir ilişki vardır ($p < 0, 05$).

Hastalık süresi ile yaşam alanı alt boyutu arasında da negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0, 05$).

Bipolar bozukluğu olan kişilerin ileri yaşta ve hastalık sürelerinin uzun olması işlevselliği olumsuz etkilemekte, yeti yitimine neden olmaktadır (Lahera et al., 2018; Wingo et al 2011). Literatürde yaş arttıkça yeti yitiminin de arttığı gösteren çalışmalar mevcuttur (Harvey et al 2019). Ayrıca yaş ilerledikçe kalp, damar, iskelet ve nörolojik sistemi etkileyen (demans vb.) sistemik hastalıkların daha fazla görülmesinin yeti kaybını arttırdığı söylenebilir.

Samalin ve arkadaşlarının çalışmasında hastalık süresinin uzun ve yaşı genç olmasının kişilerin damgalanma algısını arttırdığı bulunmuştur (Samalin et al., 2016). Hastalık süresi ile RHİDÖ ve alt boyutları arasında ilişki bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (Smilowitz et al., 2020; Szcześniak et al., 2018). Hastalık süresinin uzun olması, bipolar bozukluğu olan kişilerin daha fazla atak dönemi geçirmelerine dolayısı ile daha fazla yeti yitimine neden olabilir. Atak sayısının artması kişinin sosyal ve iş ortamına uyum sağlamasını da zorlaştıracaktır. Bu bağlamda ileri yaş yeti yitimini olumsuz yönde etkilerken, içselleştirilmiş damgalanma ve iyileşme sürecinin ilişki alt boyutunu olumlu yönde etkilemektedir. Yani hastaların yaş aldıkça hastalıklarını daha iyi kabullenebildikleri söylenebilir.

5.4. ÖLÇEKLER ARASINDAKİ İLİŞKİYE DAİR BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde KYYÖ, RHİDÖ ve İSE arasındaki ilişkiler tartışılmıştır.

Analizler sonucunda KYYÖ ile RHİDÖ ve İSE, RHİDÖ ile İSE arasında anlamlı pozitif yönde ilişki bulunmuştur ($p < 0, 05$) (Tablo 8).

Kısa Yeti Yitimi Ölçeğinin açık uçlu sorularından “*Günlük işlerinizi son bir ay içinde toplam kaç gün aksattınız? (7. soru)*” ve “*Son bir ay içinde hastalık nedeni ile toplam kaç gününüzü yatakta geçirdiniz? (8. soru)*” soruları ile RHİDÖ ve İSE arasındaki ilişki incelenmiştir. Analiz sonucunda aralarında anlamlı pozitif yönde ilişki bulunmuştur ($p < 0, 05$). Vazquez ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da içselleştirilmiş damgalanma ile yeti yitimi arasında pozitif ilişki bulunmuştur (Vázquez et al., 2011). Yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalama yaşayan kişiler etkinliklere yeterince katılım sağlayamamaktadır. Hindistan’ da bipolar bozukluğu olan hastalar ile yapılmış başka bir çalışmada içselleştirilmiş damgalamanın yaygın olduğu, depresif dönemlerin uzun sürdüğü ve yeti yitiminin fazla olduğu bulunmuştur (Grover et al., 2016). İçselleştirilmiş damgalama algısını yaşayan kişilerin daha çok hastaneye yatışı olmakta ve hastalık dönemleri daha ağır geçmektedir. İçselleştirilmiş damgalama ve yeti yitimi arasında kısır bir döngü vardır (Aydemir, 2013). Bu bilgiler ışığında, içselleştirilmiş damgalama sonucunda kişilerde yeti yitimi görülürken, diğer taraftan da yeti yitimi olan hastaların daha fazla içselleştirilmiş damgalama yaşadıkları söylenebilir.

Bipolar bozukluğu olan hastalara yönelik psikososyal müdahaleler, yeti kaybını ve içselleştirilmiş damgalamayı azaltmakta, ruhsal iyileşme sürecine katkı sağlamaktadır (Lauder et al., 2015). Yeti yitiminin azaltılması, içselleştirilmiş damgalamanın da azalmasını sağlayacaktır.

Psikiyatri hemşiresi bipolar bozukluğu olan kişileri bütüncül olarak değerlendirdiğinde; hastaların kendilerine inançları, umut düzeyleri arttırılarak, olumlu özellikleri güçlendirilerek, yeti yitimi, içselleştirilmiş damgalanma algısının azaltılması ve ruhsal iyileşme düzeylerinin de artması sağlanabilir.

5.4.1.Kısa Yeti Yitimi Ölçek Puan Gruplarına Göre RHİDÖ ve İSE Puanlarının Karşılaştırılması

Kısa Yeti Yitimi Ölçek puan düzeylerine göre RHİDÖ puan türleri karşılaştırıldığında, KYYÖ ile RHİDÖ damgalamaya karşı direnç ve kalıp yargılarının onaylanması alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0, 05$). Kısa Yeti Yitimi Ölçeği ile RHİDÖ toplam ve

yabancılaşma, sosyal geri çekilme, algılanan ayrımcılık alt boyut puan ortalamaları arasında ise farklılığın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$).

Grover ve arkadaşlarının çalışmasında bipolar bozukluğu olan hastalardan yeti yitimi yaşayanlarda içselleştirilmiş damgalama yüksek bulunmuştur (Grover et al., 2016). RHİDÖ alt boyutlarından *algılanan ayrımcılık, kalıp yargıların onaylanması, yabancılaşma* boyutları ile işlevsellik pozitif yönde ilişkilidir (Grover et al., 2016). Bu bağlamda yeti yitiminin, utanç ve ayrımcılık duygularının yaşanmasına sebep olduğu, kişinin kendini damgalamasına yol açtığı söylenebilir.

Kısa Yeti Yitimi Ölçek puan gruplarına göre İSE puan türleri karşılaştırılmıştır. Analiz sonucunda İSE toplam ile *iyileşme/benlik kaygısı, diğerleri ile ilişki, yaşam alanı başkalarının bakım yardımı ve umut/özbakım* alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Öte yandan, KYYÖ puan düzeylerine göre İSE *keder* alt boyut puan ortalamaları arasında farklılığın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Benzer şekilde Temesgen ve ark.(2019) ciddi psikiyatrik hastalığı olan kişilerin ruhsal iyileşme düzeyleri arttıkça yeti yitimlerinde azalma olduğunu bulunmuştur (Temesgen et al., 2019; S. Öztürk ve ark., 2021). Bipolar bozukluğu olan kişilerin ruhsal iyileşme algılarının yüksek olması, hastalıklarını anlayıp anlamlandırmalarını ve yaşamlarını özgür olarak sürdürmelerini, aynı zamanda yeti kaybının azalmasını sağlamaktadır (S. Öztürk ve ark., 2021;). İpçi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öznel iyileşme ile işlevsellik arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (İpçi ve ark., 2020). Bu doğrultuda bipolar bozukluğu olan bireylerin, yaşamlarını bağımlı olmadan sürdürmeleri, özsaygılarını ve geleceğe dair umut duygularının geliştirecek, bireyin ruhsal iyileşmesine katkı sağlayacaktır. Ruhsal iyileşmenin artması yeti yitiminin azalmasına da neden olacaktır.

Hastaların ruhsal iyileşme algısı arttıkça işlevselliği artmakta, yeti yitimi arttıkça ruhsal iyileşme algısı ve işlevselliklerinde azalma görülmektedir (S. Öztürk ve ark., 2021).

5.4.2. İSE Ölçek Puanlarına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi

Bu bölümde İSE etki eden faktörler tartışılmıştır.

Ruhsal bozukluğu olan kişiler ile yapılmış çalışmalarda; ruhsal iyileşme ve içselleştirilmiş damgalama karşılaştırıldığında, aralarında negatif ilişki bulunmuştur (Chan et al., 2018; Oexle et al., 2018). Kişinin ruhsal bozukluk nedeni ile damgalanması, tedavi ortamlarında olumsuz olaylar yaşaması, iş ortamlarında istenmeyen durumlara maruz kalması ve umutsuzluk, ruhsal iyileşme sürecinin olumsuz etkilenmesine sebep olabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda bipolar bozukluğu olan bireylerde yeti yitimi, içselleştirilmiş damgalama ve ruhsal iyileşme arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda;

- Katılımcıların yaş ortalaması $40,36 \pm 10,72$ iken %52,4'ü kadın, %51,5'i evli, %27,2'si bir işte çalışmakta, %41,7'si lise mezunu, %40,8'i anne ve babasıyla, %63,1'i şehirde yaşamakta ve %53,4'ünün geliri giderinden azdır. Katılımcıların hastalık süresi ortalaması $13,54 \pm 8,68$ yıl iken %36,9'unun ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmakta ve %95,1'i ise önerilen tedaviyi düzenli olarak uygulamaktadır.
- Kullanılan tüm ölçekler ve alt boyutları için cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır. Bu değerler, KYYÖ için toplam cronbach alfa değeri 0,915; RHİDÖ için toplam cronbach alfa değeri 0,919; İSE için toplam cronbach alfa değeri 0,937' dir.
- Araştırmaya katılanların %33' ünde yeti yitimi yok iken %25,2'sinde hafif seviyede, %30,1'inde orta seviyede ve %11,7'sinde ağır seviyede yeti yitimi bulunmuştur..
- Kısa Yeti Yitimi Ölçek puan ortalaması $7,13 \pm 4,91$, RHİDÖ puan ortalaması $74,89 \pm 11,30$ ve İSE puan ortalaması $65,74 \pm 12,67$ ' dir.
- Hastaların medeni durum, cinsiyet, çalışma, eğitim ve gelir düzeyi, yaşanılan yer, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı durumlarına göre KYYÖ puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).
- Cinsiyet, yaşanılan yer, bir işte çalışma, gelir durumu ve ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı durumlarına göre RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

- Medeni duruma göre RHİDÖ *yabancılaşıma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalamaya karşı direnç* alt boyut ve toplam puanları bakımından farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).Ancak medeni duruma göre RHİDÖ *kalıp yargılarının onaylanması* alt boyut puanları arasında farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$).
- Katılımcıların eğitim durumlarına göre RHİDÖ toplam, *yabancılaşıma, kalıp yargılarının onaylanması, sosyal geri çekilme ve damgalamaya karşı direnç* alt boyut puanları bakımından anlamlı derecede bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Ancak eğitim durumuna göre RHİDÖ *algılanan ayrımcılık* alt boyut puan ortalamaları bakımından farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyi, yaşadıkları yer, ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne göre İSE alt boyut ve toplam puanları arasında farklılığın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Katılımcıların çalışma durumlarına göre iyileşme İSE toplam, *keder, diğerleri ile ilişki, iyileşme/benlik kaygısı, yaşam alanı, umut/özbakım* alt boyut puanları arasında farklılık bulunmaz iken($p>0,05$) İSE *başkalarının bakım yardımı* alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür($p<0,05$).
- Yaş ile KYYÖ arasında pozitif yönde; yaş ile RHİDÖ ve İSE ile negatif yönde bir ilişki vardır ($p<0,05$).Hastalık süresi ile *yaşam alanı* alt boyutu arasında negatif yönde ilişki vardır($p<0,05$).
- Kısa yeti yitimi ölçeği ile RHİDÖ ve İSE arasında, RHİDÖ ile İSE arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).
- Kısa yeti yitimi ölçeğinin 7. ve 8. sorularının cevabı ile RHİDÖ ve İSE arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Kısa yeti yitimi ölçek puan gruplarına göre RHİDÖ *kalıp yargılarının onaylanması ve damgalamaya karşı direnç* alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken RHİDÖ toplam, *yabancılaşıma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme* alt boyut puan ortalamaları arasında farklılık anlamlıdır ($p<0,05$).
- Kısa yeti yetimi ölçeği ile İSE toplam, *diğerleri ile ilişki, iyileşme/benlik kaygısı, başkalarının bakım yardımı, yaşam alanı ve umut/özbakım* alt boyut puan

ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Öte yandan, KYYÖ puan türlerine göre İSE' nin *keder* alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

– İyileşme Süreci Envanteri ile KYYÖ puanı ve RHİDÖ puanı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Kısa yeti yetimi ölçeğın puanında meydana gelen 1 birimlik artış İSE puanında 0,283 birim azalışa ve RHİDÖ puanındaki 1 birimlik artış İSE puanında 1,012 birim artışa neden olmaktadır.

Özetlenecek olursa, bipolar bozukluğu olan hastalarda yeti yitiminin olmasının içselleştirilmiş damgalama ve ruhsal iyileşme süreci ile ilişkili olduğunu söylenebilir. Bu çalışmanın katılımcılarında yeti yitiminin az olduğu, içselleştirilmiş damgalamanın yaşandığını ve ruhsal iyileşme sürecinin iyi olduğunu söyleyebilir. Yaş ve hastalık süresi gibi sosyodemografik değişkenlerin yeti yitimi, içselleştirilmiş damgalama ve ruhsal iyileşme arasında ilişki bulunmuştur. Bipolar bozukluğu olan kişilerde yeti yitiminin artması ile birlikte başkalarının yardımına daha çok ihtiyaç duyarlar, bu ihtiyaç giderildiği zaman iyileşme süreci olumlu etkilenmekte, içselleştirilmiş damgalamada artış yaşamaları ise iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Literatürde bipolar bozukluk; yeti yitimi, içselleştirilmiş damgalama ve ruhsal iyileşmenin incelendiği çalışmaların yeterli olmadığı, bu konuda yapılacak yeni çalışmalara gereksinim olduğu söylenebilir.
- Çalışmanın örneklem sayısının sınırlı olması nedeniyle standardizasyon sorunu olduğu düşünülmüştür. Daha geniş örneklem gruplarıyla çalışmalar yapılmalıdır.
- Bipolar bozukluk tanılı bireylerin hastane ve hastane dışında izlemleri multidisipliner ekip anlayışıyla yapılmalıdır.
- Psikiyatri klinikleri ve TRSM' lerde; hastaların içgörü kazanmalarına ve iyileşme süreçlerine katkı sağlamak amacıyla uzman psikiyatri hemşireleri tarafından psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapiler, grup terapileri uygulanmalıdır.
- Uzman psikiyatri hemşireleri hastaların yaşadıkları yeti yitimi ve algıladıkları içselleştirilmiş damgalama ile baş etme becerileri kazanmasında yardımcı olabilir.

KAYNAKLAR

- Akbaş, E., Yiğitoğlu, GT. (2020). Nursing care for a patient with bipolar disorder (Mixed attack) based on the neuman systems model: A case report. *Journal of Psychiatric Nursing*, 11(2), 154–162. <https://doi.org/10.14744/phd.2019.80774>
- Akın, B. (2001). Evde Yaşayan Yaşlılarda Mobilitateye Bağlı Yeti-yitimi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu).
- Akkaya, C., Altın, M., Kora, K., Karamustafalıoğlu, N., Yaşan, A., Tomruk, N., Kurt, E. (2012). Sociodemographic and clinical features of patients with bipolar I disorder in Turkey-HO ME study. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 22(1), 31–42. <https://doi.org/10.5455/bcp.20111222061433>
- Altan Sarıkaya, N. Öz, S. Öztürk, S. (2021). Orjinal Makale Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan ve almayan hastaların yeti-yitimi ve sosyal işlevsellik düzeyleri ile öznel iyileşme algılarının karşılaştırılması. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 12(1), 1–8. <https://doi.org/10.14744/phd.2021.08379>
- Angst, J., Marneros, A. (2001). Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 67). www.elsevier.com/locate/jad
- Angst, J., Sellaro, R. (2000). Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48(6), 445–457.
- Anthony, WA. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Arabacı, LB., Taştan, G. (2020). *İki uçlu ve ilişkili bozukluklar ve hemşirelik bakımı*. Nobel Tıp Kitabevi.
- Arat Çelik, HE., Ceylan, D., Bağcı, B., Akdede, BB., Alptekin, K., Özerdem, A. (2022). Bipolar Bozukluk ve Şizofreni Tanılı Bireylerde Yaşam Kalitesi. *Archives of Neuropsychiatry*, 59, 309–314. <https://doi.org/10.29399/npa.28089>

- Arguvanli, S. (2018). Bipolar Bozukluğu Olan Bireyler ve Aileleri. *Türkiye Klinikleri J Psyciatr Nurs-Special Topics* 4(1), 48–53.
- Aydemir, Ö. (2013). İki Uçlu Bozuklukta Damgalanma Hissinin İşlevsellik Üzerine Etkisi. *Journal of Mood Disorders*, 3(4), 141–145. <https://doi.org/10.5455/jmood.20130915115818>
- Bareis, N., Lu, J., Kirkwood, CK., Kornstein, SG., Wu, E., Mezuk, B., States, U., Health, P., States, U., Science, O., States, U., States, U., Group, I., States, U., States, U. (2018). Identifying clinical net benefit of psychotropic medication use with latent variable techniques: Evidence from Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEPBD). *Journal of Affective Disorders*, 238, 147–155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.063>. Identifying
- Baytunca, MB., Aydın, R., Erermiş, S. (2014). Genetic basis of bipolar disorder. *The Journal of Pediatric Reserch*, 1(2), 49–53.
- Beckers, T., Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., Rudd, B., Tiemens, B. (2022). Measuring personal recovery in a low-intensity community mental healthcare setting: validation of the Dutch version of the individual recovery outcomes counter (I.ROC). *BMC Psychiatry*, 22(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03697-6>
- Berkol, TD., Seren Kirlioğu, S., Balcioğu, Y. H., Üstün, N., İslam, S., Özyıldırım, İ. (2017). Comparison of sociodemographic and clinical characteristics of bipolar patients with and without seasonal patterns. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(6), 571–576. <https://doi.org/10.5455/apd.258689>
- Bo, Q., Dong, F., Li, X., Li, F., Li, P., Yu, H., He, F., Zhang, G., Wang, Z., Ma, X., Wang, C. (2019). Comparison of cognitive performance in bipolar disorder, major depressive disorder, unaffected first-degree relatives, and healthy controls. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(2), 70–76. <https://doi.org/10.1111/pcn.12797>
- Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N., Thornicroft, G. (2011). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Journal of*

Affective Disorders, 129(1–3), 56–63.

- Brown, P. (2013). A national framework for recovery-oriented mental health services: policy and theory. In *Santiago* (p. 50). <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-recovpol>
- Bukstein, OG., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J., Shaw, J., Benson, R. S., Kinlan, J., McClellan, J., Stock, S., Issues, K. K. P. W. G. on Q. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503–1526.
- Burdick, KE., Millett, CE., Bonnín, C. del M., Bowie, CR., Carvalho, AF., Eyler, L. T., Gallagher, P., Harvey, PD., Kessing, LV., Lafer, B., Langenecker, SA., Lewandowski, KE., López-Jaramillo, C., Marshall, DF., Martinez-Aran, A., McInnis, MG., McIntyre, RS., Miskowiak, KW., Porter, RJ., ... Young, A. (2019). The International Consortium Investigating Neurocognition in Bipolar Disorder (ICONIC-BD). *Bipolar Disorders*, 21(1), 6–10. <https://doi.org/10.1111/bdi.12748>
- Çalışkan İlter, Z., Baziki Çetin, S., Özkorumak, E., Tiryaki, A., Ak, I. (2023). The relationship between internalized stigma and coping strategies in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 26(1), 60–68. <https://doi.org/10.5505/kpd.2023.93265>
- Çam, MO., Taş, G. (2021). Duygu Düzenleme ve Psikiyatri Hemşireliğine Yansımaları. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 13(2), 192–206. <https://doi.org/10.18863/pgy.756948>
- Çam, O., Çuhadar, D. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136–140.
- Çam, O., Çuhadar, D. (2013). Bipolar Bozukluğu Olan hastalarda İşlevsellik Düzeyi ve İçselleştirilmiş Damgalama Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 230–246. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/7504/98925>

- Çam, O., Engin, E. (2014). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*.
- Candan, İE. (2019). *Kronik Şizofreni Hastalarında Bilişsel İçgörü, Yeti Yitimi Ve Öznel İyileşmenin Değerlendirilmesi*. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr Semra Karaca).
- Chang, CC., Wu, TH., Chen, CY., Lin, CY. (2016). Comparing Self-stigma between People with Different Mental Disorders in Taiwan. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(7), 547–553. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000537>
- Chiba, R., Miyamoto, Y., Kawakami, N., Harada, N. (2014). Effectiveness of a program to facilitate recovery for people with long-term mental illness in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 16(3), 277–283.
- Çilek, ZN. (2022). *Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Hastaların Yakınlarındaki Damgalanma Ve Hastayı Damgalama Düzeylerinin İlişkisinin Demografik ve Klinik Özellikler Çerçevesinde İncelenmesi*. Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Bursa, (Danışman: Prof. Dr. Cengiz Akkaya).
- Coskun, M., Zoroğlu, SS., Öztürk, M. (2010). Genetic and neurobiological factors in the etiology of pediatric bipolar disorder. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 20(1), 101–108. <https://doi.org/10.1080/10177833.2010.11790642>
- Cunningham, R., Crowe, M., Stanley, J., Haitana, T., Pitama, S., Porter, R., Baxter, J., Huria, T., Mulder, R., Clark, MTR., Lacey, C. (2020). Gender and mental health service use in bipolar disorder: national cohort study. *BJPsych Open*, 6(6), 1–7. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.117>
- de Filippis, R., Menculini, G., D'Angelo, M., Carbone, EA., Tortorella, A., De Fazio, P., Steardo, L. (2022). Internalized-stigma and dissociative experiences in bipolar disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.953621>
- DelBello, MP., Geller, B. (2001). Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disorders*, 3(6), 325–334.
- Dell'Oso, B., Cafaro, R., Ketter, TA. (2021). Has Bipolar Disorder become a

- predominantly female gender related condition? Analysis of recently published large sample studies. *International Journal of Bipolar Disorders*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40345-020-00207-z>
- Demirkol, ME., Tamam, L., Namlı, Z., Uğur, K., Karaytuğ, MO. (2020). Bipolar bozuklukta anksiyete duyarlılığı , algılanan stres ve dürtüsel davranışlar ilişkisi. , 302–312. <https://doi.org/10.5505/kpd.2020.65882>
- Drake, RE., Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: Description and analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 236–242. <https://doi.org/10.1177/070674371405900502>
- Eğilmez, OB., Örum, MH. (2020). Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisinde Yatarak Tedavi Gören Bipolar Bozukluk Tip 1 Tanılı Hastaların Sosyodemografik Ve Klinik Özellikleri. *Acta Medica Nicomedia*, 3(3), 100–104.
- Ellison, N., Mason, O., Scior, K. (2013). Bipolar disorder and stigma: A systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 805–820. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.014>
- Ellouze, S., Jenhani, R., Bougacha, D., Turki, M., Aloulo, J., Ghachem, R. (2023). Self-stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *L'Encéphale*, 49(1), 34–40.
- Engidaw, NA., Asefa, EY., Belayneh, Z., Wubetu, AD. (2020). Stigma Resistance and Its Associated Factors among People with Bipolar Disorder at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Depression Research and Treatment*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/7917965>
- Engin, E., Çuhadar, D. (2021). İki uçlu bozukluk ve ilişkili bozukluklar 3. baskı. İstanbul Tıp Kitabecisi.
- Erdoğan, BA. (2021). Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalara İçselleştirilmiş Damgalanmanın Başa Çıkma Tutumu ve İşlevsellikle İlişkisinin İncelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Samsun (Danışman: Prof. Dr. Gökhan Sarısoy).
- Eroğlu, MZ. Özpoyraz, N. (2010). Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi.

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2(2), 206–236.

Ersoy, MA., Varan, A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163–171.

Fiorillo, A., Sampogna, G., Del Gaudio, L., Luciano, M., Del Vecchio, V. (2013). Efficacy of supportive family interventions in bipolar disorder: A review of the literature. *Journal of Psychopathology*, 19(2), 134–142.

Fox, AB., Smith, BN., Vogt, D. (2018). How and when does mental illness stigma impact treatment seeking? Longitudinal examination of relationships between anticipated and internalized stigma, symptom severity, and mental health service use. *Psychiatry Research*, 268(April), 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.036>

Geddes, JR., Miklowitz, DJ. (2013). *NIH Public Access- Treatment of Bipolar Disorder*. 381(9878), 867–875. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60857-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60857-0).Treatment

Göktaş, S., Işıklı, B., Metintaş, S. (2018). Ruh sağlığı okuryazarlığı. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 3(2), 68–75.

Gözel Şahin, G., Durat, G., Şahin, S. (2022). Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Ayrılık Kaygısı İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 23, 414–420. <https://doi.org/10.5455/apd.296917>

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

Grover, S., Aneja, J., Hazari, N., Chakrabarti, S., Avasthi, A. (2019). Stigma and its Correlates among Caregivers of Patients with Bipolar Disorder. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(2), 138–143. <https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM>

Grover, S., Hazari, N., Aneja, J., Chakrabarti, S., Avasthi, A. (2016). Stigma and its correlates among patients with bipolar disorder: A study from a tertiary care hospital of North India. *Psychiatry Research*, 244, 109–116.

- Gümüş, F., Buzlu, S. (2018). Psychoeducation in Bipolar Disorder. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 131–139. <https://doi.org/10.26650/fnfn427814>
- Gümüş F, Buzlu S, Çakır S. (2016). Bipolar Bozukluk için Örnek Bir Bireysel Psikoeğitim Modeli. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(3), 142–147. <https://doi.org/10.5505/phd.2016.27928>
- Günay, G. G., Duman, Z. Ç. (2021). Kronik psikiyatri hastaları ve bakım verenlerinin taburculuğa hazırlık gereksinimleri ve karşılanmasına ilişkin memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 12(3), 272–280. <https://doi.org/10.14744/phd.2021.85579>
- Güneş, M. (2017). Terapötik Aralığın Altındaki Serum Lityum Düzeyinde Görülen Lityum İntoksikasyonu: Bir Olgu Sunumu. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(29), 62–62. <https://doi.org/10.17944/mkutfd.307016>
- Gürsoy, MS., Abbak, Ö. (2018). Bipolar Bozukluk Hastalarında Tedavi Uyumu ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişki. *Yeni Symposium*, 56(1), 3–8. <https://doi.org/10.5455/NYS.20180207084405>
- Guzzo, EM., Agranatti, A., Smith, J., Larre, N., Rozic, P., Krupitzk, H., Vieta, E., Vazquez, G., VinacourEnzo, C., Guzzo, M., Agranatti, A., Smith, J., Larre, N., Rozic, P., Krupitzki, H., Vieta, E., Vazquez, G., Vinacour, C. (2022). Evaluation of the functionality and subjective well-being of bipolar patients with the Functioning Assessment Short Test (FAST) and the World Health Organization - Five Well- Being Index (WHO-5). *Vertex*, 33(156), 16–24.
- Hançer, N. G., Özdemir, N., şahin, ř. (2020). Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin evlilik uyumu ve aile içi süreçler ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 21(3), 292–300. <https://doi.org/10.5455/apd.65506>
- Harvey, PD., Strassnig, MT., Silberstein, J. (2019). Prediction of disability in schizophrenia: Symptoms, cognition, and self-assessment. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10(3). <https://doi.org/10.1177/2043808719865693>

- Hassamal, S., Waller, S., Reese, K., Testa, C. (2016). Reversible valproic acid-induced parkinsonism and cognitive impairment in an elderly patient with Bipolar Disorder I. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 27(3). <https://doi.org/10.5080/u12251>
- Hlastala, SA., Kotler, JS., McClellan, JM., McCauley, EA. (2010). Interpersonal and social rhythm therapy for adolescents with bipolar disorder: Treatment development and results from an open trial. *Depression and Anxiety*, 27(5), 457–464. <https://doi.org/10.1002/da.20668>
- Hocaoglu, N., Ozsoy, S., Bulut, K., Ismailogullari, S., Erdogan, M. (2020). Valproic acid - Induced Hyperammonemic Encephalopathy. *Dusunen Adam - The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 33(2), 218–220. <https://doi.org/10.14744/DAJPNS.2020.00083>
- Holubova, M., Prasko, J., Ociskova, M., Marackova, M., Grambal, A., Slepecky, M. (2016). Self-stigma and quality of life in patients with depressive disorder: A cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2677–2686. <https://doi.org/10.2147/NDT.S118593>
- Huggett, C., Birtel, MD., Awenat, YF., Fleming, P., Wilkes, S., Williams, S., Haddock, G. (2018). A qualitative study: experiences of stigma by people with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy*, 91(3), 380–397.
- Illes, P., Verkhatsky, A., Tang, Y. (2020). Pathological ATPergic Signaling in Major Depression and Bipolar Disorder. *Frontiers in Molecular Neuroscience*, 12(January), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fnmol.2019.00331>
- Institute for Health Metrics and Evaluation*. (2019). <https://www.healthdata.org/>
- İpçi, K., Yildiz, M., İncedere, A., Kiras, F., Esen, D., Gürcan, MB. (2020). Subjective Recovery in Patients with Schizophrenia and Related Factors. *Community Mental Health Journal*, 56(6), 1180–1187. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00616-5>
- Işık, E. (2003). Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Görsel Sanatlar Basımevi.
- Işık, E., Taner, E., Işık, U. (2008). Güncel Klinik Psikiyatri (E. Işık & T. Ender (Eds.); Organon).

- Jacobson, N., Greenley, D. (2001). What Is Recovery A Conceptual model? *Psychiatric Services*, 52(4), 482–485.
- Jr, ROB., McCarthy, JM., Prescott, AP., Jensen, JE., Cooper, AJ., Cohen, BM., Renshaw, PF., Ongür, D. (2013). Brain gamma-aminobutyric acid (GABA) abnormalities in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 15(4), 434–439. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.08.014.CagY>
- Kamışlı, S., Satı, D., Daştan, L., Eni, N. (2016). Özgürlük Duygusu ve İçselleştirilmiş Damgalanma: Ayaktan ve Yatarak Psikiyatrik Tedavi Alan Hastaların Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(4), 251–256. <https://doi.org/10.5080/u14927>
- Kaplan, SN. (2022). Bilinçli farkındalık temelli psikoeğitim programının bipolar bozukluk tanılı hastaların algılanan stres düzeyi ve duygu düzenleme stratejilerine etkisi. Gaziantep Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Derya Özbaş Gençarslan).
- Kaplan, Y., Sadock, B. (2000). Bipolar Disorders. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 1284–1289).
- Karaytuğ, MO., Tamam, L., Demirkol, ME., Namlı, Z. (2022). Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Tedaviye Uyum ve İlişkili Faktörler. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 31(1), 21–27. <https://doi.org/10.17827/aktd.1055451>
- Karaytuğ, MO., Tamam, L., Demirkol, ME., Namlı, Z., Üniversitesi, Ç. (2022). *Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Yetişkin Ayrılma Anksiyete Bozukluğu ve İntihar Arasındaki İlişki*. 14(Suppl 1), 261–267. <https://doi.org/10.18863/pgy.1192406>
- Kavitha, RR., Kamalam, S., Rajkumar, RP. (2022). Effectiveness of Family-Focused Nurse-led Intervention on Functional Improvement of Patients with Bipolar Disorder at a Tertiary Hospital in South India: A Randomized Controlled Trial. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 44(2), 152–159. <https://doi.org/10.1177/02537176211060557>
- Kesioğlu, P., Bilgiç, N., Pıçakçıefe, M., Uçku, R. (2003). İzmir Çamdibi-1 nolu Sağlık Ocağı bölgesi yaşlılarında yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı.

Geriatrik Bilimler Dergisi, 6(1), 27–30.

Keskin, G. (2016). Bipolar ve İlişkili Bozukluklar. In *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*. (pp. 428–458).

King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., Weich, S., Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: Development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 190(MAR.), 248–254. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024638>

Kılınç, G. (2015). Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumunda Sosyal Desteğin Etkisi. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Doç.Dr. Rukuye Aylaz)

Kocakahya, B. (2019). Psikiyatri hastalarında tedaviye uyum sosyal destek ve yaşam kalitesi durumunun belirlenmesi. İnönü Üniversitesi., Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezzi, Sivas, (Danışman: Prof. Dr. Havva Tel)

Kök, H., Demir, S. (2017). Şizofreni Ve Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı Ve Algılanan Sosyal Destek. *Cukurova Medical Journal*, 43(1), 1–1. <https://doi.org/10.17826/cumj.340622>

Köroğlu, E. (2013). *DSM 5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*.

Kurdal, E. (2011). İki Uçlu Bozukluk Hastalarında Psikoeğitimin İşlevsellik Düzeylerine Etkisi. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Derya Tanrıverdi).

Kurnaz, G. (2019). Şizofreni ve İki Uçlu Bozukluk Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şengül Kocamer Şahin).

Lahera, G., Gálvez, JL., Sánchez, P., Martínez-Roig, M., Pérez-Fuster, JV., García-Portilla, P., Herrera, B., Roca, M. (2018). Functional recovery in patients with schizophrenia: Recommendations from a panel of experts. *BMC Psychiatry*,

18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1755-2>

- Lapalme, M., Hodgins, S., LaRoche, C. (1997a). Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(623–631).
- Lapalme, M., Hodgins, S., LaRoche, C. (1997b). Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(6), 623–631.
- Latalova, K., Prasko, J., Diveky, T., Kamaradova, D., Velartova, H. (2011). Quality of life in patients with bipolar disorder - A comparison with schizophrenic patients and healthy controls. *Psychiatria Danubina*, 23(1), 21–26.
- Lauder, S., Chester, A., Castle, D., Dodd, S., Gliddon, E., Berk, L., Chamberlain, J., Klein, B., Gilbert, M., Austin, D. W., Berk, M. (2015). A randomized head to head trial of MoodSwings.net.au: an Internet based self-help program for bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 15(171), 13–21.
- Lee, RSC., Hermens, DF., Naismith, SL., Lagopoulos, J., Jones, A., Scott, J., Chitty, KM., White, D., Robillard, R., Scott, EM., Hickie, IB. (2015). Neuropsychological and functional outcomes in recent-onset major depression, bipolar disorder and schizophrenia-spectrum disorders: A longitudinal cohort study. *Translational Psychiatry*, 5(4), e555-10. <https://doi.org/10.1038/tp.2015.50>
- Liberman, robert paul. (2008). *Yetiyitminde İyileşmeye- Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı*.
- Liberman, R. . (2011). Yetiyitiminden İyileşmeye. In M. Yıldız (Ed.), *Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı* (pp. 278–310). Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği.
- Lu, SJ., Liou, TH., Lee, MB., Yen, CF., Chen, YL., Escorpizo, R., Pan, AW. (2022). Predictors of Employment Status for Persons with Bipolar Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063512>
- Maj, M. (2013). Mood disorders in ICD-11 and DSM-5: a brief overview. *European Psychiatry*, 28(1).

- Maj, M., Akiskal, H., Lopez-Ibor, J., N, S. (2002). *Bipolar disorders* (Vol. 50). <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.07.024>
- Manzo, JF. (2004). On the sociology and social organization of stigma: Some ethnomethodological insights. *Human Studies*, 27(4), 401–416. <https://doi.org/10.1007/s10746-004-3338-0>
- Mason, BL., Sherwood Brown, E., Croarkin, PE. (2016). Historical underpinnings of bipolar disorder diagnostic criteria. *Behavioral Sciences*, 6(3). <https://doi.org/10.3390/bs6030014>
- Matsuoka, S. (2021). *Development of a Culturally Sensitive Recovery-Oriented Nursing Care Model in*. <https://doi.org/10.3928/02793695-20221202-01>
- McKenna, MT., Michaud, CM., Murray, CJL., Marks, JS. (2005). Assessing the burden of disease in the United States using disability-adjusted life years. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 415–423. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.02.009>
- Menezes, SL., de Mello Souza, MCB. (2012). The implications of a Psychoeducation group on the everyday lives of individuals with Bipolar Affective Disorder. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 46(1), 124–131. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100017>
- Miklowitz, DJ., Schneek, CD., Walshaw, PD., Singh, MK., Sullivan, AE., Suddath, RL., Borlik, MF., Sugar, CA., Chang, KD. (2020). Effects of Family-Focused Therapy vs Enhanced Usual Care for Symptomatic Youths at High Risk for Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 77(5), 455–463.
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., Corrigan, PW. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A critical review of the literature. *Psychiatric Services*, 63(10), 974–981. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100459>
- Mizushima, H. (2011). Psychoeducation and interpersonal and social rhythm therapy for bipolar disorder. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 113(9), 880–885.
- Moyet, LJ. (2012). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı* (F. Erdemir (Ed.)).

- Mueser, KT., Meyer, PS., Penn, DL., Clancy, R., Clancy, DM., Salyers, MP. (2006). The illness management and recovery program: Rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32(SUPPL.1). <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl022>
- Namlı, Z., Karakuş, G., Tamam, L., Demirkol, ME. (2016). Bipolar Bozuklukta Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 8(23775), 309–320. <https://doi.org/10.18863/pgy.253437>
- Namlı, Z., Tamam, L., Demirkol, ME., Çakmak, S. (2020). Bipolar bozukluk ve şizofrenide anksiyete duyarlılığı. *Cukurova Medical Journal*, 45(2), 721–730. <https://doi.org/10.17826/cumj.723876>
- Oexle, N., Müller, M., Kawohl, W., Xu, Z., Viering, S., Wyss, C., Vetter, S., Rüsch, N. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(2), 209–212. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0773-2>
- Oral, T. (2002). *İki uçlu bozukluk*. WPA Serisi, CSA Medikal Yayınevi.
- Oymak Yenilmez, D., Atagün, Mİ., Keleş Altun, İ., Tunç, S., Uzgel, M., Altınbaş, K., Cesur, G., Oral, E. T. (2021). Bipolar bozukluk ve yineleyici depresif bozuklukta çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme güçlükleri ile bilişsel süreçler arasındaki ilişki. *Turkish Journal of Psychiatry*, 32(1), 8–16. https://www.turkpsikiyatri.com/PDF/C32S1/tpd_c32_s1_8-16.pdf
- Özdel, K., Kart, A., Türkçapar, MH. (2021). Bipolar Bozukluk Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi *Cognitive Behavioral Therapy in Treatment of Bipolar Disorder. Ek 1*, 66–77.
- Ozen, ME. (2016). Delusions During Epilepsy Treatment After Lamotrigine Add-On: a case. *Journal of the Turkish Epilepsi Society*, 22(2), 72–75. <https://doi.org/10.14744/epilepsi.2016.97269>
- Özkan Demir, N., Tuğlu, C. (2019). Bipolar bozukluk hastalarında metabolik sendrom ve dürtüsellik ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 21(3), 277–284. <https://doi.org/10.5455/apd.62560>

- Öztürk, MO., Uluşahin, A. (2018). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevi.
- Öztürk, S., Altan Sarıkaya, N., Öz, S. (2021). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan ve Almayan Hastaların Yeti Yitimi ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleri ile Öznel İyileşme Algılarının Karşılaştırılması. *J Psychiatric Nurs*, 12(1), 1–8. <https://doi.org/10.14744/phd.2021.08379>
- Passerieux, C., Bulot, V., Hard Bayle, M., Roux, P. (2018). Assessing cognitive-related disability in schizophrenia: Reliability, validity and underlying factors of the evaluation of cognitive processes involved in disability in schizophrenia scale. *Disability and Rehabilitation*, 40(16), 1953–1959.
- Peng, J. (2014). Case report on lithium intoxication with normal lithium blood levels. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 26(2), 103–104. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2014.02>
- Perich, T., Mitchell, PB., Vilus, B. (2022). Stigma in bipolar disorder: A current review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(9), 1060–1064. <https://doi.org/10.1177/00048674221080708>
- Pinto-Foltz, MD., Logsdon, MC. (2009). Reducing stigma related to mental disorders: initiatives, interventions, and recommendations for nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(1), 32–40.
- Post, F., Pardeller, S., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Sondermann, C., Hausmann, A., Fleischhacker, W. W., Mizuno, Y., Uchida, H., Hofer, A. (2018). Quality of life in stabilized outpatients with bipolar I disorder: Associations with resilience, internalized stigma, and residual symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 238(May), 399–404. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.055>
- Prajapati, AR., Dima, A., Clark, AB., Gant, C., Gibbons, C., Gorrod, R., Mosa, G., Scott, S., Song, F., Teague, B., Twigg, MJ., Wilson, J., Bhattacharya, D. (2019). Mapping of modifiable barriers and facilitators of medication adherence in bipolar disorder to the Theoretical Domains Framework: a systematic review protocol. *BMJ Open*, 9(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026980>
- President's New Freedom Commission on Mental Health. (2013). <https://govinfo.library.unt.edu/mentalhealthcommission/reports/FinalReport/Ful>

lReport.htm#:~:text=The President's New Freedom Commission,fall through the system's cracks.

Raja, M. (2011). Lithium and Kidney, 60 Years Later. *Current Drug Safety*, 6(5), 291–303.

Rathee, S. (2019). Psychosocial management of bipolar affective disorder. *The International Journal of Indian Psychology*, 7(4).
<https://doi.org/10.25215/0704.048>

Sabancıoğulları, S., Doğan Başeğmez, F. (2018). Yatarak Tedavi Gören Psikiyatri Hastalarında Öz Bakım Gücü ve Benlik Saygısı ile İlişkisi. *V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi*, 400–406.

Sadock, BJ., Sadock, VA. (2012). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kısaltılmış Temel Kitabı* (T. Türkbay (Ed.)). Nobel Tıp Kitabevi.

Şahin, G. (2018). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda ayrılma anksiyetesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya,(Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gülgün DURAT). .

Saka, MC., Özer, S., Uluşahin, A. (2001). Bipolar Bozukluk Bir Yıllık İzlem Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(4), 283–292.

Samalin, L., Chazeron, I. de, Vieta, E., Bellivier, F., Llorca, PM. (2016). Residual symptoms and specific functional impairments in euthymic patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 18(2), 164–173.

Saunders, KEA., Goodwin, GM. (2010). The course of bipolar disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(5), 318–328.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004903>

Schrank, B., Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31(9), 321–325. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.106.013425>

Şen, Ö., Yıldızhan, E. (2020). Remisyonda Bipolar Bozuklukta Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Bağlanma Biçimleri ve Klinik Özelliklerin İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi = Turkish Journal of Psychiatry*, 31(3), 174–184.

- Şenocak, SÜ., Arslantaş, H., Yüksel, R., Menderes, A.,(2019). Psikiyatrik İyileşmede Yeni Bir Yönelim: İyileşme Odaklı Yaklaşım. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(2), 83–97. <https://doi.org/10.17827/aktd.415053>
- Sheedy, C., Whitter, M. (2013). Supporting Principles of Recovery and Systems of Care Elements Guiding Principles and Elements of Recovery-Oriented Systems of Care : What do we know from the research ? *Journal of Drug Addiction, Education, and Eradication*, 9(4), 225.
- Shumet, S., W/michele, B., Angaw, D., Ergete, T., Alemnew, N. (2021). Magnitude of internalised stigma and associated factors among people with bipolar disorder at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 11(4), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044824>
- Smet, MMDe, Meganck, R., Geest, RDe, Norman, UA., Truijens, F., Desmet, M. (2020). What “good outcome” means to patients: Understanding recovery and improvement in psychotherapy for major depression from a mixed-methods perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 67(1), 25–39.
- Smilowitz, S., Aftab, A., Aebi, M., Levin, J., Tatsuoka, C., Sajatovic, M. (2020). Age-Related Differences in Medication Adherence, Symptoms, and Stigma in Poorly-Adherent Adults with Bipolar Disorder. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(5), 250–255. <https://doi.org/10.1177/0891988719874116>.Age-Related
- Smith, DJ., Whitham, EA., Ghaem, SN. (2012). Bipolar disorder. *Handbook of Clinical Neurology*, 106, 251–263.
- Softa, HK., Karaahmetoğlu, GU. (2016). Bir Fizik Tedavi Rehabilitasyon Hastanesinde Yatan Yaşlılarda Yeti Yitimi ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(1), 18–24. <https://doi.org/10.5505/phd.2016.95866>
- Soykal, N. (2019). *Ruhsal bozukluk tanılı hastaların bildirdikleri sorunlar ile işlevsellik ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Marmara Üniveristesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı,

Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Gül Ünsal; Doç. Dr. Nurhan Eren).

Stewart, AL., Hays, RD., Jr, JEW. (1988). The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Medical Care*, 26(7), 724–735.

Szcześniak, D., Kobyłko, A., Wojciechowska, I., Kłapciński, M., Rymaszewska, J. (2018). Internalized stigma and its correlates among patients with severe mental illness. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 2599–2608. <https://doi.org/10.2147/NDT.S169051>

Tel, H., Doğan, S., Özkan, B., Sibel, Ç. (2010). Hasta Yakınlarına Göre Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 7–12. https://www.journalagent.com/phd/pdfs/PHD_1_1_7_12.pdf

Tel, H., Ertekin Pinar, S. (2012). Internalized Stigma and Self-Esteem in Outpatients with Psychiatric Illness. *Journal of Psychiatric Nursing*, 3(2), 61–66. <https://doi.org/10.5505/phd.2012.09719>

Tel, H., Tay, BN., Canbay, M., Akaya, İ., Yalçınkaya, S. (2014). Kronik Fiziksel Hastalıklı Yaşlılarda Yeti Yitimi ve Depresyon. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(2), 69–75.

Temel, M., Kutlu, FY. (2019). Functional Health Pattern Model Based Care Plan for a Depression Diagnosed Patient. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 27(1), 91–103. <https://doi.org/10.26650/fnjin287469>

Temesgen, WA., Chien, WT., Bressington, D. (2019). Factors influencing subjective recovery of people with recent-onset psychosis: A cross-sectional study in a low-income sub-Saharan country. *Psychiatry Research*, 287.

Tohen, M., Vieta, E. (2009). Antipsychotic agents in the treatment of bipolar mania. *Bipolar Disorders*, 11(SUPPL. 2), 45–54. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00710.x>

Tsai, SYM., Kuo, CJ., Chen, CC., Lee, HC. (2002). Risk factors for completed suicide in bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(6), 469–476.

- Turgay, G., Tatal, E., Sezer, S. (2017). Hemodiyaliz Hastalarının Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yeti Yitimi, Depresyon ve Komorbidite Yönünden Değerlendirilmesi. *Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal*, 26(3), 311–316. <https://doi.org/10.5262/tndt.2017.1003.11>
- Turhan, N. (2007). Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme. *Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi*, Adana, (Danışman: Prof. Dr. Nurgül Özpoyraz).
- Türk, A., Bulut Uğurlu, N. (2023). Internalized Stigma, Quality Of Life And Self-Esteem İn Bipolar Disorder. *Journal of Psychiatric Nursing*, 14(1), 49–58. <https://doi.org/10.14744/phd.2022.02700>
- Türkmen, S., Yalçın, N., Elma, F. (2018). Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların İyileşme Algısı İle Sosyal Destek Düzeyleri. *V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi*, 599–611.
- Ünsal, G., Karaca, S., Arnik, M., Öz, YC., Aşık, E., Kızılkaya, M., Duran, S. (2014). Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Psikiyatri Hemşiresinin Rollerine İlişkin Görüşleri. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2), 90–95. <https://doi.org/10.5455/musbed.20140527033928>
- Ünver, B., Berk, ÖS., Karamustafaloğlu, N. (2021). *Bipolar Bozuklukta Çalışma Statüsü ve İlaç Uyumu : Öz.* 2(3), 441–459. <https://doi.org/10.47613/reflektif.2021.39>
- Üstündağ, MF., Kesebir, S. (2013). Internalized stigmatization in bipolar patients: Relationship with clinical properties, quality of life and treatment compliance. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(4), 231–239. <https://doi.org/10.5080/u7123>
- Uyanık, V. (2010). *Bipolar I Bozukluk Tanılı Hastaların Tedavi Öncesi Ve Sonrası Sitokin Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Edirne, (Danışman: Doç. Dr. Cengiz Tuğlu).
- Uyar, B., Atlı, A., Gül Bilen, D. (2022). Bipolar bozukluk tip I hastalarının tedavisinde uzun etkili antipsikotiklerin klinik kullanımı. *Cukurova Medical Journal*, 47(2), 844–851. <https://doi.org/10.17826/cumj.1089059>
- Uzun, S., Kulakaç, N., Uludağ, E. (2018a). Psikiyatride İyileşmede Güçlü Bir

- Ortaklık; Hemşire-Hasta İşbirliği. *V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi*, 478–488.
- Uzun, S., Kulakaç, N., Uludağ, E. (2018b). Uzun, S., Kulakaç, N., Uludağ, E. (2018).Psikiyatride İyileşmede Güçlü Bir Ortaklık; Hemşire-Hasta İşbirliği. *V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi*. Antalya; 478- 488. *V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi*, 478–488.
- Valtonen, HM., Suominen, K., Mantere, O., Leppämäki, S., Arvilommi, P., Isometsä, ET. (2006). Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorder an International Journal of Pscyhiatry and Neurosciences*, 8(5 Pt 2), 576–585.
- Van Brakel, WH. (2006). Measuring health-related stigma--a literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 307–334. <https://doi.org/10.1080/13548500600595160>
- Van Enkhuizen, J., Milienne-Petiot, M., Geyer, MA., Young, JW. (2015). Modeling bipolar disorder in mice by increasing acetylcholine or dopamine: Chronic lithium treats most, but not all features. *Psychopharmacology*, 232(18), 3455–3467. <https://doi.org/10.1007/s00213-015-4000-4>
- Vázquez, GH., Kapczinski, F., Magalhaes, PV, Córdoba, R., Jaramillo, C. lopez, Rosa, AR., Carmona, MS. de, Tohen, M. (2011). Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 130(1–2), 323–327.
- Vlad, M., Raucher-Chéné, D., Henry, A., Kaladjian, A. (2018). Functional outcome and social cognition in bipolar disorder: Is there a connection? *European Psychiatry*, 52, 116–125.
- Wingo, AP., Baldessarini, RJ., Compton, MT., Harvey, PD. (2011). Correlates of recovery of social functioning in type I and II bipolar disorder patients. *Psychiatry Res.*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.02.020>.Correlates
- World Health Organization. (2022). <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/dhds/index.html>.

- Yalçiner, N., Türkmen, SN., Irmak, H., Tavşanlı, NG., Elma, F. (2019). İyileşme Süreci Envanteri Türkçe Formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 32–40. <https://doi.org/10.5455/apd.19601>
- Yaman, Z., Yılmaz, M. (2020). Alkol Bağımlısı Bireylere Uygulanan Hemşirelik Müdahaleleri: Sistematik Derleme. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 12(1), 100–161. <https://doi.org/10.18863/pgy.524230>
- Yang, AC., Yang, CH., Hong, CJ., Liou, YJ., Shia, BC., Peng, CK., Huang, NE., Tsai, SJ. (2013). Effects of age, sex, index admission, and predominant polarity on the seasonality of acute admissions for bipolar disorder: A population-based study. *Chronobiology International*, 30(4), 478–485. <https://doi.org/10.3109/07420528.2012.741172>
- Yanos, PT., Roe, D., Lysaker, PH. (2011). Narrative Enhancement and Cognitive Therapy: A New GroupBased Treatment for Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61(4), 576–595. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2011.61.4.576>
- Yatham, LN., Kennedy, SH., Parikh, SV., Schaffer, A., Bond, DJ., Frey, BN., Sharma, V., Goldstein, BI., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G., Milev, RV., Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, RW., Vazquez, G., Kapczinski, F., ... Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 20(2), 97–170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>
- Yazıcı, O., Çakır, S. (2009). Duygudurum Bozuklukları. In *Psikiyatri.1. Baskı* (pp. 106–130). İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi.
- Yeloğlu, ÇH. (2017). ÖNEMLİ Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(30), 41–41. <https://doi.org/10.17944/mkutfd.323344>
- Yeloğlu, ÇH., Hocaoglu, Ç., Bahçeci, B. (2021). Bipolar Bozukluk Tanısı ile İzlenen Hastalarda İşlevsellik ve Kişilik Özelliklerinin Koruyucu Tedavi Üzerine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 31(3), 189–195.

- Yıldırım, ME., Tatlısu, Ö., Işıklı, S. (2021). Bipolar Bozukluk Olgularında Uzun Süreli Lityum Sürdürüm Tedavisinin Glomerüler Filtrasyon Hızına Etkisi. *Türk Psikiyatri Der*, 32(3), 19.
- Yıldız, M. (2009). Ciddi Ruhsal Hastalıklarda Ruhsal Toplumsal Tedaviler. *Türkiye Klinikleri Journal Of Psychiatry-Special Topics*, 2, 52–56.
- Yılmaz, S. (2020). Perceived Care Burden and Related Factors in Primary Caregivers of Patients Diagnosed with Bipolar Disorder. *Journal of Psychiatric Nursing*, 12(1), 9–17. <https://doi.org/10.14744/phd.2020.34654>
- Yılmaz, S., Sarısoy, G., Şahin, AR., Arık, AC., Güz, H., Böke, Ö., Pazvantoğlu, O., Kaçar, ÖF. (2013). Majör depresif bozukluk hastalarında nöbet sayısının remisyon sırasındaki nörobilişsel işlevlerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 218–227. <https://doi.org/10.5455/apd.34467>
- Yüksel, N. (2014). Bipolar ve İlişkili Bozukluklar. In N. Yüksel (Ed.), *Ruhsal Hastalıklar 4. Baskı* (pp. 306–325). Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Zemen, N. (2020). Akut psikiyatri kliniklerinde bipolar bozukluğu olan hastalarda ilaç uyumu, sosyal işlevsellik, sosyal destek ve ilişkili faktörler Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, (Danışman: Prof. Dr. Fatma Demirkıran).
- Zencir, C., Karakuş, K., Kocabaş, O., Bahtiyar, G., Selvi, M., Karaman, K. (2018). Effects of Lithium Therapy on Ventricular Repolarization in Bipolar Disorder Patients. *Kosuyolu Heart Journal*, 21(3), 193–197. <https://doi.org/10.5578/khj.67309>

EK 3. GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Akademik bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim.)

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih: ~~~~~

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no, faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no, faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı-soyadı, İmzası, Görevi

EK 4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bipolar Hastalarda Yeti Yitimi, İçselleştirilmiş Damgalama ve Ruhsal İyileşme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Değerli katılımcı,

Bu çalışmanın amacı; bipolar bozukluğu olan bireylerde yeti yitimi, içselleştirilmiş damgalama ve ruhsal iyileşme arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu çalışma bipolar bozukluğu olan bireylere sunulacak hemşirelik hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında yol gösterici olacaktır. Çalışmaya ayrılan süre 10-15 dakikadır. Tüm soruları okuyup size uygun cevabı vermeniz çalışmanın bilimselliği açısından önemlidir. Katılımınız için şimdiden teşekkürler...

Kişisel Bilgi Formu

1. Yaş
2. Cinsiyet
a) Kadın b) Erkek
3. Medeni durumunuz nedir?
a) Evli
b) Bekar
c) Boşanmış
d) Eşinden ayrı yaşıyor
4. Bir işte çalışıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
5. Eğitim durumunuz nedir?
a) Okuryazar değil
b) İlköğretim
c) Lise
d) Üniversite
6. Evde kimlerle yaşıyorsunuz?
a) Yalnız
b) Sadece eşimle
c) Eş ve çocuklarla
d) Anne ve baba
e) Ev arkadaşı ile
7. Şu anda yaşadığınız yer
a) Köy
b) İlçe-kasaba
c) Şehir
8. Gelir düzeyiniz nedir?
a) Gelir giderden az
b) Gelir gidere eşit
c) Gelir gidenden fazla
9. Bipolar hastalık tanısını ne zaman aldınız?
10. Ailede ruhsal hastalık tanısı var mı?
a) Evet b) Hayır
11. Size önerilen tedaviyi düzenli uyguluyor musunuz?
a) Evet b) Hayır

EK 5. KISA YETİ YİTİMİ ÖLÇEĞİ

Kısa Yeti Yitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz. (Son bir aylık dönemi değerlendirerek)

1. Sağlık sorunlarınız aşağıdaki uğraşlarınızdan herhangi birine engel oldu mu?	Hayır, hiç	Evet, bazen ya da biraz	Evet, her zaman ya da oldukça
a) Ağır işler kaldırmak, koşmak ya da spor yapmak gibi ağır işler	0	1	2
b) Bir masayı çekmek, file, çanta taşımak gibi orta güçlükte işler	0	1	2
c) Merdiven ya da yokuş çıkmak	0	1	2
d) Eğilmek, doğrulmak	0	1	2
e) Uzun mesafe yürümek (1-2 km)	0	1	2
f) Yemek yemek, giyinmek, banyo yapmak ya da tualete gitmek	0	1	2
2. Bir hastalık ya da yaralanma nedeni ile daha önce yaptığınız hobilerinizi azaltmak ya da bırakmak zorunda kaldınız mı?	0	1	2
3. Evin üzerine düşen günlük işlerden yapamadığınız oldu mu?	0	1	2
4. Kişisel sorunlarınız nedeni ile çalışma isteğinizde azalma oldu mu?	0	1	2
5. Kişisel sorunlarınız evde, okulda ya da işte veriminizi azalttı mı?	0	1	2
6. Arkadaşlarınız, birlikte çalıştığınız kişiler ya da başkaları ile ilişkileriniz bozuldu mu?	0	1	2

7. Son bir ay içinde günlük işlerinizi toplam kaç gün aksattınız? ~~~~~gün

8. Hastalık nedeni ile son bir ay içinde toplam kaç gününüzü yatakta geçirdiniz? ~~~~~gün

EK 6. RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği

Bu testte sık **çok** geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer;

“Kesinlikle aynı fikirde değilim” diyorsanız (1) rakamını

“Aynı fikirde değilim” diyorsanız (2) rakamını

“Aynı fikirdeyim” diyorsanız (3) rakamını

“Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız (4) rakamını, daire içine alarak okuduğumuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.



	Kesinlikle aynı fikirde değilim.	Aynı fikirde değilim.	Aynı fikirdeyim.	Kesinlikle aynı fikirdeyim.
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	1	2	3	4
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	1	2	3	4
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşmaktan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmamama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sızlamak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4

13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4
15. Sırf ruhsal hastalığımın dolaylı insanlara bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19. Ruhsal hastalığımın dolaylı benimle ilgili çoğu karanlıkların vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.	1	2	3	4
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yaklaşmak istemez.	1	2	3	4
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

Ek 7. İYİLEŞME SÜRECİ ENVANTERİ

İyileşme Süreci Envanteri

Lütfen aşağıdaki ifadelerle hangi ölçüde katıldığınızı veya katılmadığınızı belirtin. Yanıtınız, bir (1) Kesinlikle Katılıyorum ve beş (5) Kesinlikle Katılmıyorum olmak üzere 5 puanlık bir ölçeğe dayanmaktadır.	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Ruhsal hastalığım nedeniyle toplum tarafından ayrımcılığa uğradığımı veya dışlandığımı hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Çoğu zaman boşlukta ve umutsuz hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Ailemle birlikteyken kendimi ayrı ve yalnız hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Arkadaş edinebileceğim ortamlar ve durumlar bulunur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Hayatımın anlamı ve amacı var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. İyi ve güvenli bir yerde yaşıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Kendimle hiç ilgilenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. İhtiyaç duyduğumda başkalarından yardım isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Korkularım, istediğim gibi yaşamamı engellemez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Çoğu zaman kendimi ayrı ve yalnız hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Sevdiğim bir yerde yaşıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. İstedğim yerde yaşayabileceğimi sanmıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Hayata olumlu bakarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Kimse beni işe almaz.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Hayatım ile ilgili iyi kararlar alma ve olumlu değişiklikler yapma konusunda kendime güvenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Kendimle ilgilenmesem bile, başkaları benimle ilgilenir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

17. Çevremdeki insanlar iyileşmem için dua ettiğinde, kendimi onlardan daha ayrı (soyutlanmış) hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Kendimi daha iyi hissetmek ve iletişim halinde olmak için insanlarla vakit geçiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Umudum olduğu sürece hayatıma devam ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. İyileşme sürecimi anlayan insanlarla camide, ibadethanede veya bir okuma toplantısında birlikte olabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Hayatım hakkında her zaman başkaları karar verir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Ailem tedavimi çok fazla kontrol etmeye çalışır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)