



T. C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ÖTİMİK DÖNEMDEKİ BİPOLAR BOZUKLUK
HASTALARINDA EVLİLİK DOYUMU VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Dr. Beyhan BİLGİOĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Temmuz 2025
İSTANBUL



T. C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ÖTİMİK DÖNEMDEKİ BİPOLAR BOZUKLUK
HASTALARINDA EVLİLİK DOYUMU VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Dr. Beyhan BİLGİOĞLU

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Zülal ÇELİK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Temmuz 2025
İSTANBUL

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Beyhan BİLGİOĞLU'nun hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "ÖTİMİK DÖNEMDEKİ BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA EVLİLİK DOYUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ" tezi başarılı olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

.....

.....

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

.....

.....

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

.....

.....

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: / / 2025

YAZAR BİLDİRİMİ

“ÖTİMİK DÖNEMDEKİ BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA EVLİLİK DOYUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ” başlıklı uzmanlık tezimin tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazıldığını bu tezde;

- Farklı yazarların araştırmaları ile ilgili verilen bilgilere uygun yerlerde ve doğru bir biçimde atıfta bulunulduğunu,
- Tez içerisinde kullanılan yayınlar ve çalışmalardan yapılan alıntıların tırnak içine alınarak sunulduğu ve gerekli atıfların belirtildiğini,
- Bu tez ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması olmadığını,
- Tezin önceden herhangi bir yerde yayınlanmadığını beyan ederim.

Temmuz, 2025

Dr. Beyhan BİLGİOĞLU

İmza: _____

BİLGİLENDİRME

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu tezin hazırlanmasında tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zülal ÇELİK katkıda bulunmuştur.
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Beyhan BİLGİOĞLU

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecimde bilgi, deneyim ve katkılarından faydalandığım, tüm süreçte desteğini esirgemeyen tez danışmanım ve kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Zülal Çelik'e,

Uzmanlık eğitimime katkılarından ve yol göstericiliklerinden dolayı Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğindeki hocalarıma, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Psikiyatri Kliniğindeki hocalarıma ve Medeniyet Üniversitesi Psikiyatri kliniğinden Prof. Dr. Aynur Görmez, Doç. Dr. Hasan Turan Karatepe, Doç. Dr. Rümeyza Yeni Elbay'a, Doç. Dr. M. Emrah Karadere'ye ve Dr. Öğr. Üyesi F. Büşra Parlakkaya'ya,

Çalıştığım kliniklerde birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm değerli asistan arkadaşlarıma, psikiyatri kliniği hemşirelerine, psikologlarına, sekreterlerine,

Tez sürecimde özellikle teknik bilgisiyle desteğini esirgemeyen arkadaşım Dr. Battal Emre Şahin'e,

Eğitim hayatımın tüm zorluklarını benimle birlikte çeken, sevgi ve desteklerini her daim hissettiğim annem Fatma Bilgioğlu, babam İbrahim Bilgioğlu ve en zorlandığım anlarda yolumu aydınlatan abim İsmail Bilgioğlu'ya ve en kıymetlim, biricik kızım Sevil Mila'ya kendisinden çaldığım tüm vakitler için, bana gösterdiği anlayış ve destek için, bir gülüşüyle tüm zorlukların üstesinden gelebileceğime dair bana verdiği güç için kelimelerle ifade edemeyeceğim kadar teşekkür ederim, sana ilham olabilmek bu hayattaki en büyük değerim. Sonsuz teşekkürlerimle...

Kızım Sevil Mila'ya sevgilerimle ithaf ederim...

Dr. Beyhan BİLGİOĞLU

İÇİNDEKİLER

ONAY.....	iii
YAZAR BİLDİRİMİ	iv
BİLGİLENDİRME	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
TABLolar LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
ÖZET	xiii
ABSTRACT.....	xv
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. BİPOLAR BOZUKLUK.....	3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Etiyoloji	4
2.1.4. Klinik Seyir ve Prognoz	5
2.2. EVLİLİK	6
2.3. EVLİLİK DOYUMU	6
2.3.1. Evlilik Doyumuna İlişkin Genel Bilgiler	6
2.3.2. Evlilik Doyumunun Önemi	6
2.3.3. Evlilik Doyumunu Etkileyen Faktörler	7
2.4. KENDİNDELİK	8
2.4.1. Kendineliğe İlişkin Genel Bilgiler.....	8
2.4.2. Psikiyatrik Tanılar ve Kendinelik.....	8
2.4.3. Kendinelik ve Evlilik Doyumu.....	9
2.5. EVLİLİKTE KENDİNDELİK.....	9
2.5.1. Evlilikte Kendineliğe İlişkin Genel Bilgiler.....	9
2.6. PSİKOLOJİK ESNEKLİK.....	10
2.6.1. Psikolojik Esnekliğe İlişkin Genel Bilgiler	10
2.7. PSİKOLOJİK KATILIK	11
2.7.1. Psikolojik Katılığa İlişkin Genel Bilgiler	11
2.7.2. Psikiyatrik Tanılar ve Psikolojik Katılık	12
2.7.3. Psikolojik Katılık ve Evlilik Doyumu	12
2.8. DAMGALANMA	12
2.9. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA	13

2.9.1. İçselleştirilmiş Damgalanmaya İlişkin Genel Bilgiler	13
2.9.2. Psikiyatrik Tanılar ve İçselleştirilmiş Damgalanma.....	14
2.9.3. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Evlilik Doymu Arasındaki İlişki.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ.....	15
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	15
3.3. ÖRNEKLEM VE ARAŞTIRMA EVRENİ.....	16
3.3.1. Dahil Edilme Kriterleri.....	16
3.3.2. Dışlama Kriterleri.....	17
3.4. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	18
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	19
3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu	19
3.5.2. Young Mani Ölçeği (YMÖ)	19
3.5.3. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D).....	20
3.5.4.DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV).....	20
3.5.5. Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EBFÖ)	21
3.5.6. Evlilik Yaşam Ölçeği (EYÖ).....	21
3.5.7. Kabul ve Eylem Formu-2 (KEF-2).....	21
3.5.8. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ-8).....	21
3.5.9. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ).....	22
3.6. VERİ ANALİZİ	22
3.7. ETİK HUSUSLAR.....	23
3.8. ARAŞTIRMA BÜTÇESİ.....	24
4. BULGULAR.....	25
4.1. TANIMLAYICI BULGULAR	25
4.2. ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	28
4.3. KORELASYON ANALİZİ	31
4.4. REGRESYON ANALİZLERİ	32
5. TARTIŞMA.....	35
5.1. TEDAVİ UYUMUNUN EVLİLİKTE KENDİNDELİK VE EVLİLİK DOYUMU İLE İLİŞKİSİ.....	39
5.2. PSİKOLOJİK ESNEKLİĞİN EVLİLİKTE KENDİNDELİK VE EVLİLİK DOYUMU İLE İLİŞKİSİ.....	43
5.3. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN EVLİLİKTE KENDİNDELİK VE EVLİLİK DOYUMU İLE İLİŞKİSİ.....	45
5.4. EVLİLİKTE KENDİNDELİK VE EVLİLİK DOYUMU.....	48
5.5. ARAŞTIRMA KISITLILIKLARI	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
KAYNAKLAR	52
EKLER	60

EK 1 - SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	60
EK 2 - YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ	63
EK 3 - HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ.....	66
EK 4 - DSM-5 BOZUKLUKLARI İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME KLİNİSYEN VERSİYONU	69
EK 5 - EVLİLİKTE BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ	71
EK 6 - EVLİLİK YAŞAM ÖLÇEĞİ	72
EK 7 - KABUL VE EYLEM FORMU-2.....	73
EK 8 - MORİSKY TEDAVİ UYUM ÖLÇEĞİ	74
EK 9 - RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ	75
EK 10 - ETİK KURUL ONAYI	77
EK 11 - BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	80
EK 12 - HASTA VERİ TAKİP FORMU	82
İNTİHAL RAPORU	85

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAQ	Acceptance and Action Questionnaire
ACT	Acceptance and Commitment Therapy
BB	Bipolar Bozukluk
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fifth Edition (Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı, Beşinci Baskı)
HAM-D	Hamilton Depresyon Ölçeği
EBFÖ	Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği
EYÖ	Evlilik Yaşam Ölçeği
KEF-2	Kabul ve Eylem Formu-2
RHİDÖ	Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
YMÖ	Young Mani Ölçeği
MTUÖ	Morisky Tedavi Uyum Ölçeği
%	Yüzde İşareti
n	Olgu Sayısı
p	Anlamlılık Düzeyi
r	Korelasyon Katsayısı

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan evli BB tanılı katılımcıların demografik özellikleri.....	26
Tablo 4.2. Araştırmada değerlendirilen BB tanılı vakaların klinik özellikleri	27
Tablo 4.3. BB tanılı vakaların EBFÖ, EYÖ, KEF-2, MTUÖ ve RHİDÖ puanlarının dağılımı	28
Tablo 4.4. Cinsiyet grupları arasında EBFÖ, EYÖ, KEF-2, MTUÖ ve RHİDÖ puanlarının karşılaştırılması	29
Tablo 4.5. Eğitim grupları arasında EBFÖ, EYÖ puanlarının karşılaştırılması	29
Tablo 4.6. Eş Eğitim grupları arasında EBFÖ, EYÖ puanlarının karşılaştırılması	30
Tablo 4.7. Algılanan sosyoekonomik düzeye göre EBFÖ ve EYÖ puanlarının karşılaştırması	30
Tablo 4.8. Cinsel yan etkiye göre EBFÖ ve EYÖ puanlarının karşılaştırılması	31
Tablo 4.9. EBFÖ, EYÖ, KEF-2, MTUÖ ve RHİDÖ puanları arasındaki ilişki	32
Tablo 4.10. EBFÖ puanlarını yordamada etkili olan değişkenler	33
Tablo 4.11. EYÖ puanlarını yordamada MTUÖ, RHİDÖ ve KEF-2 etkinliği	34

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Psikolojik Esneklik Modeli ve Psikolojik Katılık Modeli.....	10
Şekil 3.1. Katılımcı Akış Şeması.....	18



ÖZET

ÖTİMİK DÖNEMDEKİ BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA EVLİLİK DOYUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Bu çalışmanın amacı, ötimik dönemdeki bipolar bozukluk tanılı evli bireylerde evlilik doyumunu ve evlilikte kendindeliği etkileyen psikolojik süreçleri ve sosyodemografik faktörleri incelemektir. Özellikle psikolojik esneklik, tedaviye uyum ve içselleştirilmiş damgalanmanın evlilik doyumu ve evlilikte kendinelik üzerindeki yordayıcı rolü araştırılmıştır. Kesitsel ve analitik desende tasarlanan araştırmaya, İstanbul Medeniyet Üniversitesi psikiyatri polikliniğinde takip edilen 82 (53 kadın, 29 erkek) ötimik dönemdeki bipolar bozukluk tanılı hasta dahil edilmiştir. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Evlilik Yaşam Ölçeği (EYÖ), Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EBFÖ), Kabul ve Eylem Formu-2 (KEF-2), Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) uygulanmıştır. Verilerin analizinde korelasyon ve çoklu doğrusal regresyon analizleri kullanılmıştır. Evlilik doyumu (EYÖ); evlilikte kendinelik (EBFÖ) ($r=0.650$) ile pozitif, psikolojik katılık (KEF-2) ($r=-0.411$) ve içselleştirilmiş damgalanma (RHİDÖ) ($r=-0.473$) ile negatif yönde anlamlı korelasyon göstermiştir. Regresyon analizi sonucunda, evlilik doyumunu en güçlü yordayan değişkenin içselleştirilmiş damgalanma ($\beta =-0.327$, $p =0.007$), evlilikte kendindeliği yordayan değişkenlerin tedavi uyumu ($\beta =0.208$, $p =0.028$) ve içselleştirilmiş damgalanma ($\beta =-0.468$, $p <0.001$) olduğu saptanmıştır. Ötimik dönemdeki bipolar bozukluk hastalarında evlilik doyumu, bireyin hastalığına yönelik içselleştirdiği damgalanma düzeyiyle yakından ilişkilidir. Bulgular, bipolar bozukluk tanılı bireylerde tedavi uyumunun önemini vurgulamakla birlikte, yapılan klinik çalışmalarda ve psikoterapilerde, sosyal işlevselliği desteklemek amacıyla damgalanma ve kendindeliğe yönelik müdahalelere öncelik verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Bipolar Bozukluk, Evlilik Doyumu, Evlilikte Kendinelik, Psikolojik Esneklik, İçselleştirilmiş Damgalanma



ABSTRACT

INVESTIGATION OF MARITAL SATISFACTION AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER IN THE EUTHYMIC STATE

The aim of this study is to examine marital satisfaction and the psychological processes and sociodemographic factors associated with mindfulness in marriage among married individuals diagnosed with bipolar disorder in a euthymic state. In particular, the predictive roles of psychological flexibility, treatment adherence, and internalized stigma on marital satisfaction and mindfulness in marriage were investigated. Designed as a cross-sectional and analytical study, the research included 82 euthymic patients (53 women, 29 men) diagnosed with bipolar disorder who were being followed at the psychiatry outpatient clinic of Istanbul Medeniyet University. Participants completed the Sociodemographic Data Form, Marital Life Scale (MLS-TR), Mindfulness in Marriage Scale (MIMS-TR), Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), Morisky Medication Adherence Scale (MMAS), and the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI). Correlation analysis revealed that marital satisfaction (MLS-TR) was significantly and positively correlated with mindfulness in marriage (MIMS-TR) ($r = 0.650$), and significantly and negatively correlated with psychological inflexibility (AAQ-II) ($r = -0.411$) and internalized stigma (ISMI) ($r = -0.473$). According to the multiple linear regression analysis, internalized stigma ($\beta = -0.327$, $p = 0.007$) emerged as the strongest predictor of marital satisfaction. Treatment adherence ($\beta = 0.208$, $p = 0.028$) and internalized stigma ($\beta = -0.468$, $p < 0.001$) were found to be significant predictors of mindfulness in marriage. These findings indicate that, in euthymic individuals with bipolar disorder, marital satisfaction is closely related to the level of internalized stigma regarding the illness. In addition to emphasizing the importance of treatment adherence, the results suggest that clinical interventions and psychotherapies should prioritize targeting internalized stigma and promoting mindfulness within the marital relationship in order to improve social functioning.

Keywords: Bipolar Disorder, Marital Satisfaction, Mindfulness in Marriage, Psychological Flexibility, Internalized Stigma



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk (BB), depresyon, mani ve hipomani epizodları ile karakterize olan, epizodlar arasında bireyin tamamen ötimik duyguduruma geri dönebildiği, işlevsellikte bozulmaya neden olan, intihar riskini önemli ölçüde arttıran, eş zamanlı ciddi tıbbi ve psikiyatrik durumların ve olumsuz sonuçların gözlenebildiği kronik bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Toplumda yaklaşık %2,4 oranında görülmekte olup, yaşam boyu görülme sıklığı her iki cinsiyet için de yaklaşık %1 olarak rapor edilmiştir (1,2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre, BB küresel çapta yeti kaybına sebep olan rahatsızlıklar arasında altıncı sırada yer almaktadır (3).

Bipolar bozukluk işlevselliği önemli oranda etkilemektedir. Hastalık süresince etkilenen alanlardan biri de aile işlevleridir (4). Evlilik ilişkisi, bu ilişkinin kalitesi ve evlilik uyumu BB'de etkilenen aile işlevlerindedir. Bipolar bozukluğun evlilik uyumunda kayba yol açtığına dair araştırmalar mevcuttur (5,6).

Evlilik, belirli görev ve sorumlulukları, hak ve imtiyazları ihtiva eden hem bireysel hem de toplumsal bir olgudur. Dolayısı ile evlilik kurumunun bireyin davranışları ve toplumun sosyolojik ve ekonomik boyutları üzerindeki gücü yadsınamaz (7).

Evlilik doyumu, çiftlerin ilişkilerinin tüm yönlerinde hissettikleri öznel mutluluk ve hoşnutluk duyguları olarak tanımlanmaktadır (8). Evliliğin devamını ve bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir faktördür. Ulusal Komorbidite Araştırmasına katılan evli bireylerde evlilik doyumu düşüklüğünün kadınlarda majör depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu ile erkeklerde ise distimi ile özgül olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir (9). Bipolar bozuklukta aile ilişkilerindeki işlevselliğin nasıl etkilendiğini anlamak bu doğrultuda psikoeğitim ve psikoterapötik müdahaleler gibi klinik uygulamalar planlamak açısından önemlidir.

Kişilerarası kendinelik, iletişim sırasında her iki tarafın da anın farkında olmasını, düşüncelerine ve duygularına odaklanmasını ve bunları açık ve dürüst bir şekilde ifade etmesini içerir. Bu beceri, daha derin ve anlamlı ilişkiler kurulmasına, çatışmaların yapıcı bir şekilde çözülmesine ve genel iletişim kalitesinin artmasına katkıda bulunur (10). Evli bireylerle yapılan bir tez çalışmasında psikolojik iyi oluş ile evlilikte kendinelik arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Psikolojik iyi oluş ve

evlilikte kendindeligin evlilik doyumunu yordadigi gosterilmiştir (11). Mevcut literatürde, evlilikte kendindeligin saglikli popülasyonda evlilik doyumunu üzerindeki pozitif etkisi kanıtlanmış olsa da bu dinamiklerin Bipolar Bozukluğu olan bireylerin ilişki süreçlerinde nasıl bir rol oynadığı henüz yeterince aydınlatılmamış; Bipolar Bozukluk hasta grubunda kişilerarası kendindeligi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamız bu önemli boşluğu doldurmayı hedeflemektedir.

Bipolar bozukluk hastalık grubunda evlilik uyumu ile ilişkisine bakılmış psikolojik süreçlerden biri içselleştirilmiş damgalanmadır. Damgalama ruhsal hastalıklarda sık karşılaşılan bir durumdur. Kişi sosyal çevresi tarafından damgalanmaya maruz kalabileceği gibi, hastalığı ile ilgili kendi kendisini de damgalayabilir. Bir araştırmada, bipolar bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma seviyelerindeki artışın, evlilik uyumunda azalmaya ve aile işlevselliğinde olumsuz yönde etkilenmeye yol açtığı saptanmıştır (12).

Literatürde içselleştirilmiş damgalanmayla ilişkili olduğu gösterilen ve evlilik doyumunu ile ilişkili olabilecek bir diğer kavram da psikolojik katılıktır (13). Psikolojik katılık kişinin duygu ve düşünceleri ile birleşme halinde olması, bağlamsal unsurları bilinçli bir şekilde fark edememesi, bunun sonucu olarak da kısıtlı bir davranış repertuarına sahip olması ve anlamlı bir hayat için adım atmaktan uzak kalması olarak tanımlanabilir. Psikolojik katılığın, düşük cinsel doyum, fiziksel şiddet, yetersiz romantik ilişki doyumunu, bağlanma kaygısı, bağlanma kaçınması ve olumsuz çatışma dinamikleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir (14). Psikolojik katılığın bir alt bileşeni olan yaşantısal kaçınmanın ise hem bireyde hem de partnerde düşük ilişki kalitesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (15).

Bu tez çalışmasında ötimik dönemdeki BB hastalarında evlilik doyumunu ve evlilikte kendindeligi yordayan faktörlerin incelenmesi ve evlilik doyumunu düzeyleriyle psikolojik esneklik, içselleştirilmiş damgalanma ve evlilikte kendinelik arasındaki ilişkinin incelenmesi hedeflenmektedir. Evlilik doyumunu ve evlilikte kendindeligi etkileyen psikolojik ve sosyal faktörlerin analizi, bipolar hastaların partner ilişkilerinin güçlenmesine ve yaşam kalitelerinin artırılmasına katkıda bulunabilir. Ayrıca bu çalışma BB’de evlilik ve ilişki odaklı yaklaşımların önemini vurgulayarak, farklı tedavi uygulamaları geliştirilmesi açısından ruh sağlığı profesyonellerine bir perspektif sunabilir. Bu çalışmanın amacı, BB’de evlilik doyumunu ve kendinelik düzeylerine ilişkin sınırlı sayıda mevcut çalışmalara katkı sağlamak ve bu konudaki farkındalığı artırarak ruh sağlığı alanına bilimsel bir katkıda bulunmaktır. Araştırmamız, bu bireylerin evlilik yaşamlarındaki zorlukları anlamak ve destekleyici müdahaleler geliştirmek için bipolar bozuklukta evlilik doyumunu ve evlilikte kendindeligi etkileyen faktörleri değerlendirmeyi hedeflemektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. BİPOLAR BOZUKLUK

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Bipolar bozukluk (BB), depresyon ile mani veya hipomani dönemleriyle karakterize, bu dönemler arasında kişinin tamamen normale dönebildiği veya rezidüel belirtilerin görülebildiği bir ruhsal rahatsızlıktır. Yüksek mortalite ve morbiditeye ek olarak, birçok alanda işlevsellik kaybına neden olduğu bilinmektedir (16).

Homeros mani kavramını öfke anlamında İlyada destanında kullanmıştır. Mani ve melankoliye yazılarında yer vererek bugünkü bipolar bozukluğa en yakın tanımlamayı yapan ilk kişi Kapadokyalı Areteus'dur (17). Hipokrat ise mani ve melankoliyi iki ayrı hastalık olarak sistematik bir şekilde tanımlayan ilk hekim olmuştur. 19.yy'da, melankoli ile mani dönemlerini ve bu dönemler arasında da iyilik halinin görülebileceğini ifade eden "Folie Circularie" tanımı ile Jean-Pierre Falret bipolar bozukluğun bir hastalık olarak sınıflandırılmasında önemli rol oynamıştır. Psikiyatrik hastalıkların sınıflandırılmasında önderlik yapan Kraepelin endojen psikozu 'erken bunama' (dementia praecox) ve 'manik depresif delilik' (manic-depressive insanity) olarak ikiye ayırarak BB tanımı için farklı bir görüş getirmiştir. Ancak Kraepelin tüm duygudurum bozukluklarını manik depresif delilik kavramı içinde birleştirerek tanımlamıştır. Bu tabloların ayrı olarak ele alınması sonraki yıllarda gerçekleşmiştir. Bu tabloya "Afektif Bozukluklar" adı Bleuler tarafından verilmiştir. 1970'li yıllardan sonra Angst'ın tanımlamasıyla, bipolar bozukluk ve depresif bozukluklar iki ayrı hastalık olarak değerlendirilmeye başlanmıştır (17).

Bipolar bozukluk DSM-5'te İki uçlu (Bipolar) Bozukluklar ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında kategorize edilmiştir. Bu başlık altında yer alan tanımlar şunlardır: Bipolar I Bozukluğu, Bipolar II Bozukluğu, Madde/İlaç Kullanımına Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk, Siklotimik Bozukluk, Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk, Tanımlanmış Diğer Bipolar ve İlişkili Bozukluk ve Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluk.

DSM-5 tanı kriterlerine göre Bipolar I Bozukluğu (BB-I) teşhisi için, en az bir mani epizodunun varlığı zorunlu olup, tekrarlayan mani veya depresyon epizodları da gerekli iken

Bipolar II Bozukluğu (BB-II) teşhisi için hipomani ve tekrarlayan hipomani/depresyon epizotları gereklidir. DSM-5'e göre Bipolar I Bozukluğu teşhisinin konulabilmesi için en az bir mani epizodunun varlığı yeterlidir. Mani epizodu; yükselmiş, taşkın veya irritabl (çabuk kızan) bir duyguduruma, öz saygıda abartılı bir artış, normalden daha fazla konuşkanlık, uyku ihtiyacında azalma, düşünce uçuşması ve hızlanması, dikkat dağınıklığı ve amaca yönelik aktivitelerde artış belirtilerinden en az üçünün (irritabl duygu durumu mevcutsa en az dördünün) eşlik ettiği bir dönem olarak tanımlanır. Hipomani dönemi teşhisi; yatış gerektirmeyecek düzeydeki mani dönemi belirtilerinin en az dört gün boyunca sürmesi ile konur. Depresyon epizodu teşhisi, iki hafta süresince işlevsellikte belirgin bir düşüşün yanı sıra; çökkün bir duygudurum, aktivitelere karşı ilgi azalması, psikomotor aktivitede artış veya yavaşlama, enerji azlığı, değersizlik veya suçluluk hisleri, istemsiz kilo kaybı veya alımı, insomnia (uykusuzluk) veya hipersomnia (aşırı uyuma), konsantrasyonda güçlük ve ölüm düşüncelerinden en az beşinin bir arada bulunmasıyla konulmaktadır (18).

2.1.2. Epidemiyoloji

Bipolar bozukluğun on iki aylık prevalansı %0.6 olarak rapor edilmiştir (19). 2011 senesinde gerçekleştirilen toplum tabanlı bir araştırmada BB ömür boyu görülme sıklığı %2,8 şeklinde belirlenmiştir (20). Hastalığın görülme sıklığı erkek ve kadın cinsiyet arasında farklılık göstermemektedir. Ancak Bipolar II Bozukluğun kadın cinsiyette daha sık görüldüğü gösterilmiştir. Bipolar bozukluk sıklıkla 20'li yaşlarda başlamaktadır. Başlangıç yaşı açısından cinsiyetler arası fark saptanmamıştır (21). Bipolar bozukluk kırsal bölgelere oranla kentsel bölgelerde daha yaygın görülmektedir (22).

2.1.3. Etiyoloji

Bipolar bozukluk kalıtsal özelliği en yüksek psikiyatrik bozukluklardan biri olsa da bu hastalığın etiolojisinde kalıtımın ve çevre şartlarının etkisiyle oluşan çok faktörlü bir modelin en uygun model olduğu düşünülmektedir (23).

Bipolar bozuklukta genetik yatkınlığın önemli bir rol oynadığı yapılan ikiz çalışmaları ile gösterilmiştir (24). Toplumda BB görülme ihtimali %0,5 ile 1,5 arasında iken, bu oran BB tanılı hastaların birinci derece yakınlarında %5-10, monozigot ikizlerde %40-70'dir (25).

Genetik yatkınlığın yanı sıra hastalığın etyolojisinde araştırılan biyokimyasal faktörler vardır. Monoaminerjik sistem bunlar içinde üzerinde en çok durulanıdır. Bunun yanı sıra asetilkolin, glutamat ve GABA ile ilgili de çalışmalar mevcuttur (26–28).

Duygusal ve bilişsel işlevleri düzenleyen devrelerde sinaptik ve nöronal plastisite gelişiminin hastalık oluşumunda önemli olduğu düşünülmüştür. BDNF gibi nörotrofik moleküllerin nöral plastisite ve dentrit budanmasındaki sinyal ileti yollarında hayati bir rolü bulunmaktadır (29).

Bipolar bozuklukta sitokin düzeyleri üzerine yapılan meta-analizlerde tutarlı bir şekilde sitokinlerde (özellikle tümör nekroz faktör-alfa ve interlökin-4) ve sitokin reseptör düzeylerinde kontrollere göre anlamlı derecede yükseklik olduğu saptanmıştır (30,31).

Psikososyal faktörler de bipolar bozukluğun etyolojisinde önemli bir yere sahiptir. Stresli yaşam olaylarının ilk epizottan önce görülme ihtimali devam eden epizotlardan önce görülme ihtimalinden daha yüksektir. Yaşam olaylarından kaynaklı stresin nörotransmitterlerde ve internöronal ileti sistemlerinde değişiklikler meydana getirdiği; bu değişikliklerin, yeni bir stresör olmasa bile, kişinin tekrarlayan epizodlar yaşamasını kolaylaştırdığı öne sürülmektedir (32).

2.1.4. Klinik Seyir ve Prognoz

BB tekrarlayan ataklar ve kronik doğası ile önemli derecede yeti yitimine sebep olan bir hastalıktır. Bipolar bozuklukta hastalık belirtilerinin genellikle doktora ilk başvurudan çok önce yirmili yaşların başında ve sıklıkla depresyon dönemiyle ortaya çıkması nedeniyle başlangıç yaşını belirlemek zordur (33,34). Depresif dönemler hastalığın gidişatında asıl belirleyici olmaktadır. Hasta olarak geçirilen sürenin çoğunluğu depresif dönem ile geçmektedir (%67'si depresyon, %20'si mani, % 13'ü karma özellikli dönem) (35).

Düzenli tedavi alan hastaların %70'i tedaviye rağmen yeni bir hastalık dönemi yaşamaktadır. İlk duygudurum döneminden sonra bir yıl içinde %50 ve ilk beş yıl içinde %90 oranında ikinci bir duygudurum dönemi tekrarlamaktadır (36). Hastalığın ilerleyen dönemlerinde, duygudurum dönemleri arasındaki iyilik dönemlerinin süresi giderek azalmaktadır. Tekrarlama riskini yordayan en önemli faktör, daha önce geçirilen duygudurum dönemleri sayısı olarak saptanmıştır (37). Genellikle hem mani hem depresyon dönemleri görülmekle birlikte, hastaların %10-20'sinde sadece mani dönemleri görülmektedir. BB hastalarının %47'si yaşamlarını hastalık belirtileriyle geçirmektedir (36).

Hastalığın seyrini öngörmeye yardımcı olacak bir takım klinik özellikler tanımlanmıştır. Uzun remisyon dönemlerinin olması, manik epizotların baskın olması, tedavi uyumunun iyi olması ve aile içi ve sosyal koşulların iyi olması hastalığın gidişatı için olumlu göstergelerdir. Kalıntı belirtilerin ara dönemde devam etmesi, erken başlangıç yaşı, ek psikiyatrik tanı, depresyon dönemlerinin uzun sürmesi, hızlı döngülülük, karma

dönemlerin varlığı, alkol ve madde kullanım bozukluğu bulunması ise kötü gidişat ile ilişkili bulunmuştur (38).

BB hastalık seyrinde intihar davranışı normal popülasyona göre 17-20 kat daha sık görülmektedir (39,40).

2.2. EVLİLİK

Evlilik, kadın ve erkeğin bir araya gelmesiyle oluşan bir müessese olarak, insanlık tarihi kadar köklü bir geçmişe sahiptir. Tarihsel süreç incelendiğinde, evliliğin günümüzden yaklaşık dört bin yıl öncesine kadar uzandığı ve diğer kültürel olgular gibi zaman içinde evrimleşerek farklı biçimler alabildiği görülmektedir. Evlilik, kadın ve erkek birlikteliği temelinde şekillenen en küçük toplumsal birim olma özelliğini taşımaktadır (41).

Yetişkinler için doyumlu bir evlilik; fiziksel iyilik hali, genel mutluluk ve daha uzun yaşam süresi ile korelasyon göstermektedir (42). Mutsuz evliliklerin bireylerin beden ve ruh sağlığını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle, evlilik uyumunu destekleyen temel kavramlardan biri evlilik doyumu olarak karşımıza çıkmaktadır (43).

2.3. EVLİLİK DOYUMU

2.3.1. Evlilik Doyumuna İlişkin Genel Bilgiler

Evlilikte doyum, bireylerin çevresel ve bireysel faktörler aracılığıyla elde ettikleri psikolojik tatmin olarak ifade edilebilir (44). Evlilik doyumu, bireylerin ilişkinin tüm boyutlarında deneyimledikleri öznel mutluluk ve memnuniyet duyguları şeklinde de tanımlanabilir (8). Evlilik doyumu; eşlerin birbirlerinin gereksinimlerinin farkında olmaları, bu gereksinimleri benimsemeleri, gereksinimlerini doğru bir biçimde ifade edebilme becerileri, birbirlerinin değişen gereksinimlerine uyum sağlama esneklikleri ile ilişkilidir (45). Literatürde evlilik doyumunun; bireylerin psikolojik iyi oluş hali ve yaşam doyumu ile pozitif yöndeki ilişkisi gösterilmiştir (46,47).

2.3.2. Evlilik Doyumunun Önemi

Son yıllardaki çalışmalar evlilik doyumu düzeyinin bireyin iyilik hali üzerinde önemli rol oynadığını göstermektedir. Bu bağlamda, yüksek evlilik doyumunun, bireylerin genel iyilik halini olumlu yönde etkilediği ve hem fiziksel hem de psikolojik sağlığı koruyucu bir faktör olduğu düşünülmektedir (48).

Kirby'ye göre evlilik doyumu yüksek bireylerin stres düzeyi düşük ve olumsuz yaşam olaylarına karşı dayanıklılıkları yüksektir ve tüm bu önermeler bireylerin çocukları için de geçerlidir (49). Power ve Parke, evlilik doyumu yetersiz bireylerde, stresör varlığında

depresyon ortaya çıkma ihtimalinin arttığını ifade etmiştir. Bu bulgu, evlilik doyumunun ruh sağlığı üzerindeki koruyucu etkisini vurgulamaktadır. Yüksek evlilik doyumu, bireyleri stresin olumsuz etkilerine karşı daha dirençli hale getirirken, düşük evlilik doyumu ise bireyleri depresyona karşı daha savunmasız bırakabilmektedir (50).

2.3.3. Evlilik Doyumunu Etkileyen Faktörler

Jose ve Alfons'un evlilik doyumunu etkileyen faktörler üzerine gerçekleştirdiği çalışmada evlilik doyumu düzeyinin cinsiyete göre değişkenlik gösterdiği saptanmıştır (51). Gönüllü olarak çalışmaya katılan 77 evli sağlıklı çift (toplam 154 birey) ile yürütülen ve evlilik doyumu ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, evlilik süresi, meslek, çocuk sahibi olma durumu ve gelir seviyesi gibi sosyodemografik değişkenlerin evlilik doyumunu etkilemediği saptanmıştır (52). Başka bir çalışmada, evlilik doyumu eğitim seviyesi ile ilişkilidir ve lise mezunlarından ilköğretim mezunlarına doğru azalma göstermektedir; üniversite mezunları ise bu iki grup arasında yer almaktadır. Bu bulgu, eğitim seviyesi ile evlilik doyumu arasında belirgin bir ilişkinin varlığına işaret etmekle birlikte, eğitim düzeyinin evlilik doyumunu her zaman doğrusal bir şekilde etkilemeyebileceğini ortaya koymaktadır (53).

Sağlıklı gönüllülerle gerçekleştirilen, evlilik doyumu ve iletişim becerilerini inceleyen bir çalışmada, aileleri vasıtasıyla tanışarak evlenen çiftlerin, diğer iki gruba göre, evliliklerinden elde ettikleri doyumun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (54). Bir başka çalışmada tanışarak ve anlaşarak evlenen çiftlerin evlilikten aldıkları doyumun, aileler aracılığıyla tanıştırılarak evlenenlere kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (55).

Bazı araştırmacılar, evlilik ilişkisinin kalitesini ve doyumunu artırmada kendindeliliğin önemli bir rol oynayabileceğini öne sürmüşlerdir (56,57).

19 farklı ülkede yapılan epidemiyolojik anketlerden toplanan ve ruhsal hastalıkların evlilik ve boşanma üzerine etkilerini inceleyen çok uluslu bir araştırmada BB da dahil olmak üzere 18 ruhsal hastalığın boşanma ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkisi olduğu bulunmuştur (58). 2538 evli katılımcının yer aldığı Ulusal Komorbidite Verilerine dayanarak, BB hastalarının bu bozukluğa sahip olmayanlara göre daha yüksek evlilik memnuniyetsizliği yaşadığı öne sürülmektedir (9). Bipolar bozukluk hasta grubunda evlilik doyumunu inceleyen kısıtlı literatür mevcuttur.

2.4. KENDİNDELİK

2.4.1. Kendineliğe İlişkin Genel Bilgiler

Kendinelik, İngilizce'de "mindfulness" olarak ifade edilen kavram, Budist öğretilerin dili olan Pali dilindeki "Sati" kelimesinden türemiştir. "Sati" hatırlamak, dikkat etmek ve farkında olmak anlamlarına gelen bir terimdir. Bu kelimenin "mindfulness" olarak kullanımı ilk kez 20. yüzyılın başlarında kaydedilmiştir (59).

Kendinelik, bireyin dikkatini içinde bulunduğu duruma odaklaması ve bu odaklanmayı sürdürebilmesidir (60). Bireyin deneyimlerine karşı şefkatli, açık ve yargılayıcı olmayan bir duruş sergilemesi, kendinelik uygulamasının temelini teşkil etmektedir. Bu yaklaşım, bireyin olumlu veya olumsuz tüm deneyimlerini direnç göstermeden olduğu gibi gözlemlemesini içerir (61).

2.4.2. Psikiyatrik Tanılar ve Kendinelik

Kendinelik odaklı uygulamaların etkileri, özellikle son senelerde birçok araştırmada incelenmiştir. Kendinelik temelli yaklaşımlar; süregelen ağrı, depresyon, kaygı, stres, yeme problemleri, bağımlılık ve sınır kişilik bozukluğu gibi çeşitli ruhsal sorunların tedavisinde yararlı olabilmektedir. (59,62,63).

BB hastalarında kendinelik ile kalıntı duygudurum belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen 100 BB hastasının dahil edildiği bir tez çalışmasında depresyon ve anksiyete belirtilerinin, daha düşük kendinelik ve daha düşük işlevsellikle ilişkili olduğu saptanmıştır (64). 97 ötimik BB tip 1 hastanın dahil edildiği bir çalışmada kendinelik düzeylerinin atak sıklığı, tedavi uyumu ve içgörü düzeyi ile ilişkisi incelenmiş ve kendinelik düzeyi yüksek olan hastalarda tedavi uyum düzeylerinin yüksek olduğu fakat kendineliğin atak sıklığı üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur (65).

Kendinelik pratiği uygulayan kişilerin, zorlu yaşam olaylarını yönetirken daha az refleksif duygusal reaksiyon (fizyolojik reaktivite), daha az irritabilite, daha az ruminatif düşünce ve davranış sergiledikleri ve olumsuz duygu durumlarının azaldığı gösterilmiştir (66). Bipolar bozukluk hastalarında kendinelik temelli bilişsel terapinin etkilerinin incelendiği, 12 çalışmanın dahil edildiği bir derlemede terapinin depresyon, kaygı, manik ve hipomanik semptomlar üzerindeki etkisinin çelişkili olduğu görülmüştür (67). Bipolar bozukluk hastalarında kendinelik temelli bilişsel terapinin etkilerinin incelendiği 13 çalışmanın dahil edildiği bir başka sistematik derlemede haftada en az 3 gün kendinelik pratiği yapmanın depresyon skorlarında ve anksiyete düzeylerinde iyileşme sağladığı saptanmıştır (68).

2.4.3. Kendinlik ve Evlilik Doyumu

Kendindeligin, yakin iliskilerde (ornegin evlilik) doyumu artirdigi, calismalarla ortaya konulmustur (69). Barnes, Brown, Krusemark, Campbell ve Rogge tarafından yapilan ve kendindeligin evlilik doyumu ile iliski stresindeki rolunu irdeleyen iki basamakli bir calismada, kendindeligin evlilik doyumunu artirdigi ve iliski stresine verilen olumlu tepkileri desteklediği açıkça gsterilmiştir. Kendinlik düzeyi yüksek bireylerin, iliskisel stres durumlarında etkili iletisim kurma ve uyarlanabilir tepki verme becerilerinin daha gelismis olduğu belirtilmiştir (70).

Kendindeligin evlilik doyumunu artirdigi ve evliliğin devamlılığını sağlamada etkili olduğuna dair gürüşler bulunmaktadır (71).

2.5. EVLİLİKTE KENDİNDELİK

2.5.1. Evlilikte Kendinliğe İlişkin Genel Bilgiler

Kişilerarası kendinlik, bireyin iletisim esnasında karşısındaki bireyi tam bir dikkatle dinlemesi, her iki tarafın duygularının farkında olması hem kendisinin hem de karşısındaki bireyin duygu ve düşüncelerini yargılamadan benimsemesi ve bu durumlara dürtüsel tepkiler vermeden, kendini regüle ederek yanıt verebilmesidir. Bu nitelikleriyle, kişilerarası kendindeligin, bireyin salt kendi içsel farkındalığına dayanan kendinlikten farklılaştığı söylenebilir. Kişilerarası kendinlik, bireyin sosyal etkileşimlerde daha empatik, anlayışlı ve etkili olmasını sağlayarak, iliskilerin kalitesini artırmaya katkıda bulunur (10).

Kendinlik, kişilerarası etkileşim sırasında olayları eşin perspektifinden değerlendirebilmeyi ve eşin duygularıyla derin bir bağ kurabilmeyi destekler. Kendinlik düzeyi yüksek bireyler, başkalarının bakış açılarını anlayabilir, sohbetlere daha açık bir şekilde katılabilir, duygularının etkisiyle daha az hareket eder ve çatışma ile anlaşmazlıkları daha geniş bir bakış açısıyla değerlendirebilirler. Bu durum, yakın arkadaşlar, iş arkadaşları ve aile üyeleri gibi bireylerle olan sosyal etkileşimleri ve kişilerarası iliskilerde etkili iletisim kurma becerisini olumlu yönde etkiler (42).

Laurent, Hertz, Nelson ve Laurent, tartışma esnasında durum farkındalığının, olumsuz eş davranışlarına karşı kortizol seviyelerinde daha hızlı düzelme sağladığını ve bu durumun, kişilerarası çatışma sırasında kendindeligin duygu düzenleme kapasitesini artırabileceğini öne sürmüştür. Bu çerçevede, kendindeligin ölçülmesinin, kişilerarası etkileşim biçimlerindeki boylamsal değişiklikleri değerlendirmede yetersiz kalabileceği

belirtilmiştir. Dolayısıyla, birebir kişilerarası kendinelik düzeyinin ölçülmesi, bu tür süreçleri değerlendirmek için en doğru yaklaşım olarak değerlendirilebilir (72).

Evlilikte kendinelik, literatürde içsel ve kişilerarası farkındalığın eşler üzerindeki olası etkileri üzerinden ele alınmıştır, başlı başına evlilikte kendinelikliğin işlendiği çalışma sayısı oldukça azdır.

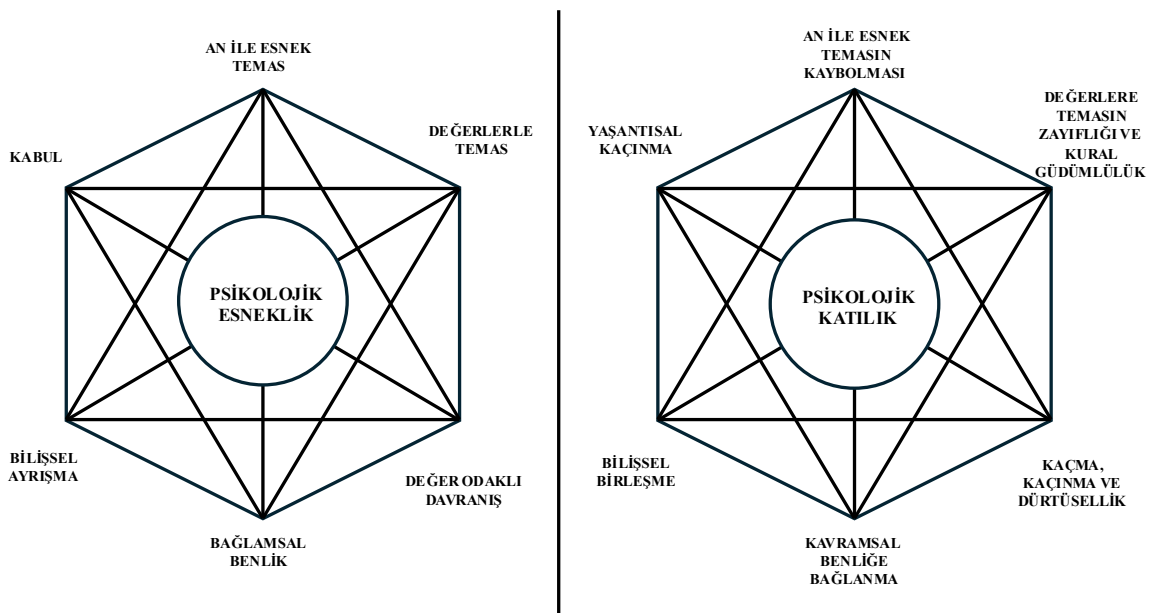
Çiftlerin dahil edildiği randomize bir klinik araştırmada, ilişki stresi bulunmayan çiftler sekiz haftalık kendinelik temelli ilişki geliştirme programına katılmışlardır. Bu müdahale neticesinde, çiftlerin ilişki doyumlarının, birbirlerine yönelik duygusal yakınlıklarının ve eş kabullerinin pozitif yönde etkilendiği ortaya konulmuştur (73).

2.6. PSİKOLOJİK ESNEKLİK

2.6.1. Psikolojik Esnekliğe İlişkin Genel Bilgiler

Psikolojik esneklik, bağlamsal davranış bilimleri (CBS- Contextual Behavioral Science) yaklaşımı doğrultusunda, süreç odaklı geliştirilen bir modeldir.

Psikolojik esneklik, bireyin duygularını, düşüncelerini ve bağlamsal unsurları bulunduğu an içinde fark edip gözlemleyebilmesi, onlarla esnek bir ilişki kurabilmesi ve bu doğrultuda anlamlı bir yaşam sürmeye yönelik adımlar atabilmesi, bu konuda işlevsel bir davranış repertuarına sahip olmasıdır (74). Psikolojik esneklik birbirleriyle iç içe geçtiği ve kesin sınırlarla ayrılmadığı düşünülen altı temel bileşenden oluşur: Kabul, Bilişsel Ayrışma, An ile Esnek Temas, Bağlamsal Benlik, Değerlerle Temas ve Değer Odaklı Davranış (Şekil 2.1.) (75,76).



Şekil 2.1. Psikolojik Esneklik Modeli ve Psikolojik Katılık Modeli

Kabul; kişinin zorlayıcı içsel yaşantılarına aktif, istemli ve bilinçli bir şekilde yer açması, onları değiştirmeye çalışmadan deneyimlemeye gönüllü olmasıdır.(77). Bilişsel ayırma; düşüncelerimize kapılmadan, onların zihnimizden gelip geçmesine izin vermek anlamına gelir. An ile esnek temas; içinde bulunulan anla bilinçli bir şekilde temas kurmak ve bunaltıcı içsel yaşantılarla mücadele edip kaybolmak yerine, yaşanan deneyimlerin tam anlamıyla farkında olmaktır. Bağlamsal benlik; düşünce ve duyguları gözlemleyebildiğimiz bir "izleme noktası" ve aşkın bir benlik algısıdır. Değerler, yaşamın akışı içinde bize rehberlik eden ve motivasyon sağlayan temel prensiplerdir. Değer odaklı davranış; zorlu durumlara kolayca uyum sağlayabilen, gerektiğinde işleyiş biçimini değiştirebilen ya da tutarlı olarak devam edebilen ve her zaman değerlerimiz doğrultusunda ne gerekiyorsa onu ortaya koyan bir yapıdadır (78).

2.7. PSİKOLOJİK KATILIK

2.7.1. Psikolojik Katılığa İlişkin Genel Bilgiler

Psikolojik katılık, bireyin duygu ve düşünceleriyle birleşme halinde olması, bağlamsal unsurları bilinçli bir şekilde fark edememesi ve bunun sonucunda sınırlı bir davranış repertuarına sahip olarak anlamlı bir yaşam sürmeye yönelik adımlar atmaktan uzak kalması olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram, altı alt boyutta ele alınmaktadır: Bilişsel Birleşme, Yaşantısal Kaçınma, An ile Esnek Temasın Kaybolması, Kavramsal Benliğe Bağlanma, Değerlere Temasın Zayıflığı ve Kural Güdümlülük, Kaçma, Kaçınma ve Dürtüsellik (Şekil 2.6.1.) (79).

Bilişsel birleşme; bireyin zihnini ve düşüncelerini ayrı bir fenomen olarak görememesi durumudur. Kişi bir düşünceye sahip olduğunda, onu yalnızca bir "düşünce" olarak tanımlayamaz ve onunla katı bir ilişki kurar. Sonuç olarak, düşünceler bireyin davranışları üzerinde her zaman belirleyici bir faktör haline gelir (79). Yaşantısal kaçınma; istenmeyen duygu, düşünce veya kişisel deneyimlerden uzak durma ya da onlardan tamamen kurtulmaya çalışma eğilimidir. Bu kavram, psikolojik esnekliğin temel bileşenlerinden biri olan "Kabul"ün tam karşıtı olarak değerlendirilmektedir (75,78). An ile esnek temasın kaybolması; bireyin içinde bulunduğu andaki içsel ve dışsal yaşantılarla bilinçli bir şekilde temas kuramaması ve bağlamsal unsurların farkındalığını yitirmesi olarak tanımlanabilir. Kavramsal benliğe bağlanma; bireyin kendine dair yaptığı değerlendirmeler ve atfettiği etiketlerdir. Psikolojik katılığa bakan tarafı ise, bireyin bu değerlendirme ve etiketlere bilişsel birleşmede olduğu gibi katı bir şekilde bağlanması ve bu benlik kavramının davranışlarını belirlemesidir. Kaçma, kaçınma ve dürtüsellik; bireyin olumsuz olarak

değerlendirdiği içsel yaşantılardan uzaklaşmaya yönelik davranışlar sergilemesidir. Bu durum, bireyin yaşamını kısıtlayıcı veya olumsuz etkileyici sonuçlar doğurmasına rağmen devam edebilir. Psikolojik katılık, kişinin anlamlı bir hayat yaşamasını, bu doğrultuda planlar yapıp kararlar almasını ve değer doğrultusunda adımları atmasını engelleyerek onu bu süreçten alıkoymaktadır (79).

2.7.2. Psikiyatrik Tanılar ve Psikolojik Katılık

Psikolojik katılığın bir alt boyutu olan yaşantısal kaçınmanın, çeşitli psikopatolojilerle ilişkili olduğu bilimsel çalışmalarla ortaya konmuştur (80). Psikolojik katılığın depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve trikotilomani gibi farklı psikopatolojilerle olan ilişkisi çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (81–84).

Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada, 110 şizofreni tanılı hasta ve kontrol grubunun psikolojik katılık düzeyleri incelenmiş; şizofreni tanılı grupta psikolojik katılığın daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (85).

Bipolar bozukluk tanılı grubunda psikolojik esneklik düzeylerine ilişkin yapılan bir çalışmada, bipolar bozukluk tanısı alan bireyler ile sağlıklı bireyler karşılaştırılmış ve bipolar bozukluk grubunda psikolojik katılığın anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (86).

2.7.3. Psikolojik Katılık ve Evlilik Doyumu

Psikolojik esnekliğin, romantik ilişkilerde doyum düzeyi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (87). 95'i romantik ilişki, 101'i aile örnekleme ve 7'si hem romantik ilişki hem de aile işlevselliğini değerlendiren olmak üzere toplam 203 ayrı örnekleme temsil eden 174 makaleden oluşan bir meta-analizde, psikolojik katılığın düşük romantik ilişki doyumunu, düşük cinsel doyum, fiziksel şiddet, bağlanma anksiyetesi ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (14). 28 gazi eşi gönüllü kadınının katıldığı kendinelik odaklı terapi programının uygulandığı randomize kontrollü bir çalışmada, katılımcılara 2 ay boyunca toplam 8 seans terapi verilmiş ve sonuçta psikolojik esneklik ile evlilik doyum düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı ölçüde arttığı tespit edilmiştir (88).

2.8. DAMGALANMA

Damgalama kelimesinin kökenini oluşturan “damga” veya orijinal haliyle “stigma”, Antik Yunan toplumunda köleleri veya suçluları işaretlemek için kullanılan ve "leke" anlamına gelen bir sözcük olarak ortaya çıkmıştır. Damga, kişiyi diğer insanlardan

ayrıştırıran, itibarsızlaştıran, küçük düşüren bir işarettir (89). Günümüzde damgalama terimi daha geniş bir anlamda kullanılmakta olup hem damgalayan kişinin hem de damgalanan bireyin davranış, tutum ve düşüncelerine atıfta bulunmaktadır (90).

Damgalama, bazı yayınlarda üç seviyede sınıflandırılmıştır: yapısal, sosyal ve bireysel (kendini damgalama- *self-stigma*). Yapısal damgalama, resmi idareler tarafından yapılan damgalamayı, sosyal damgalama ise sosyal yapılar tarafından gerçekleştirilen damgalamayı ifade eder. Kendini damgalama ise bireyin kendisi tarafından yapılan damgalamadır. Damgalamanın kişi üzerindeki etkilerinin çoğu, kendini damgalama (*self-stigma*) ve algılanan damgalama (*perceived stigma*) ile açıklanabilir (91). Algılanan damgalama, bireyin maruz kaldığı olumsuz tutumlar ve dışlanma nedeniyle veya herhangi bir dış faktör olmaksızın, damgalanmışlık hissi taşıması durumudur (92). Kendini damgalama, bireyin toplumdaki olumsuz düşünceleri ve önyargıları kabul etmesi ve buna bağlı olarak hissettiği zorlayıcı duygularla birlikte bir dizi kaçınma davranışı sergilemesidir (93).

Damgalama, bazı hasta gruplarına yönelik toplumun olumsuz tutum geliştirmesinden, bu bireylerin toplumdaki dışlanmasına kadar uzanan bir dizi davranış olarak tanımlanabilir (94). Ruhsal bozukluklarda damgalama yaygın olarak görülmektedir (95). 19. yüzyılda akıl hastalıkları tedavisinin ana sağlık hizmetlerinden ayrışmasıyla birlikte bu tutumun daha belirgin ve yaygın hale geldiği söylenebilir (91). Ancak, bu kavram ilk olarak 20. yüzyılın ortalarında Amerikalı sosyolog Erving Goffman tarafından bilimsel araştırmalara konu edilmiş ve 1970'lerde deneysel bir zeminde incelenmeye başlanmıştır (96). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalamanın özellikle acı ve yıkıcı etkisi, bu bireylerde toplumun bir parçası olmadıkları duygusunu yaratmasıdır. Toplumda korkulması gereken, sorumsuz ve yardıma muhtaç olarak görülen ruhsal hastalığa sahip bireyler, kendilerine yönelik bu inanç ve önyargılar nedeniyle, hastalıklarının yüküyle baş etmek zorunda kalırken, bir de bu ayrımcılıkla mücadele etmek durumunda kalmaktadır. Stigma, çoklu düzeylerde (bireysel, kurumsal, toplumsal ve bölgesel) ele alınması ve üstesinden gelmesi gereken küresel bir sorun olarak kabul edilmektedir (97).

2.9. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA

2.9.1. İçselleştirilmiş Damgalanmaya İlişkin Genel Bilgiler

İçselleştirilmiş damgalama ya da öz damgalama, toplumun genel olarak benimsediği tehlikelilik, yetersizlik gibi damgalayıcı düşüncelerin, ruhsal hastalığı olan birey tarafından kabul edilmesi durumudur. İçselleştirilmiş damgalama, kişinin geliştirdiği ve inandığı,

gerçekte doğru olmayan inançların (örneğin, "başkaları için tehlikeliyim" ya da "kendi hayatımı yönetmede yetersizim") içeriği olarak tanımlanır (98). İçselleştirilmiş damgalama, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumda var olan damgalamayla başa çıkmalarını zorlaştırmaktadır. Toplumdaki damgalamanın birey tarafından benimsenmesi, kişinin ciddi şekilde örselenmesine ve psikolojik olarak olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır (99).

2.9.2. Psikiyatrik Tanılar ve İçselleştirilmiş Damgalanma

Birçok ruhsal hastalıkta olduğu gibi, bipolar bozuklukta da içselleştirilmiş damgalama yaygın olarak görülmektedir (100–102). Yapılan araştırmalarda, bipolar bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin psikotik bozukluklara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir (100,103,104). Şizofreni hastalığının sürekli olması ve psikotik belirtilerinin daha ağır olması buna karşın bipolar bozukluğun ataklar halinde olması, aradaki iyilik dönemlerinde hastaların günlük rutinlerini daha rahat sürdürmesi içselleştirilmiş damgalanmanın şizofreni hastalarında daha yüksek olmasının bir nedeni olabilir (105).

Bipolar bozukluk hastalarında yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanmanın, daha kısa remisyon süreleri, zayıf sosyal destek, tedaviye uyumsuzluk ve artan işlevsellik kaybı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (103). Ruhsal hastalıklar genelinde ise içselleştirilmiş damgalanmanın, yetersizlik ve utanma duygularının artmasına, sosyal ve mesleki işlevsellikte azalmaya ve toplumdan geri çekilmeye yol açtığı gösterilmiştir (106).

2.9.3. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Evlilik Doyumu Arasındaki İlişki

İçselleştirilmiş damgalanmanın, bireyin mesleki, sosyal ve yakın ilişkilerdeki işlevselliğini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (107). Hançer ve arkadaşlarının bipolar bozukluk tanılı 200 kadın hasta ile gerçekleştirdiği bir çalışmada, içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin artmasının, evlilik uyumunu bozduğu ve aile işlevlerini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (12). Bipolar bozuklukta aile işlevleri ve ilişki doyumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkinin incelendiği farklı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (100,108). Depresyon tanısı ile izlenen 120 hastanın katıldığı bir çalışmada, içselleştirilmiş damgalanma ile evlilik doyumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmış; ayrıca bu ilişkide eş desteği düzeyinin (spousal support) aracı değişken olarak rol oynadığı gösterilmiştir (109).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ

Bu tez çalışmasının temel amacı, ötimik dönemdeki bipolar bozukluk hastalarında evlilik doyumu ve evlilikte kendinlikle ilişkili psikolojik faktörlerin belirlenmesidir. Evlilik doyumu ve evlilikte kendinlikle psikolojik esneklik, içselleştirilmiş damgalanma, tedavi uyumu arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bu faktörlerin evlilik doyumu ve evlilikte kendinlik üzerindeki yordayıcı etkileri değerlendirilmiştir. Çalışma, kesitsel ve analitik bir desen kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Kesitsel tasarım, belli bir zaman diliminde katılımcılardan elde edilen verilerin analiz edilmesini sağlar. Analitik yaklaşım ise faktörler arasındaki ilişkileri ve etkileri belirlemeye odaklanır. Araştırmada kullanılan psikometrik ölçekler ve sosyodemografik formlar, evlilik doyumu ile bağlantılı değişkenlerin kapsamını ve derinlemesine analizini olanaklı kılmıştır. Bu yaklaşımla hem bireysel hem de çevresel faktörler ele alınmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

- Ötimik dönemdeki bipolar bozukluk hastalarında evlilikte kendinliği daha yüksek olan bireylerin evlilik doyumu daha yüksektir.
- Ötimik dönemdeki bipolar bozukluk hastalarında psikolojik esnekliği daha yüksek olan bireylerin evlilik doyumu daha yüksektir.
- Ötimik dönemdeki bipolar bozukluk hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyi daha düşük olan bireylerin evlilik doyumu daha yüksektir.
- Ötimik dönemdeki bipolar bozukluk hastalarında psikolojik esnekliğin yüksek düzeyleri, içselleştirilmiş damgalanmanın düşük düzeyleri, tedaviye uyumun yüksekliği evlilik doyumunun yüksek düzeylerini yordar.
- Ötimik dönemdeki bipolar bozukluk hastalarında psikolojik esnekliğin yüksek düzeyleri, içselleştirilmiş damgalanmanın düşük düzeyleri, tedaviye uyumun yüksekliği evlilikte kendinliğin yüksek düzeylerini yordar.

3.3. ÖRNEKLEM VE ARAŞTIRMA EVRENİ

Bu çalışmanın örnekleme, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne son bir yıl içinde başvurmuş ve ICD-10 F31 (Bipolar Bozukluk) ve alt kırılım tanı kodlarına sahip muayeneler üzerinden belirlenmiştir. Yapılan taramada, toplam 1906 muayene kaydına ulaşılmış olup, bu kayıtlara karşılık gelen 470 tekil hasta tespit edilmiştir. Katılımcıların yaş aralığı kriteri (18-65 yaş) uygulandığında 415 hasta uygun bulunmuştur. Medeni durumları incelendiğinde, bu popülasyon içinde 73 boşanmış/dul, 168 bekar ve 174 evli hasta olduğu saptanmıştır.

Poliklinik randevu listeleri günlük olarak analiz edilmiş ve demografik kriterlere uygun olduğu belirlenen evli bireylere telefon aracılığıyla ulaşım sağlanarak çalışmaya davet edilmişlerdir. Başlangıçta evli olduğu tespit edilen 174 bireyden; 4'ü valproik asit kullanan ve birincil tanısı bipolar bozukluk olmayan hastalar olması nedeniyle, 23'ü aramalara rağmen ulaşamadığı için, 6'sı Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) puanlarının ötimik dönem kriterlerini karşılamaması nedeniyle (depresyon ölçek puan yüksekliği), 1'i manik dönemde olduğu için, 45'i çalışmaya katılmayı kabul etmediği için, 13'ü telefon görüşmesinde katılmayı kabul etmesine rağmen çalışmaya gelmediği için dışlanmıştır. Sonuç olarak, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve aşağıda belirtilen ölçütleri karşılayan 82 evli bipolar tanılı hasta araştırmaya dahil edilmiştir. Katılımcı şeması Şekil 3.1.'de gösterilmiştir.

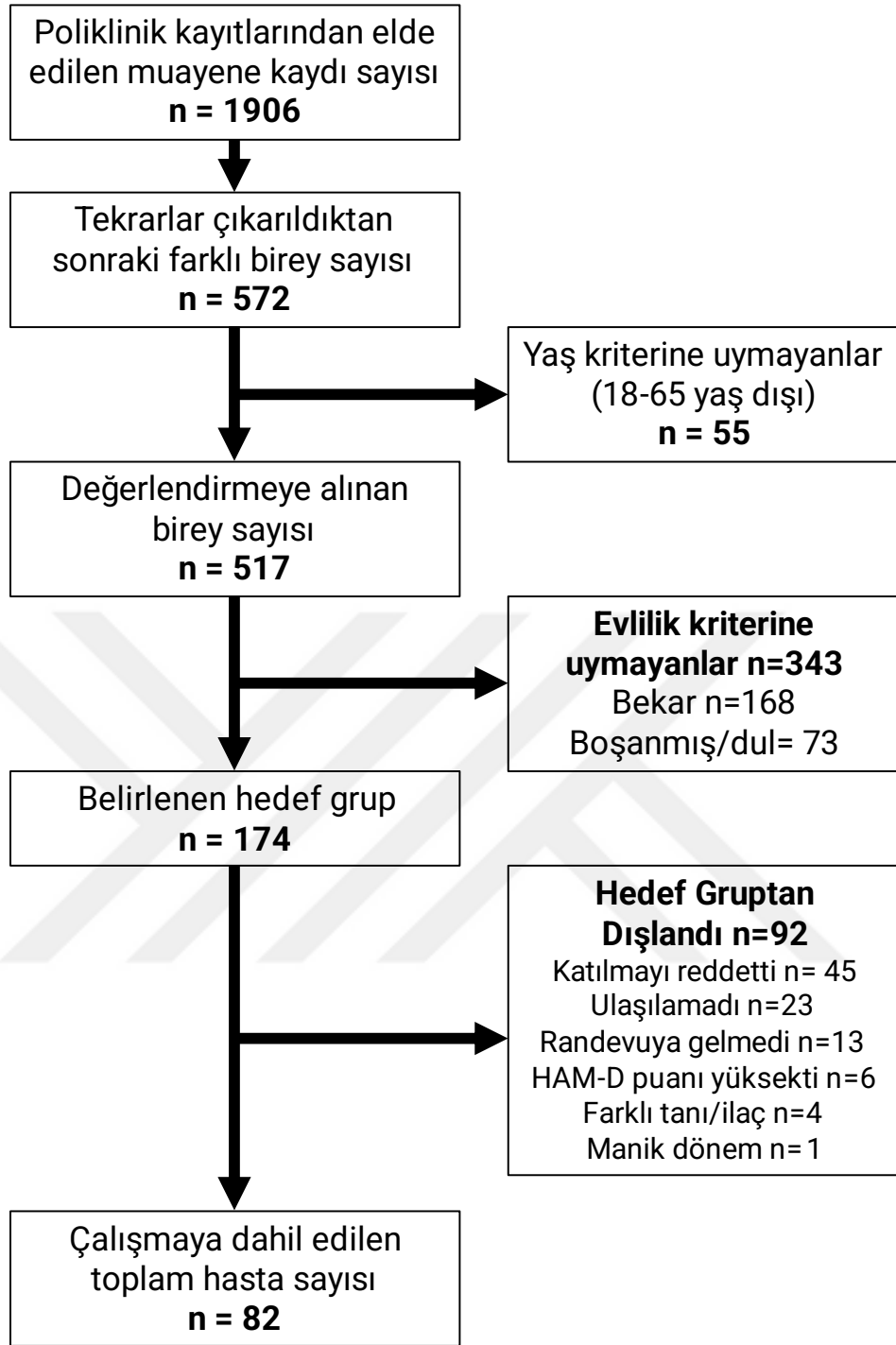
3.3.1. Dahil Edilme Kriterleri

- 18-65 yaş arasında olmak.
- En az bir yıldır evli olmak.
- İstanbul Medeniyet Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi psikiyatri polikliniğinde takipli olmak.
- DSM-5 kriterlerine göre bipolar bozukluk tanısı almak.
- Ötimik dönemde bulunmak (Young Mani Ölçeği'nde 5 puanın altında ve Hamilton Depresyon Ölçeği'nde 7 puanın altında).
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek ve yazılı onam vermek.

3.3.2. Dışlama Kriterleri

- Araştırma envanterini dolduramayacak zihinsel yetersizlik veya majör nörolojik defisitler.
- Psikotik bozukluk, Şizoafektif bozukluk veya madde kullanım bozukluğu tanıları.
- Herhangi bir duygudurum epizodunda bulunmak.
- Young Mani Ölçeği'nde 5 puan ve üstünde ve Hamilton Depresyon Ölçeği'nde 7 puan ve üstünde almak





Şekil 3.1. Katılımcı Akış Şeması

3.4. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Ötimik dönemdeki bipolar bozukluk hastalarının evlilik doyumunu etkileyen psikolojik ve sosyal faktörleri kapsamlı bir şekilde değerlendirmek amacıyla Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EBFÖ), Evlilik Yaşam Ölçeği (EYÖ), Kabul ve Eylem Formu-2 (KEF-2), Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ-8) ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) gibi çeşitli veri toplama araçları kullanılmıştır. Bu araçlar, nicel araştırma yöntemine uygun olarak, yüz yüze görüşme

yöntemiyle uygulanmış ve katılımcıların hem genel ruhsal durumlarını hem de evlilik ilişkilerine dair algılarını derinlemesine incelemeyi mümkün kılmıştır. Katılımcıların ötimik dönemde oldukları araştırmacı tarafından uygulanan Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMÖ) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ile teyit edilmiş ve DSM-V için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV) ile psikiyatrik tanıları doğrulanmıştır. Veri toplama araçları, alanında yaygın olarak kullanılan ve psikometrik özellikleri incelenmiş ölçeklerden ve araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik bilgi formundan oluşmaktadır. Veri toplama işlemleri, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde, araştırmacı tarafından, poliklinik ortamında, bireysel görüşmeler şeklinde gerçekleştirilmiştir. Her bir görüşme, katılımcı için uygun, sessiz ve rahat bir odada yapılmış ve ortalama 80 dakika sürmüştür. Görüşmeler öncesinde, araştırmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri titizlikle değerlendirilmiş, kriterlere uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan yazılı aydınlatılmış gönüllü olur formu alınmıştır. Böylelikle, katılımcıların ruhsal durumları, evlilik ilişkilerine yönelik kendinelikleri, evlilik doyumu düzeyleri, psikolojik esneklik düzeyleri, tedaviye uyumları ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri hakkında detaylı ve güvenilir veriler elde edilmesi hedeflenmiştir.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form, çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerini ve klinik geçmişlerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından özgün olarak yapılandırılmıştır. Formda, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, vardiyalı çalışma durumu, algılanan sosyoekonomik düzey, çocuk sayısı, evlilik biçimi ve süresi gibi demografik bilgiler yer almaktadır. Ayrıca, kronik hastalık varlığı, bipolar bozukluk tanısı sonrası geçen süre, hastalığın başlangıç yaşı, hastane yatış sayısı, kullanılan ilaçlar ve yan etkileri, alkol ve sigara kullanımı gibi klinik parametreler de sorgulanmıştır. Form, yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından doldurulmuştur (EK-1).

3.5.2. Young Mani Ölçeği (YMÖ)

Young Mani Ölçeği (YMÖ), bipolar bozuklukta mani ve hipomani ataklarının şiddetini klinik olarak değerlendiren 11 maddelik bir derecelendirme ölçeğidir. Her madde 0 ile 4 arasında puanlanır ve toplam puan 0 ile 60 arasında değişir. Puan aralıkları 0-7 (normal), 8-15 (hafif mani/hipomani), 16-24 (orta mani), 25-39 (şiddetli mani) ve 40 ve üzeri (çok şiddetli mani) olarak belirlenmiştir. Ölçek, manik hastalıklarda kullanılan Beigel ve

Petterson ölçeğine alternatif olarak geliştirilmiş ve orijinal makalesi 1978 yılında Young ve arkadaşları tarafından yayımlanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmış, iç tutarlılık (Cronbach alfa) katsayısı %79 olarak bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyonları 0,407 ile 0,847 arasında değişmekte olup, ölçeğin güvenilir ve geçerli bir araç olduğu gösterilmiştir (EK-2).

3.5.3. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), depresyonun şiddetini ve belirtilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, klinisyen tarafından uygulanan bir derecelendirme ölçeğidir. Ölçek, somatik ve psikolojik belirtileri kapsar. Puanlama 0 ile 4 arasında olup, toplam puan 0-13 arası depresyon yokluğunu, 14-27 arası hafif, 28-41 arası orta ve 42-53 arası şiddetli depresyonu işaret eder. Ölçek puanlarında %50'lik bir azalma tedaviye yanıt olarak yorumlanır. Orijinal makalesi 1960 yılında Hamilton M.A. tarafından yayımlanmıştır. Ölçeğin orijinal güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 2004 yılında Bagby ve arkadaşları tarafından incelenmiş, iç tutarlılık (Cronbach alfa) değeri 0,46 ile 0,92 arasında değişen makalelerde ortalama 0,70'in üzerinde bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği katsayıları 0,81 ile 0,98 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmış, test-tekrar test güvenilirliği 0,85, iç tutarlılık katsayısı 0,75 olarak belirlenmiştir (EK-3).

3.5.4.DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV)

DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV), DSM-5 tanı ölçütlerine göre psikiyatrik bozuklukları teşhis etmek amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme aracıdır. Toplam 10 modülden oluşur ve 32 tanısal kategori için detaylı, 17 tanısal kategori için ise araştırmacı sorular içerir. Duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, madde kullanım bozuklukları, kaygı bozuklukları (panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu), obsesif-kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu gibi birçok durumu değerlendirir. Görüşme, ağır bilişsel yetersizliği veya şiddetli psikotik belirtileri olmayan 18 yaş ve üzeri bireylere uygulanır. Bilgiler bireyin kendisi, ailesi ve tıbbi kayıtlardan elde edilebilir. Ortalama uygulama süresi 40-60 dakikadır. SCID-5-CV'nin Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması yapılmış olup, klinik pratikte ve araştırmalarda güvenilir bir şekilde kullanılabileceği gösterilmiştir (EK-4).

3.5.5. Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EBFÖ)

Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EBFÖ), evli bireylerin eşleriyle olan ilişkilerinde sergiledikleri kişilerarası kendinelik düzeyini ölçen 12 maddelik, tek faktörlü bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 5'li Likert tipinde (1: Hiçbir zaman- 5: Her zaman) puanlanır ve iki ters madde (8. ve 10. maddeler) içerir. Alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 60'tır. Yüksek puanlar, bireyin evlilik ilişkisinde ve iletişimde daha yüksek kişilerarası kendinelik düzeyine sahip olduğunu gösterir. Ölçeğin geliştirilmesi ve Türkçe geçerlilik/güvenilirlik çalışması 2018 yılında Erus ve Deniz tarafından yapılmıştır. EBFÖ'nün, Çift Uyum Ölçeği ile pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki ($r = 0,66$; $p < 0,01$) ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki ($r = 0,51$; $p < 0,01$) gösterdiği bulunmuştur. İç tutarlılık katsayıları (Cronbach alfa) 0,87 ve 0,85 olarak hesaplanmıştır (EK-5).

3.5.6. Evlilik Yaşam Ölçeği (EYÖ)

Evlilik Yaşam Ölçeği (EYÖ), eşlerin evlilik ilişkilerinden elde ettikleri genel doyum düzeyini ölçmek amacıyla Esin Tezer tarafından 1996 yılında Türkçe olarak geliştirilmiş 10 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, 5'li Likert tipinde ("kesinlikle katılmıyorum" (1) ile "kesinlikle katılıyorum" (5) arasında) derecelendirilir. Ölçekten alınabilecek puanlar 10 ile 50 arasında değişmektedir. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında, üç ay arayla uygulanan test-tekrar test katsayısı 0,85, iç tutarlılık (Cronbach alfa) katsayıları ise sırasıyla 0,91 ve 0,89 olarak bulunmuştur (EK-6).

3.5.7. Kabul ve Eylem Formu-2 (KEF-2)

Kabul ve Eylem Formu-2 (KEF-2), psikolojik esneklik ve kabul süreçlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 7 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Puanlama 1 (Hiçbir zaman doğru değil) ile 7 (Daima doğru) arasında yapılır. 25 puan ve üzeri, psikolojik esneklik düzeyinde azalmayı gösterir. Ölçeğin orijinal çalışması 2011 yılında Bond ve arkadaşları tarafından yayımlanmış, ortalama Cronbach alfa katsayısı %0,84 (0,78-0,88 aralığında) olarak saptanmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2016 yılında Yavuz ve arkadaşları tarafından yapılmış, iç tutarlılık katsayısı 0,84 ve 60 günlük test-tekrar test güvenilirliği 0,85 olarak tespit edilmiştir (EK-7).

3.5.8. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ-8)

Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ-8), hastaların tedaviye uyum düzeylerini değerlendiren 8 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Toplam puan 0 ile 8 arasında olup; 8

puan yüksek uyumu, 7 veya 6 puan orta düzey uyumu ve 6 puandan düşük puanlar düşük uyumu yansıtmaktadır. Orijinal makalesi 2008 yılında Morisky ve arkadaşları tarafından hipertansiyon hastaları için yayımlanmış, ancak daha sonra geri çekilmiştir. Buna rağmen, ölçek birçok dilde uyarlanmış ve farklı hastalık gruplarında iyi test-tekrar güvenilirliği ve kabul edilebilir duyarlılık ve özgüllük değerlerine sahip olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 2014 yılında Sayiner tarafından diyabetes mellitus hastalarında yapılmış, iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0,782 olarak bulunmuştur (EK-8).

3.5.9. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumsal damgalayıcı düşünceleri içselleştirmesiyle ortaya çıkan "öz damgalanma" deneyimini değerlendiren 29 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 4'lü Likert tipinde ("Kesinlikle aynı fikirde değilim" (1) ile "Kesinlikle aynı fikirdeyim" (4) arasında) yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 29 ile 97 arasında değişmekle birlikte (orijinalde 4-91), yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının daha şiddetli olduğunu gösterir. RHİDÖ beş alt boyuttan oluşur: Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç. Orijinal çalışması 2003 yılında Ritsher ve arkadaşları tarafından yayımlanmış, Cronbach alfa katsayısı 0,90 ve test-tekrar test güvenilirliği 0,92 olarak bildirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2007 yılında Ersoy ve Varan tarafından yapılmış, alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları 0,63 ile 0,87 arasında değişirken, tüm ölçek için bu değer 0,93 olarak hesaplanmıştır (EK-9).

3.6. VERİ ANALİZİ

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde nicel veri çözümleme teknikleri kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kapsamında; frekans (n), yüzde (%), aritmetik ortalama (Ort.), standart sapma (SS), minimum ve maksimum değerler hesaplanarak çalışmaya katılan bireylerin demografik ve klinik özellikleri ayrıntılı olarak tasvir edilmiştir. Sürekli değişkenlerin dağılımı değerlendirilirken parametrik varsayımlara dikkat edilmiş, normallik analizlerinin neticesinde uygun istatistiksel testlerin tercih edilmesine özen gösterilmiştir. Buna ek olarak katılımcı sayısı yetersiz olan (n<30) değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H testleri; normal dağılım gösteren ve katılımcı sayısı yeterli olan sürekli verilerin (n>30, EBFÖ, EYÖ, KEF-2, MTUÖ ve RHİDÖ) gruplar arasında karşılaştırılmasında ise Bağımsız Gruplar t testi kullanılmıştır.

Gruplar arası mukayeselerde medyan (Med.), çeyrekler arası değerler (Q1-Q3), ortalamalar ve standart sapmalar detaylı bir şekilde raporlanmıştır.

Araştırmada değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Bu analiz kapsamında sürekli değişkenlerin birbirleriyle olan doğrusal ilişkileri incelenmiş ve istatistiksel anlamlılık düzeyleri ($p < 0,05$) temel alınmıştır. Özellikle EBFÖ, EYÖ, KEF-2, MTUÖ ve RHİDÖ gibi temel ölçek puanlarının birbirleriyle olan ilişkileri korelasyon katsayıları (r) aracılığıyla detaylandırılmıştır.

Değişkenlerin yordayıcı gücünü test etmek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. Bu analizlerde, bağımlı değişken olarak sırasıyla EBFÖ ve EYÖ puanları ele alınmış, bağımsız değişkenler ise adım adım modele dahil edilerek modelin açıklayıcılığı (R^2), standartlaştırılmış beta katsayıları (β), t değerleri ve anlamlılık düzeyleri üzerinden değerlendirilmiştir. Doğrusal hiyerarşik regresyon analizine geçilmeden önce model varsayımları kontrol edilmiştir. Normallik, çoklu doğrusal bağlantı ($VIF < 10$), hata terimlerinin bağımsızlığı ve sabit varyans varsayımları istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiş; analizlerin doğru varsayımlar altında yürütüldüğü doğrulanmıştır. Modele alınan değişkenlerin sıralaması aşamalı regresyon (stepwise) yaklaşımıyla yapılmış, her bir modelde değişkenlerin katkısı ayrı ayrı test edilmiştir. Bu sayede hangi değişkenlerin EBFÖ ve EYÖ üzerinde anlamlı bir etki gösterdiği, hangi değişkenlerin etkisinin anlamlı olmadığı belirlenmiş ve modelin istatistiksel geçerliliği ayrıntılı biçimde raporlanmıştır.

Araştırmada verilerin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek amacıyla basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerlerinden yararlanılmıştır. Bu kapsamda, ± 1.5 aralığında yer alan değişkenlerin normal dağıldığı kabul edilmiştir. Böylece her değişkenin dağılım yapısına uygun istatistiksel testlerin seçilmesi sağlanmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiş olup, bu sınır doğrultusunda yorumlamalar yapılmıştır. Elde edilen tüm veriler ve analizler, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) yazılımının 27.0 sürümü kullanılarak yürütülmüş ve sonuçlar sistematik biçimde raporlanmıştır.

3.7. ETİK HUSUSLAR

Bu tıpta uzmanlık tez çalışması, 6 Aralık 2024 ve 16 Mayıs 2025 tarihleri arasında veri toplama süreci tamamlanmış bir araştırmadır. Çalışma süresince, katılımcıların hakları ve güvenlikleri gözetilerek ilgili tüm etik ilkelere titizlikle uyulmuştur. Araştırma, Helsinki Bildirgesi (110) prensiplerine ve İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu'na (111) uygun olarak yürütülmüştür.

Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmıştır. Katılımcılar, çalışmaya dahil edilmeden önce, araştırmanın amacı, uygulama yöntemleri, tahmini süresi, potansiyel riskleri ve faydaları hakkında sözlü ve yazılı olarak detaylı bir şekilde bilgilendirilmişlerdir. Ayrıca, katılımcılara istedikleri zaman, herhangi bir sebep göstermeksizin ve herhangi bir yaptırıma maruz kalmaksızın çalışmadan ayrılacakları bilgisi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden her bireyden, aydınlatılmış gönüllü olur formu alınmıştır.

Katılımcıların kimlik bilgileri ve çalışmadan elde edilen tüm veriler tamamen gizli tutulmuş ve sadece araştırmacı tarafından erişilebilir olmuştur. Verilerin kaydedilmesi sürecinde Microsoft Excel (Microsoft 365) programından yararlanılmıştır. Katılımcılardan sosyodemografik veri formu aracılığıyla elde edilen isim ve soy isim bilgileri, katılım sırasına göre her bir katılımcıya özgü bir kod atanarak gizlenmiştir. Böylelikle, katılımcıların kimlik bilgilerinin gizliliği sağlanmış ve raporlama aşamasında kimliklerinin belirlenmesi önlenmiştir. Elde edilen veriler ve formlar, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda, şifre korumalı bilgisayarlarda ve kilitli dolaplarda güvenli bir şekilde muhafaza edilecektir.

Çalışma, İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 6 Aralık 2024 tarihinde E-10840098-202.3.02-7468 numarası ile onaylanmıştır.

3.8. ARAŞTIRMA BÜTÇESİ

Kullanılacak form ve ölçeklerin matbaa giderleri, kullanılacak kırtasiye sarfları ve lüzum halinde kullanılacak haberleşme masrafları dışında harcama kalemi bulunmamaktadır. İlgili giderler araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

4. BULGULAR

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amacına yönelik olarak belirlenen hipotezlerin test edilmesine ilişkin sonuçlar sunulmaktadır. Araştırmaya katılan BB tanılı bireylerin çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (n=53; %64,6), erkek katılımcı sayısı ise daha azdır (n=29; %35,4). Eğitim düzeyine bakıldığında, en yüksek oran üniversite mezunlarına aittir (n=34; %41,5), bunu lise mezunları (n=27; %32,9), ilkokul (n=14; %17,1) ve ortaokul mezunları (n=7; %8,5) takip etmektedir. Benzer şekilde eşlerin eğitim durumu da en çok üniversite mezunu (n=34; %41,5) grupta yoğunlaşmış, ardından lise (n=25; %30,5), ilkokul (n=15; %18,3) ve ortaokul (n=8; %9,8) gelmektedir. Meslek durumuna bakıldığında, katılımcıların büyük çoğunluğu çalışmamaktadır (n=35; %42,7), özel sektörde çalışanlar (n=28; %34,1), devlet memurları (n=12; %14,6) ve diğer meslek grubundakiler (n=7; %8,5) bunu izlemektedir. Buna ek olarak katılımcıların 6'sı (%7,3) vardiyalı çalıştığını ifade etmiştir.

Algılanan sosyoekonomik düzeye göre katılımcıların büyük bölümü kendilerini orta düzeyde tanımlamaktadır (n=69; %84,1). Düşük düzeyde algılayanların sayısı 9 (%11,0), yüksek düzeyde algılayanlar ise sadece 4 kişidir (%4,9). Katılımcıların çocuk sayısı dağılımında en yüksek oran iki çocuk sahibi olanlara aittir (n=28; %34,1), bunu sırasıyla bir çocuklu (n=25; %30,5), üç çocuklu (n=16; %19,5) ve çocuksuz katılımcılar (n=13; %15,9) takip etmektedir. Evlilik biçimine göre dağılımda, katılımcıların yarısından fazlası evliliğini aşk temelli kurduğunu belirtmiştir (n=43; %52,4), mantık evliliği yapanların oranı %24,4 (n=20) ve hem aşk hem mantık temelli evlilik yaptığını belirtenlerin oranı ise %23,2'dir (n=19). Evlilik süresi bakımından, çoğunluk 15 yıl ve üzeri evli olanlardan oluşmaktadır (n=57; %69,5). Bu grubu 5–9 yıl arası evli olanlar (n=13; %15,9), 1–4 yıl arası evli olanlar (n=7; %8,5) ve 10–14 yıl arası evliler (n=5; %6,1) takip etmektedir. Son olarak, katılımcıların yaşadığı kişiler incelendiğinde çoğunluk eş ve çocuklarla birlikte yaşamaktadır (n=75; %91,5). Ebeveyn ya da başka bireylerle yaşayanların oranı %7,3 (n=6) ve yalnızca 1 katılımcı (%1,2) eşinden ayrı yaşamaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 46,13±9,77 olup yaş aralığı 25 ile 65 arasındadır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan evli BB tanılı katılımcıların demografik özellikleri

		Ort.±SS.	Min.-Maks.
Yaş		46,13±9,77	25,00-65,00
		n	%
Cinsiyet	Kadın	53	64,6
	Erkek	29	35,4
Eğitim durumu	İlkokul	14	17,1
	Ortaokul	7	8,5
	Lise	27	32,9
	Lisans ve üstü	34	41,5
Eş eğitim durumu	İlkokul	15	18,3
	Ortaokul	8	9,8
	Lise	25	30,5
	Lisans ve üstü	34	41,5
Meslek	Devlet memuru	12	14,6
	Özel sektör	28	34,1
	Diğer	7	8,5
	Çalışmıyor	35	42,7
Vardiyalı çalışma durumu	Çalışmıyor	35	42,7
	Evet	6	7,3
	Hayır	41	50,0
Algılanan sosyoekonomik düzey	Düşük	9	11,0
	Orta	69	84,1
	Yüksek	4	4,9
Çocuk sayısı	0	13	15,9
	1	25	30,5
	2	28	34,1
	3 ve üzeri	16	19,5
Evlilik biçimi	Aşk	43	52,4
	Mantık	20	24,4
	Mantık ve aşk	19	23,2
Evlilik süresi	1-4	7	8,5
	5-9	13	15,9
	10-14	5	6,1
	15 yıl ve üzeri	57	69,5
Kimlerle yaşadığı	Eş ve çocuklar	75	91,5
	Eş ve ebeveyn ya da diğer aile üyeleri ile birlikte	6	7,3
	Eşten ayrı yaşıyor	1	1,2

Katılımcıların %39,0'ı (n=32) eşlik eden başka bir tıbbi hastalığa sahip olduğunu belirtirken, %61,0'ı (n=50) herhangi bir ek tıbbi hastalık bildirmemiştir. BB tanısı aldıktan sonra geçen süreye göre değerlendirildiğinde, büyük çoğunluğun tanıyı 5 yıl ve daha uzun süre önce aldığı görülmektedir (n=61; %74,4). Tanının üzerinden 3-5 yıl geçenler %14,6

(n=12), 1–3 yıl geçenler %7,3 (n=6) ve 6 ay–1 yıl arasında geçenler ise %3,7 (n=3) oranındadır. BB'nin başlama yaşına göre dağılımda en sık başlangıç 30–40 yaş aralığında görülmüştür (n=21; %25,6), ardından 18–25 yaş (n=19; %23,2), 40 yaş üzeri (n=18; %22,0), 25–30 yaş (n=15; %18,3) ve 18 yaş altı (n=9; %11,0) gelmektedir. Hastane yatış sayısına göre ise, katılımcıların %48,8'i (n=40) hiç yatış yaşamadığını belirtmiştir. Bir kez hastanede yatanların oranı %28,0 (n=23), iki ile beş kez yatanların oranı %22,0 (n=18) ve beşten fazla yatışı olanlar yalnızca %1,2'dir (n=1).

Katılımcıların %40,2'sinde (n=33) cinsel yan etkiler bildirirken, %59,8'i (n=49) bu tür bir yan etki yaşamadığını ifade etmiştir. Diğer (cinsel yan etki dışında) yan etkiler açısından da benzer bir dağılım gözlenmiş; %39,0'ı (n=32) bu tür yan etkiler yaşarken, %61,0'ı (n=50) herhangi bir yan etki bildirmemiştir. Alkol kullanımına ilişkin verilerde katılımcıların büyük çoğunluğunun alkol kullanmadığı görülmektedir (n=73; %89,0), alkol kullandığını belirtenlerin oranı ise %11,0'dir (n=9). Sigara kullanımında ise dağılım daha dengelidir; %48,8'i (n=40) sigara içtiğini, %51,2'si (n=42) ise sigara kullanmadığını belirtmiştir. Katılımcıların klinik özellikleri Tablo 4.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Araştırmada değerlendirilen BB tanılı vakaların klinik özellikleri

		n	%
Ek Tıbbi Hastalık	Var	32	39,0
	Yok	50	61,0
BB tanı için geçen süre	6 ay-1 yıl	3	3,7
	1-3	6	7,3
	3-5	12	14,6
	5 yıl ve üzeri	61	74,4
BB başlama yaşı	18 yaş altı	9	11,0
	18-25 yaş	19	23,2
	25-30 yaş	15	18,3
	30-40 yaş	21	25,6
	40 yaş üzeri	18	22,0
Hastane yatış sayısı	0	40	48,8
	1	23	28,0
	2-5	18	22,0
	5-10	1	1,2
Cinsel yan etki	Var	33	40,2
	Yok	49	59,8
Diğer yan etkiler	Var	32	39,0
	Yok	50	61,0
Alkol kullanımı	Var	9	11,0
	Yok	73	89,0
Sigara kullanımı	Var	40	48,8
	Yok	42	51,2

4.2. ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

BB tanılı vakalarda EBFÖ (Ort.=47,80; SS=7,59; 26–60) ve EYÖ (Ort.=37,76; SS=8,66; 14–50) puanları evlilik doyumunun çeşitli aralıklarda seyrettiğini göstermektedir. KEF-2 (Ort.=21,90; SS=11,46; 7–49) puanlarında geniş bir dağılım gözlenmiştir. MTUÖ (Ort.=5,17; SS=1,75; 1–7) puanları üst sınıra yakın olmakla beraber RHİDÖ (Ort.=53,87; SS=13,93; 29–97) puanları ise yaygın damgalama belirtilerine işaret etmektedir. Bulgular Tablo 4.3.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.3. BB tanılı vakaların EBFÖ, EYÖ, KEF-2, MTUÖ ve RHİDÖ puanlarının dağılımı

	Ort.	SS.	Minimum	Maximum
EBFÖ	47,80	7,59	26,00	60,00
EYÖ	37,76	8,66	14,00	50,00
KEF-2	21,90	11,46	7,00	49,00
MTUÖ	5,17	1,75	1,00	7,00
RHİDÖ	53,87	13,93	29,00	97,00
RHİDÖ-Y	11,15	4,15	6,00	23,00
RHİDÖ-KYO	11,71	3,75	7,00	23,00
RHİDÖ-AA	9,22	3,28	5,00	19,00
RHİDÖ-SGÇ	10,89	3,87	6,00	20,00
RHİDÖ-DKD	10,90	3,03	5,00	19,00

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma EBFÖ: Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği, EYÖ: Evlilik Yaşam Ölçeği, KEF-2: Kabul ve Eylem Formu-2, MTUÖ: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği, RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, RHİDÖ-Y: RHİDÖ-Yabancılaşma, RHİDÖ-KYO: RHİDÖ-Kalıp Yargıların Onaylaması, RHİDÖ-AA: RHİDÖ-Algılanan Ayrımcılık, RHİDÖ-SGÇ: RHİDÖ-Sosyal Geri Çekilme, RHİDÖ-DKD: RHİDÖ-Damgalanmaya Karşı Direnç.

Mann Whitney U testine göre kadın ve erkek BB tanılı vakalar arasında EBFÖ, EYÖ, KEF-2, MTUÖ ve RHİDÖ puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklı olmadığı ($p>0,05$) bulundu. Bulgular Tablo 4.4.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Cinsiyet grupları arasında EBFÖ, EYÖ, KEF-2, MTUÖ ve RHİDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Kadın			Erkek			Z	p
	Med.	Q1	Q3	Med.	Q1	Q3		
EBFÖ	49,00	43,00	54,00	50,00	45,00	54,00	-0,786	0,432
EYÖ	39,00	31,00	43,00	42,00	33,00	45,00	-1,418	0,156
KEF-2	22,00	13,00	31,00	20,00	9,00	30,00	-0,898	0,369
MTUÖ	5,00	4,00	7,00	6,00	5,00	7,00	-0,769	0,442
RHİDÖ	56,00	45,00	63,00	50,00	42,00	59,00	-1,019	0,308
RHİDÖ-Y	11,00	8,00	14,00	11,00	7,00	13,00	-0,560	0,575
RHİDÖ-KYO	11,00	9,00	14,00	12,00	9,00	15,00	-0,449	0,654
RHİDÖ-AA	9,00	7,00	11,00	8,00	6,00	11,00	-0,859	0,391
RHİDÖ-SGÇ	11,00	8,00	14,00	9,00	7,00	13,00	-1,127	0,260
RHİDÖ-DKD	11,00	10,00	13,00	11,00	9,00	12,00	-1,148	0,251

Med.=Medyan, Q1=İlk Çeyreklik, Q3=Üçüncü Çeyreklik, Z=Mann Whitney U testi.

EBFÖ: Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği, EYÖ: Evlilik Yaşam Ölçeği, KEF-2: Kabul ve Eylem Formu-2, MTUÖ: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği, RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, RHİDÖ-Y: RHİDÖ-Yabancılaşma, RHİDÖ-KYO: RHİDÖ-Kalp Yargıların Onaylaması, RHİDÖ-AA: RHİDÖ-Algılanan Ayrımcılık, RHİDÖ-SGÇ: RHİDÖ-Sosyal Geri Çekilme, RHİDÖ-DKD: RHİDÖ-Damgalanmaya Karşı Direnç.

Bipolar Bozukluk (BB) tanılı katılımcıların eğitim düzeylerine göre EBFÖ ve EYÖ puanları karşılaştırılmıştır. Üniversite altı eğitim düzeyindeki katılımcıların EBFÖ puan ortalaması 48,12 iken, üniversite ve üzeri eğitim düzeyindekilerin ortalaması 47,35'tir. Gruplar arasındaki bu fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=0,452$, $p=0,653$). Üniversite altı eğitim grubunun EYÖ puan ortalaması 38,98 olarak saptanmışken, üniversite ve üzeri eğitim grubunun ortalaması 36,03 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=1,532$, $p=0,130$). Yapılan Bağımsız Gruplar t-testi analizine göre, BB tanılı bireylerde eğitim düzeyinin EBFÖ ve EYÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır ($p>0,05$). Bulgular Tablo 4.5.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Eğitim grupları arasında EBFÖ, EYÖ puanlarının karşılaştırılması

	Üniversite Altı		Üniversite ve üzeri		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
EBFÖ	48,12	7,61	47,35	7,65	0,452	,653
EYÖ	38,98	8,86	36,03	8,20	1,532	,130

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi.

EBFÖ: Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği, EYÖ: Evlilik Yaşam Ölçeği.

Bipolar Bozukluk (BB) tanılı katılımcıların eşlerinin eğitim düzeylerine göre EBFÖ ve EYÖ puanları karşılaştırılmıştır. Eşi üniversite altı eğitim düzeyindeki katılımcıların EBFÖ puan ortalaması 47,31 iken, eşi üniversite ve üzeri eğitim düzeyindekilerin ortalaması 48,50'dir. Gruplar arasındaki bu fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=-0,696$, $p=0,489$). Eşi üniversite altı eğitim grubunun EYÖ puan ortalaması 38,27 olarak saptanmışken, eşi üniversite ve üzeri eğitim grubunun ortalaması 37,03 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=0,637$, $p=0,526$). Yapılan Bağımsız Gruplar t-testi analizine göre, BB tanılı bireylerde eşin eğitim düzeyinin EBFÖ ve EYÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır ($p>0,05$). Bulgular Tablo 4.6.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Eş Eğitim grupları arasında EBFÖ, EYÖ puanlarının karşılaştırılması

	Üniversite Altı		Üniversite ve üzeri		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
EBFÖ	47,31	8,39	48,50	6,35	-0,696	,489
EYÖ	38,27	8,70	37,03	8,68	0,637	,526

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi.

EBFÖ: Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği, EYÖ: Evlilik Yaşam Ölçeği.

Katılımcıların algıladıkları sosyoekonomik düzey grupları (Düşük, Orta, Yüksek) arasında EBFÖ ve EYÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı Kruskal-Wallis H testi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, üç grup arasında hem EBFÖ ($X^2 = 5,732$, $p = 0,057$) hem de EYÖ ($X^2 = 2,605$, $p = 0,272$) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bulgular Tablo 4.7.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Algılanan sosyoekonomik düzeye göre EBFÖ ve EYÖ puanlarının karşılaştırılması

	Düşük			Orta			Yüksek			X2	p
	Med.	Q1	Q3	Med.	Q1	Q3	Med.	Q1	Q3		
EBFÖ	50,00	46,00	51,00	49,00	42,00	54,00	56,00	54,00	57,00	5,732	0,057
EYÖ	39,00	33,00	43,00	39,00	31,00	43,00	44,50	41,50	46,50	2,605	0,272

Med.=Medyan, Q1=İlk Çeyreklik, Q3=Üçüncü Çeyreklik, X2=Kruskal Wallis H testi.

EBFÖ: Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği, EYÖ: Evlilik Yaşam Ölçeği.

Cinsel yan etkiler bildiren (n=33) ve bildirmeyenlerde (n=49) EBFÖ ve EYÖ puanları karşılaştırılmıştır. Cinsel yan etki bildiren katılımcıların EBFÖ puan ortalaması 45,79 iken, cinsel yan etki bildirmeyenlerin ortalaması 49,16'dır. Gruplar arasındaki bu fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=-1,1776$, $p=0,079$). Cinsel yan etki bildiren katılımcı grubunun EYÖ puan ortalaması 36,21 olarak saptanmışken, cinsel yan etki bildirmeyen katılımcı grubunun ortalaması 38,80 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=-1,054$, $p=0,295$). Yapılan Bağımsız

Gruplar t-testi analizine göre, BB tanılı vakalarda cinsel yan etki durumuna göre EBFÖ ve EYÖ puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($p>0.05$) bulundu. Bulgular Tablo 4.8.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Cinsel yan etkiye göre EBFÖ ve EYÖ puanlarının karşılaştırılması

	Var		Yok		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
EBFÖ	45,79	7,38	49,16	7,50	-1,776	0,079
EYÖ	36,21	7,16	38,80	9,47	-1,054	0,295

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi.

EBFÖ: Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği, EYÖ: Evlilik Yaşam Ölçeği.

4.3. KORELASYON ANALİZİ

Araştırmada kullanılan EBFÖ, EYÖ, KEF-2, MTUÖ ve RHİDÖ ölçekleri ile alt boyutlarından elde edilen puanlar arasındaki ilişki incelenmiştir.

EBFÖ puanları ile EYÖ ($r=0,650$; $p<0,001$) arasında pozitif; EBFÖ puanları ile KEF-2 ($r=-0,438$; $p<0,001$), RHİDÖ ($r=-0,599$; $p<0,001$), RHİDÖ-Yabancılaşma ($r=-0,464$; $p<0,001$), RHİDÖ-Kalıp Yargıların Onaylanması ($r=-0,602$; $p<0,001$), RHİDÖ-Algılanan Ayrımcılık ($r=-0,414$; $p<0,001$) ve RHİDÖ-Sosyal Geri Çekilme ($r=-0,582$; $p<0,001$) ile ise negatif yönde anlamlı ilişkiler belirlenmiştir.

EYÖ puanları ile KEF-2 ($r=-0,411$; $p<0,001$), RHİDÖ ($r=-0,473$; $p<0,001$), RHİDÖ-Yabancılaşma ($r=-0,434$; $p<0,001$), RHİDÖ-Kalıp Yargıların Onaylanması ($r=-0,300$; $p=0,006$), RHİDÖ-Algılanan Ayrımcılık ($r=-0,414$; $p<0,001$) RHİDÖ-Sosyal Geri Çekilme ($r=-0,363$; $p=0,001$) ve RHİDÖ-Damgalanmaya Karşı Direnç ($r=-0,299$; $p=0,006$) ile de negatif yönde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

KEF-2 puanları ile RHİDÖ ($r=0,554$; $p<0,001$), RHİDÖ-Yabancılaşma ($r=0,530$; $p<0,001$), RHİDÖ-Kalıp Yargıların Onaylanması ($r=0,542$; $p<0,001$), RHİDÖ-Algılanan Ayrımcılık ($r=0,507$; $p<0,001$) ve RHİDÖ-Sosyal Geri Çekilme ($r=0,477$; $p<0,001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Buna ek olarak KEF-2 puanları ve MTUÖ ($r=-0,305$; $p=0,005$) puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

MTUÖ puanları ile RHİDÖ ($r=-0,323$; $p=0,003$), RHİDÖ-Yabancılaşma ($r=-0,291$; $p=0,008$), RHİDÖ-Kalıp Yargıların Onaylanması ($r=-0,341$; $p=0,002$) ve RHİDÖ-Sosyal Geri Çekilme ($r=-0,382$; $p<0,001$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif ilişkiler bulundu. Bulgular Tablo 4.9.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. EBFÖ, EYÖ, KEF-2, MTUÖ ve RHİDÖ puanları arasındaki ilişki

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1-EBFÖ	r									
	p									
2-EYÖ	r	0,650								
	p	<0,001								
3-KEF-2	r	-0,438	-0,411							
	p	<0,001	<0,001							
4-MTUÖ	r	0,394	0,288	-0,305						
	p	<0,001	0,009	0,005						
5-RHİDÖ	r	-0,599	-0,473	0,554	-0,323					
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,003					
6- RHİDÖ-Y	r	-0,464	-0,434	0,530	-0,291	0,865				
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,008	<0,001				
7- RHİDÖ-KYO	r	-0,602	-0,300	0,542	-0,341	0,866	0,697			
	p	<0,001	0,006	<0,001	0,002	<0,001	<0,001			
8- RHİDÖ-AA	r	-0,414	-0,414	0,507	-0,207	0,814	0,652	0,648		
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,062	<0,001	<0,001	<0,001		
9- RHİDÖ-SGÇ	r	-0,582	-0,363	0,477	-0,382	0,875	0,693	0,784	0,666	
	p	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
10- RHİDÖ-DKD	r	-0,183	-0,299	-0,006	0,050	0,343	0,152	0,088	0,114	0,106
	p	0,100	0,006	0,955	0,657	0,002	0,172	0,434	0,308	0,341

r=Pearson Korelasyon Analizi, EBFÖ: Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği, EYÖ: Evlilik Yaşam Ölçeği, KEF-2: Kabul ve Eylem Formu-2, MTUÖ: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği, RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, RHİDÖ-Y: RHİDÖ-Yabancılaşma, RHİDÖ-KYO: RHİDÖ-Kalp Yarguların Onaylaması, RHİDÖ-AA: RHİDÖ-Algılanan Ayrımcılık, RHİDÖ-SGÇ: RHİDÖ-Sosyal Geri Çekilme, RHİDÖ-DKD: RHİDÖ-Damgalanmaya Karşı Direnç

4.4. REGRESYON ANALİZLERİ

EBFÖ puanlarına ilişkin regresyon analizine göre, birinci modelde yalnızca MTUÖ puanları modele dahil edilmiş ve bu değişkenin EBFÖ puanlarını anlamlı düzeyde ve pozitif yönde yordadığı görülmüştür ($\beta = 0,394$, $p < 0,001$). İkinci modelde MTUÖ'ye ek olarak RHİDÖ değişkeni eklenmiş ve modelin açıklayıcılığı belirgin biçimde artmıştır ($R^2 = 0,40$). Bu modelde RHİDÖ'nün, EBFÖ puanlarını negatif yönde ve anlamlı düzeyde yordadığı ($\beta = -0,527$, $p < 0,001$) saptanmıştır. Üçüncü modelde ise MTUÖ ve RHİDÖ'ye ek olarak KEF-2 puanları modele dahil edilmiş; ancak bu değişkenin yordayıcılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ($p > 0,05$) olup son modelde MTUÖ ($\beta = 0,208$, $p = 0,028$) ve RHİDÖ ($\beta = -0,468$, $p < 0,001$) puanlarının EBFÖ puanlarını yordamada etkili anlamlı değişkenler olduğu değerlendirilmiştir. Bulgular Tablo 4.10.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. EBFÖ puanlarını yordamada etkili olan değişkenler

Model		Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	Sh	Beta			AL	ÜL
1	(Constant)	38,956	2,433		16,009	<0,001	34,114	43,799
	MTUÖ	1,711	0,446	0,394	3,836	<0,001	0,824	2,599
2	(Constant)	58,245	3,938		14,791	<0,001	50,407	66,083
	MTUÖ	0,973	0,398	0,224	2,444	0,017	0,181	1,766
	RHİDÖ	-0,287	0,050	-0,527	-5,744	<0,001	-0,387	-0,188
3	(Constant)	58,565	3,944		14,850	<0,001	50,714	66,417
	MTUÖ	0,902	0,403	0,208	2,238	0,028	0,100	1,705
	RHİDÖ	-0,255	0,058	-0,468	-4,410	<0,001	-0,370	-0,140
	KEF-2	-0,077	0,070	-0,116	-1,096	0,276	-0,216	0,063
Model 1: R2=0,16, F=14,72, p<0,001 Model 2: R2=0,40, F=26,80, p<0,001 Model 3: R2=0,41, F=18,31, p<0,001								

B=Standartlaştırılmamış Katsayı, Sh:=Standart hata, t=Bağımsız Gruplar t testi

p=Anlamlılık seviyesi, GA= Güven Aralığı, AL= Alt Limit, ÜL= Üst Limit.

EBFÖ: Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği, KEF-2: Kabul ve Eylem Formu-2,

MTUÖ: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği, RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

EYÖ puanlarının yordanmasına ilişkin bulgulara göre, ilk modelde yalnızca MTUÖ puanları yer almakta olup bu değişkenin EYÖ puanlarını anlamlı biçimde pozitif yönde yordadığı bulunmuştur ($\beta = 0,288$, $p = 0,009$). İkinci modelde RHİDÖ değişkeni eklendiğinde, bu değişkenin EYÖ puanları üzerinde güçlü ve anlamlı bir negatif etkisinin olduğu görülmüş ($\beta = -0,425$, $p < 0,001$) ve MTUÖ'nün etkisi istatistiksel anlamlılığını yitirmiştir. Üçüncü modelde KEF-2 değişkeni de modele dahil edilmiştir; ancak bu değişkenin yordayıcı etkisi anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Modelin genel açıklayıcılığı $R^2 = .27$ ile anlamlı olup EYÖ puanlarını açıklamada son modelde tek anlamlı değişken RHİDÖ ($\beta = -0,327$, $p = 0,007$) puanları olduğu değerlendirildi. Bulgular Tablo 4.11.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. EYÖ puanlarını yordamada MTUÖ, RHİDÖ ve KEF-2 etkinliği

Model		Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	Sh	Beta			AL	ÜL
1	(Constant)	30,376	2,893		10,499	<0,001	24,618	36,134
	MTUÖ	1,427	0,530	0,288	2,691	0,009	0,372	2,483
2	(Constant)	48,110	5,060		9,508	<0,001	38,038	58,182
	MTUÖ	0,749	0,512	0,151	1,463	0,147	-0,270	1,768
	RHİDÖ	-0,264	0,064	-0,425	-4,110	<0,001	-0,392	-0,136
3	(Constant)	48,717	5,021		9,702	<0,001	38,720	58,714
	MTUÖ	0,614	0,513	0,124	1,197	0,235	-0,408	1,636
	RHİDÖ	-0,203	0,074	-0,327	-2,760	0,007	-0,350	-0,057
	KEF-2	-0,145	0,089	-0,192	-1,631	0,107	-0,322	0,032
<p>Model 1: R2=0,08, F=7,24, p=0,009 Model 2: R2=0,25, F=12,79, p<0,001 Model 3: R2=0,27, F=9,59, p<0,001</p>								

B=Standartlaştırılmamış Katsayı, Sh:=Standart hata, t=Bağımsız Gruplar t testi

p=Anlamlılık seviyesi, GA= Güven Aralığı, AL= Alt Limit, ÜL= Üst Limit.

EYÖ: Evlilik Yaşam Ölçeği, KEF-2: Kabul ve Eylem Formu-2, MTUÖ: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği, RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, ötimik dönemdeki bipolar bozukluk (BB) tanısı almış evli bireylerde evlilik doyumunu etkileyen psikolojik ve sosyodemografik faktörlerin, kesitsel ve analitik bir desenle incelemesi amaçlanmıştır. Araştırmanın temel amacı, evlilik doyumunu ve evlilikte kendinlikle, psikolojik esneklik, içselleştirilmiş damgalanma ve tedaviye uyumu gibi değişkenler arasındaki ilişkileri aydınlatmaktır. Evlilik, bireylerin psikolojik iyi oluşunu ve genel yaşam kalitesini derinden etkileyen temel bir kişilerarası sistemdir (112). Bu nedenle, ruhsal bir hastalık bağlamında evlilik doyumunu belirleyen faktörlerin anlaşılması hem bireysel hem de ilişkisel düzeyde koruyucu ve tedavi edici müdahalelerin geliştirilmesi açısından kritik bir öneme sahiptir. BB'da evlilik ilişkili yapılan çalışmalara bakıldığında; atak döneminde olan 30 BB hasta ile 30 unipolar depresyon tanılı hastanın sosyodemografik özelliklerinin karşılaştıran bir çalışmada bipolar hastalarda boşanma oranlarının unipolar depresyon hastalarına göre anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır (113). Depresif bozukluk ve BB tanılı hastaların sağlıklı eşleriyle sağlıklı kontrol grubunun eş algısı ve çift ilişki kalitesinin karşılaştırıldığı bir çalışmada hasta eşleri fikir birliği, birlik ve sevgi ifadelerinde daha düşük puanlar almıştır. Hasta olan eşlerinden daha az duygusal ve pratik destek aldıklarını bildirmişlerdir (114).

Katılımcıların yaş ortalaması $46,13 \pm 9,77$ olup yaş aralığı 25 ile 65 arasındadır. Araştırmaya katılan BB tanılı bireylerin %64,6'sını kadınlar, %35,4'ünü erkek katılımcılar oluşturmuştur. Bu çalışmada BB tanılı vakalarda cinsiyetler arasında evlilik doyumunu düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde ABD'deki ulusal anket verilerine dayanan bir çalışmada kadınların erkeklere kıyasla daha düşük evlilik doyumuna sahip olduğu görülmüştür (115). 226 bağımsız örneklemden toplam 101.110 katılımcıyı içeren klinik ve klinik dışı örneklemleri içeren bir meta-analizde ise, genel olarak kadınlarda evlilik doyumunun erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu gösterilmiş olsa da bu farkın çok küçük olduğu ve pratik anlamda ihmal edilebilir düzeyde olduğu saptanmıştır. Daha da önemlisi, bu küçük farkın büyük ölçüde evlilik danışmanlığı veya terapisi alan klinik örneklemlerden kaynaklandığı ortaya konmuştur (116). 27 sağlıklı gönüllü evli çiftin katıldığı evlilikteki değişkenleri çiftlerin kendi bakış açılarından inceleyen bir çalışmada kadınlar ve erkekler arasında

anamlı bir evlilik doyumunu farkı bulunmamıştır (117). Türkiye'de yayınlanmış evlilik doyumunun evlenme biçimi açısından değerlendirildiği tez çalışmalarını kapsayan bir meta-analiz de bu bulguyu desteklemiştir. Analizde erkekler lehine "ihmal edilebilir" düzeyde bir etki büyüklüğü ($d=-0.08$) bulunmuş, bu da cinsiyetler arasındaki ortalama doyum farkının pratikte anlamlı olmadığını teyit etmiştir (118). Bu alandaki sosyolojik çalışmalarda ise bu farklılıkların biyolojik cinsiyetten ziyade "toplumsal cinsiyet rolleri" ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Geleneksel rollerin baskın olduğu toplumlarda, kadına yüklenen "ev ve çocuk bakımı" sorumluluklarının ağırlığı, erkeğe ise "evin geçimini sağlama" misyonunun yüklenmesi, her iki cinsiyetin de farklı stres kaynaklarıyla karşılaşmasına neden olmaktadır (119). Kadınlar, ev işlerinde ve çocuk bakımında eşlerinden yeterli desteği görmediklerinde doyumlarında düşüş yaşayabilmektedir. Öte yandan, modern ve eşitlikçi cinsiyet rollerinin benimsendiği ilişkilerde cinsiyetin evlilik doyumunu üzerindeki etkisinin azaldığı gözlemlenmektedir. Eşlerin rolleri esnek bir şekilde paylaştığı, kararların ortak alındığı ve duygusal ifadenin her iki taraf için de teşvik edildiği evliliklerde, cinsiyetler arası doyum farkının anlamlı düzeyde olmadığı görülmektedir (120).

Literatürde BB tanılı hastalarda cinsiyetin evlilik doyumuna etkisini inceleyen çalışmalar kısıtlıdır. Pakistan'da her iki cinsiyetten eşit katılım sağlanan 60 BB tanılı hastanın evlilik doyumunu ve stres düzeylerini inceleyen bir çalışmada evlilik doyumunu ve stres arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmış olup BB tanılı erkek hastaların stres düzeylerinin daha yüksek, evlilik doyumlarının ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir (121).

Genel popülasyonda yapılan araştırmalarda, evlilik doyumunun kadınlarda daha düşük olduğuna dair bulguların yanı sıra, cinsiyete göre evlilik doyumunun değişmediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmadaki bulgular, cinsiyetler arasında evlilik doyumunu açısından fark olmadığını belirten literatürle uyumludur (116,118). Fakat araştırmamızın başlangıcında, toplumsal cinsiyet rollerine dair beklentiler ışığında, BB tanılı bireylerde evlilik doyumunun erkek cinsiyette daha düşük olacağı hipotezi kurgulanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen veriler bu hipotezi desteklememiş, kadın ve erkek katılımcılar arasında evlilik doyumunu (EYÖ) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,156$). Bu sonuç BB gibi kronik ve yaşamı derinden etkileyen bir hastalığın kendine özgü dinamiklerinin çiftlerin ilişkisi üzerinde daha belirleyici bir rol oynadığına işaret ediyor olabilir. Bununla birlikte, örneklem büyüklüğünün sınırlı olması ($n = 82$) ve cinsiyet dağılımındaki eşitsizlik (53 kadın, 29 erkek), çalışmanın istatistiksel gücünü azaltarak cinsiyete bağlı olası farkların saptanmasını engellemiş olabilir.

Algılanan sosyoekonomik düzey sorulduğunda katılımcıların %84,1'i sosyoekonomik düzeylerini orta olarak tanımlamıştır. %11,0'ı düşük olarak tanımlarken,

%4,9'u yüksek olarak tanımlamıştır. Çalışmamızda algılanan sosyoekonomik seviye grupları arasında evlilik doyumu düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Literatür incelendiğinde yapılan araştırmalar, düşük algılanan sosyoekonomik düzeyin ve finansal zorlukların evlilik doyumu için önemli bir risk faktörü olduğunu tutarlı bir şekilde göstermektedir. Finansal stres, çiftler arasında en sık rastlanan çatışma konularından biridir. İşsizlik, borç ve genel ekonomik zorlukların evlilik doyumu üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (122). Bu stres, eşlerin birbirlerine karşı daha gergin ve eleştirel davranmalarına neden olarak ilişkinin duygusal atmosferini bozar. İncelenen çalışmalarda, "algılanan" düzeyin önemine dikkat çekilmiştir. Bir çiftin mutlak gelirinden ziyade, gelirlerinin ihtiyaçlarını karşılamaya yetip yetmediği ve geleceğe dair ekonomik beklentileri evlilik doyumunu daha güçlü bir şekilde yordamaktadır. Örneğin, yapılan bir çalışmada, daha yüksek sosyoekonomik düzeyin, daha iyi ruh sağlığı aracılığıyla dolaylı olarak evlilik doyumunu artırdığı bulunmuştur (123). Yani, finansal güvenlik, stresi ve depresyonu azaltarak çiftlerin ilişkilerinden daha fazla keyif almasını sağlamaktadır. İranlı evli kadınlarla yapılan bir çalışmada, bireylerin algıladıkları sosyoekonomik durumun, genel yaşam doyumları üzerinde doğrudan pozitif bir etkisi olduğu ve aynı zamanda evlilik doyumu ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi düzenlediği gösterilmiştir (124). Mevcut literatürden farklı olarak çalışmamızda algılanan sosyoekonomik düzeyle, evlilik doyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamasının nedeni grup büyüklükleri arasındaki belirgin eşitsizlik olabilir. Özellikle "yüksek" sosyoekonomik düzey grubundaki katılımcı sayısının ($n = 4$) oldukça sınırlı olması, istatistiksel testin gücünü azaltarak anlamlı bir farkın saptanmasını zorlaştırmış olabilir. Benzer şekilde, "düşük" düzey grubundaki katılımcı sayısı da ($n = 9$) sınırlı düzeydedir. Bu nedenle, söz konusu analizde gruplar arasında fark bulunmaması, gerçekten fark olmadığını değil, örneklem dağılımının bu farkı istatistiksel olarak ortaya koymaya elverişli olmayabileceğini düşündürmektedir. Bipolar bozuklukta algılanan sosyo-ekonomik düzeyin evlilik doyumu ile ilişkisi literatürde net değildir. Bu çalışma, bipolar bozukluk tanısı almış bireylerde algılanan sosyoekonomik düzey ile evlilik doyumu arasındaki ilişkiyi inceleyerek, konuya dair sınırlı literatüre katkı sunmaktadır. Gelecek çalışmalarda algılanan sosyoekonomik düzey bakımından daha dengeli bir örneklem dağılımı sağlanması, bu değişkenin evlilik doyumu üzerindeki etkisinin daha sağlıklı biçimde değerlendirilmesine katkı sağlayacaktır.

Eğitim düzeyine bakıldığında, en yüksek oran %41,5 ile lisans ve üstü mezunlara aittir, bunu %32,9 ile lise mezunları, %17,1 ile ilkökul mezunları ve %8,5 ile ortaokul mezunları takip etmektedir. Benzer şekilde eşlerin eğitim durumu da en çok %41,5 ile lisans ve üstü mezunlara aittir, bunu %30,5 ile lise mezunları, %18,3 ile ilkökul mezunları ve %9,8

ile ortaokul mezunları takip etmektedir. Üniversite altı eğitim grubunun EYÖ puan ortalaması 38,98 olarak saptanmışken, üniversite ve üzeri eğitim grubunun ortalaması 36,03 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=1,532$, $p=0,130$). BB tanılı bireylerde eğitim düzeyinin EBFÖ ve EYÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır ($p>0,05$). Eşi üniversite altı eğitim düzeyinde olan grubun EYÖ puan ortalaması 38,27 olarak saptanmışken, eşi üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olan grubun ortalaması 37,03 olarak bulunmuştur. BB tanılı bireylerde eşin eğitim düzeyinin EBFÖ ve EYÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bireyin kendi eğitim durumu ile eşinin eğitim durumunun evlilik doyumu üzerindeki etkileri birbiriyle ilişkili ve karmaşık bir konudur. Araştırmalar, genellikle daha yüksek eğitimin daha iyi iletişim becerileri, problem çözme yetenekleri ve daha yüksek gelir potansiyeli ile ilişkili olması nedeniyle evlilik doyumu üzerinde olumlu bir etki yarattığını göstermektedir (125). Ancak bu ilişki her zaman doğrusal değildir ve "eğitimsel eşleşme" (homogamy) kavramı da önemli bir rol oynamaktadır. Eşlerin eğitim düzeylerinin birbirine yakın olması, benzer dünya görüşlerine, değerlere, ilgi alanlarına ve iletişim tarzlarına sahip olmalarını sağlayabilir. Bu durum, karşılıklı anlayışı ve uyumu artırarak evlilik doyumunu olumlu yönde etkiler (126). Çalışmamızın bulguları, genel popülasyona yönelik literatürdeki hakim görüşten farklılaşmaktadır. Bu farklılık bipolar bozukluğun evlilik dinamikleri üzerindeki karmaşık rolüyle açıklanabilir.

Hastalığın başlangıç yaşının sıklıkla kritik eğitim ve kariyer geliştirme dönemlerine denk gelmesi, bireyin akademik ve mesleki potansiyelini sekteye uğratabilmektedir (140, 141). Manik ve depresif epizotların getirdiği işlevsellik kayıpları, bireyin eğitim hayatını tamamlamasını veya istikrarlı bir kariyer sürdürmesini zorlaştırabilir. Bu durum, eğitim düzeyinden bağımsız olarak, bireyde hayal kırıklığı, başarısızlık ve eşine karşı mali bir yük olma hissiyatı yaratabilir (127). Hastalığın getirdiği bu zorluklar ve rollerdeki yeniden şekillenme, eğitimin evlilik doyumu üzerindeki etkisini gölgede bırakarak daha belirleyici bir faktör haline gelmiş olabilir.

Literatür taraması yapıldığında, psikiyatrik hastalıklarda veya spesifik olarak bipolar bozuklukta, bireyin ve eşinin eğitim düzeyinin evlilik doyumu ile ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan çalışmamız, bu önemli değişkenleri bipolar bozukluk bağlamında ele alan ilk çalışma olma niteliği taşımaktadır. Bu bulgular, bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin ve eşlerinin eğitim düzeyinin, evlilik ilişkisine dair doyum ya da kendinelik düzeyleri üzerinde belirleyici bir rol oynamayabileceğini düşündürmekle birlikte örneklem sayısının kısıtlayıcı etkisi de göz önünde bulundurulmalıdır. Bipolar

bozukluk gibi kronik bir ruhsal hastalığın varlığında, evlilik doyumunu etkileyen faktörlerin genel popülasyondan farklılaşabileceği düşünülmelidir. Gelecek çalışmalarda daha büyük ve dengeli örneklerle, eğitim düzeyiyle beraber hastalık süresi ve tedavi uyumu gibi değişkenlerin de dikkate alındığı daha kapsamlı incelemelere ihtiyaç vardır.

Katılımcıların cinsel yan etki bildirimlerine göre EBFÖ ve EYÖ puanları karşılaştırılmıştır. 33 katılımcı cinsel yan etki bildirirken 49 katılımcı cinsel yan etki bildirmemiştir. Cinsel yan etki bildiren katılımcıların EBFÖ puan ortalaması 45,79 iken, cinsel yan etki bildirmeyenlerin ortalaması 49,16'dır. Gruplar arasındaki bu fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=-1,1776$, $p=0,079$). Cinsel yan etki bildiren katılımcı grubunun EYÖ puan ortalaması 36,21 olarak saptanmışken, cinsel yan etki bildirmeyen katılımcı grubunun ortalaması 38,80 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=-1,054$, $p=0,295$). BB tanılı vakalarda cinsel yan etki durumuna göre EBFÖ ve EYÖ puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($p>0,05$) görülmüştür.

Literatür incelendiğinde; ötimik dönemde olan 50 BB tanılı hasta (32 kadın, 18 erkek) ve psikiyatrik hastalığı olmayan 50 sağlıklı gönüllünün (27 kadın, 23 erkek) katılımıyla gerçekleştirilen ve cinsel işlevlerin çift uyumuyla ilişkisini inceleyen bir çalışmada cinsel işlev bozukluğu olan BB tanılı hastalarda cinsel işlev bozukluğu olmayanlara göre çift uyumu daha düşük saptanmıştır (128). Bir psikiyatri kliniğine ayaktan başvuran ötimik dönemdeki 80 BB tanılı hastanın dahil edildiği BB tanılı hastalarda beden algısının çift uyumuna ve cinsel işlev bozukluğuna etkisini araştıran bir tez çalışmasında BB tanılı hastalarda cinsel işlev bozukluğu varlığının çift uyumunu olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (129). Mevcut literatürden farklı olarak çalışmamızda BB tanılı hastalarda cinsel yan etki varlığı ile evlilik doyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamasının nedeni örneklem sayısının kısıtlı olması, cinsel yan etkinin niteliğinin sorgulanmaması ve hastaların cinsel yan etki varlığını gizleme eğilimi olabilir. Gelecek çalışmalarda daha geniş ve dengeli bir örnekleme BB tanılı hastalarda cinsel yan etki çeşitlerinin evlilik doyumu ile ilişkisini ayrı ayrı inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.1. TEDAVİ UYUMUNUN EVLİLİKTE KENDİNDELİK VE EVLİLİK DOYUMU İLE İLİŞKİSİ

Hekim tarafından reçete edilen tedaviyi benimseyip uygulamak, tavsiye edilen zamanlarda kontrollere katılmak, sağaltımı yarıda kesmemek, yazılan ilaçları belirtilen doz ve müddette kullanmak, yaşam tarzı değişiklikleri ve beslenme ile ilgili tavsiyelere uymak tedaviye uyum olarak tanımlanmaktadır (130).

Bu çalışmada Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EBFÖ) puanlarının yordayıcılarını tespit etmek amacıyla kurgulanan regresyon analizinde, Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ) puanlarının EBFÖ puanlarını anlamlı düzeyde ve pozitif yönde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu, tedaviye uyum düzeyleriyle evlilikte bilinçli farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğuna işaret etmektedir. Bipolar bozuklukta tedavinin temel amacı, farmakoterapi ile duygudurumun dengelenmesi ve atakların önlenmesidir. Bu bağlamdan bakıldığında ilaç uyumu, bu stabilitenin sağlanmasındaki en kritik faktördür. Düzenli ilaç kullanımı sayesinde mani ve depresyon belirtileri kontrol altına alındığında, hastalığın evlilik ilişkisi üzerindeki kaotik ve yıkıcı etkisi azalır. Atak dönemlerinde yaşanan öfke patlamaları, dürtüsel davranışlar, aşırı para harcama, iletişim kopuklukları gibi sorunlar, evlilik uyumunu temelden sarsmaktadır (131). Tedavi uyumu ile elde edilen duygudurum stabilitesi bireyin sadece genel iyilik halini ve psikolojik stabilitesini sağlamakla kalmaz aynı zamanda kişilerarası ilişkilerini, romantik ilişkilerini de olumlu yönde etkilemektedir. Tedaviye uyum sayesinde elde edilen stabilite, bireyin evlilik ilişkisine daha kendinde ve yargısız bir dikkatle yaklaşabilmesi için gerekli psikolojik zemini hazırlar. Bu zemin çiftin daha üst düzey kişilerarası beceriler olan empati, şefkat ve yargısız kabul gibi pratikleri uygulayabilmesini sağlar. Çiftler birbirlerinin deneyimlerine merakla yaklaşabilir ve ilişkilerini bilinçli olarak geliştirmeye odaklanabilirler (132). Dolayısıyla, tedaviye uyum yalnızca semptom kontrolü sağlamaz; aynı zamanda evlilikte kendinelik düzeyini artırarak ilişkinin niteliğini ve doyumunu olumlu yönde etkileyen daha derin bir süreci tetikler.

Tedaviye uyumsuzluk, psikiyatrik hastalıklarda genellikle bireyin durumunu kabullenmemesi veya içgörü eksikliğiyle ilişkilendirilse de, bu nedenler uyumla ilgili yeterli veriyi sunmaktan uzaktır (133). Ek olarak, hastanın ve ailesinin hastalığı algılama biçimleri de tedaviye uyumu etkileyen önemli faktörlerdendir. Yetersiz sosyal desteğe sahip, hastalığı hakkında bilgi eksikliği bulunan, ailesinde işlevsiz yaklaşımlar sergilenen ve damgalanma korkusu taşıyan bireylerin ilaç uyumu olumsuz etkilenebilmektedir (134).

Tedaviye uyumun yanında, bireyin kendinelik düzeyi de tedavi sürecinde kritik bir rol oynayabilir. Literatür incelendiğinde; 90 BB, 36 remisyonda majör depresif bozukluk ve 66 kişilik kontrol grubuyla yapılan bir çalışmada BB ve remisyonda majör depresif bozukluk hastalarında kendinelik puanları düşük bulunmuştur (135). Yine BB, majör depresif bozukluk ve sağlıklı kontrol grubundan 31'er kişilik örneklem ile hedefe yönelik duygu düzenlemesinde farkındalık ile ruminasyonun karşılaştırıldığı bir çalışmada kendinelik her 3 grupta da olumlu duyguyu ve parasempatik aktiviteyi artırarak duygu düzenlemede etkili olduğu bulunmuştur (136). Parkinson hastalığı, yaygın anksiyete bozukluğu gibi klinik

grupları da içeren farkındalık temelli uygulamaların nörobilimsel olarak değerlendirildiği bir derlemede; dikkat kontrolü, duygu düzenleme ve öz farkındalık gibi alanlarda iyileşmeler sağladığı gösterilmiştir (137). Benzer şekilde BB’de farkındalık temelli bilişsel terapi üzerine 13 makaleyi inceleyen sistematik bir derlemede farkındalık temelli bilişsel terapinin anksiyete, rezidüel depresyon, duygu düzenlemesi ile dikkat ve frontal-yürütücü işlevler üzerinde olumlu bir etki gösterdiği saptanmıştır (138). Farkındalığın yaşam kalitesi ile ilişkisini inceleyen 66 BB tanılı hasta ve 28 sağlıklı kontrolden oluşan bir çalışmada BB hastalarında daha düşük farkındalık düzeylerinin daha düşük yaşam kalitesini yordadığı bulunmuştur (139). BB Tip I hastalarında kendinelik düzeylerinin tedavi uyumuna ve atak sıklığına etkisini ötimik 97 BB hastası ile inceleyen bir çalışmada yüksek kendinelik düzeylerinin yüksek tedavi uyumuyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Kendineliğin atak sıklığı ile doğrudan bir ilişkisi saptanmamış olsa da regresyon analizlerinde tedavi uyumu yüksekliğiyle mani/hipomani atak sıklığında ters yönde bir ilişki saptanmıştır. Kendineliğin tedavi uyumuna pozitif yönde sağladığı katkıyla BB remisyon sürecine katkı sağladığı düşünülebilir (65).

Tüm bu bulgular bir araya getirildiğinde, kendineliğin artmasının bipolar bozuklukta duygu düzenleme, dikkat ve kişilerarası işlevsellik, yaşam kalitesi ve tedavi uyumu gibi bir çok alanda iyileşmeyi desteklediği ve yaşam kalitesini artırdığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle, çalışmamızda tedavi uyumunun, evlilikte kendineliğe pozitif yönde ilişkili olması ve evlilikte kendineliği yordaması, literatürle tutarlı ve anlamlı bir bulgudur. Bazı çalışmalar yalnızca tedavi uyumunun kendinelik düzeyini artırdığını değil, aynı zamanda bunun tersinin de geçerli olabileceğini göstermektedir. Yüksek kendinelik düzeyleri, bireyin tedaviye daha kolay uyum sağlamasına katkıda bulunabilmektedir (72). Bu bulgu kendinelik ve tedavi uyumu arasındaki ilişkinin çift yönlü olabileceğini göstermektedir. BB’de hem tedavi uyumunu hem de kendinelik becerilerini arttırmaya yönelik müdahalelerin hedeflenmesi, hastalarda yakın ilişkilerin ve dolayısıyla sosyal işlevselliğini korunmasına katkı sağlayacaktır.

Bu araştırmada evlilik doyumunu yordayan faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılan regresyon analizinde ilk modelde MTUÖ değişkeninin evlilik doyumu üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğu görülmüş, fakat ikinci modele RHİDÖ değişkeni eklendiğinde MTUÖ’nün evlilik doyumu üzerindeki anlamlı etkisi ortadan kalkmış ve yalnızca RHİDÖ anlamlı bir yordayıcı olarak kalmıştır.

Bu sonuçtan yola çıkarak, evlilik doyumunu doğrudan etkileyen temel faktörün tedaviye uyum değil; bireyin hastalığına yönelik algısı ve yaşadığı içselleştirilmiş

damgalanma olduğu söylenebilir. Bu bulgu, tedavi uyumu ile evlilik doyumu arasındaki ilişkinin dolaylı olabileceğine işaret etmektedir.

Literatür incelendiğinde, ötimik dönemdeki BB-I tanılı 81 hasta, onların sağlıklı eşleri ve 78 sağlıklı kontrol çiftinin dahil edildiği; hasta ve eşlerinde cinsel işlevler, aleksitimi, evlilik uyumu ve hastalık yükünü inceleyerek bu değişkenlerin aracı rolünü değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmada, BB tanılı bireylerin ve eşlerinin, sağlıklı kontrollere kıyasla evlilik uyumlarının (Dyadic Adjustment Scale - DAS puanları) ve özellikle evlilik doyumlarının anlamlı derecede daha düşük olduğu gösterilmiştir (140). Türkiye’de yapılan retrospektif bir çalışmada psikiyatri kliniğinde farklı tanımlarla yatışı olan 230 hasta tedavi uyumu açısından incelenmiş, tedaviye uyumsuzluğun hastalığın klinik seyrini, hastanın sosyal, mesleki ve ailesel işlevselliğini etkilediği gösterilmiştir (141). BB tanılı hastaların tedavi uyumuyla ilişkili faktörleri inceleyen bir derlemede tedaviye uyumsuzluğun, bireyin yaşam kalitesini düşürdüğü, iş gücü kaybına yol açtığı ve genel tedavi maliyetlerini yükselttiği sonucuna ulaşılmıştır. (142).

Bipolar bozukluğun evlilik ilişkisi ve çift fonksiyonları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla 27 makalenin dahil edildiği sistematik bir derlemede duygudurum stabilitesinin ve tedaviye uyumun evlilik içindeki kaosu azaltarak daha güvenli ve öngörülebilir bir ortam yarattığı bulunmuştur (143). Bu durumun, teorik olarak evlilik doyumunu artıracakı düşünülebilir. Ayrıca major depresif bozukluk ve BB tanılı hastalar ve sağlıklı eşlerinin olduğu 34 çiftin katıldığı, standart ilaç tedavisine eklenen evlilik müdahalesinin göreceli faydasını değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmada, evlilik müdahalesinin hastalık semptomlarında bir iyileşme sağlamasa da genel işlevselliği ve tedaviye uyumu artırarak çiftin uyum kapasitesini güçlendirdiği sonucuna varılmıştır (144). BB-I tanılı 72 hastanın prospektif olarak takip edildiği ve uzun süreli lityum tedavisine uyum ile intihar eylemleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan bir çalışmada, "bekar olmak" kötü tedavi uyumu ile ilişkili bir faktör olarak gösterilmiştir (145). Bu durum, evliliğin ve eş desteğinin tedavi sürecinde koruyucu bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak hem bu çalışmanın bulguları hem de literatürdeki veriler doğrultusunda; iyi bir evlilik ve eş desteği tedavi uyumunu artırabilirken, artan tedavi uyumu da hastalığın evlilik üzerindeki yıkıcı etkilerini azaltarak evlilik doyumunu olumlu etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda evlilik doyumunun yordayıcılarını saptamak için yapılan regresyon analizinde birinci modelde tedavi uyumunun evlilik doyumu üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkisinin olduğu görülürken ikinci modele evlilik doyumunun tek yordayıcısının içselleştirilmiş damgalanma olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçtan yola çıkılarak,

evlilik doyumunu doğrudan etkileyen faktörün tedaviye uyumdan ziyade, bireyin hastalığına yönelik algısı ve hissettiği damgalanma düzeyi olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle, BB’de yalnızca tedaviye uyumu artırmaya odaklanmak yakın ilişkilerdeki işlevselliği korumak için yeterli olmayabilir. Kişilerarası işlevselliği desteklemek için, içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmaya yönelik psikoeğitim ve psikoterapötik yaklaşımların da geliştirilmesi önemlidir.

Evlilikte kendinelik; evlilik ilişkisine dair kendinelikliği ölçen daha öznel bir deneyimi tanımlamaktadır. Buna karşılık evlilik doyumunu; yalnızca bireysel tutumlara değil, partnerin yaklaşımı, çiftler arası etkileşim kalitesi, geçmiş ilişkisel deneyimler ve çevresel stres etkenleri gibi çok sayıda dışsal faktöre bağlı olarak şekillenen, daha karmaşık ve bağlamsal bir sonuç değişkenidir. Bu ayrım, tedavi uyumunun evlilikte kendinelikliği direkt yordayıp evlilik doyumunu yordamamasını açıklayabilir.

5.2. PSİKOLOJİK ESNEKLİĞİN EVLİLİKTE KENDİNDELİK VE EVLİLİK DOYUMU İLE İLİŞKİSİ

Bu çalışmada psikolojik katılık düzeyleri arttıkça, evlilikte kendinelik düzeylerinin azaldığı, yani bu iki değişken arasında negatif yönlü bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EBFÖ) puanlarının yordayıcılarını tespit etmek amacıyla kurgulanan regresyon analizinde, psikolojik katılık puanlarının evlilikte kendinelikliği yordayıcılığının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Kendinelik; psikolojik esneklik modelinin bir boyutu olup, kendinelik arttıkça psikolojik esnekliğin arttığı bilinmektedir (146). Evlilik ilişkisinde kendinelik becerilerinin geliştirilmesi bireyi, partnerinin ve kendisinin istenmeyen veya zorlayıcı duygu ve düşüncelerini bastırmaya veya değiştirmeye çalışmak yerine, onları olduğu haliyle gözlemlemeye teşvik eder (147). Psikolojik esnekliği yüksek bir birey, zorlu duygu ve düşüncelerle başa çıkma konusunda daha yetkindir (148). Bu birey, evlilikte bir çatışma anında ortaya çıkan zorlayıcı içsel yaşantılarını bir deneyim olarak gözlemlemeye daha açıktır. Bu durum, evlilikte kendinelikliğin önündeki en büyük engellerden biri olan reaktiviteyi azaltır (149). Evlilik ilişkisinde kendinelik becerisinin artırılması, bireyin genel psikolojik esneklik kapasitesini artırırken; mevcut psikolojik esneklik düzeyi de bireyin evlilik içinde kendinelikle hareket etmesini kolaylaştırmaktadır.

Sonuç olarak, bu çalışmada psikolojik katılığın evlilikte kendinelikliği yordamaması, bu değişkenin etkisini tamamen dışlamamaktadır. Modelde özellikle içselleştirilmiş damgalama gibi daha baskın ve açıklayıcı değişkenlerin varlığı, psikolojik katılık (KEF-2) ile içselleştirilmiş damgalanma (RHİDÖ) arasındaki korelasyonun güçlü olması, bu iki değişkenin regresyon modelinde benzer bir varyansı paylaştığını ve daha spesifik ve güçlü

olan RHİDÖ'nün, KEF-2'nin yordayıcı etkisini istatistiksel olarak maskeleydiğini göstermektedir. Bu veri, BB'de bireylerin evlilik yaşantılarında özellikle hastalıkla ilişkili içselleştirilmiş damgalanma deneyiminin evlilikteki kendinelik üzerinde doğrudan bir rol oynadığını düşündürmektedir. Psikolojik katılığın etkisiyse doğrudan değil dolaylı olarak ortaya çıkıyor olabilir.

Mevcut literatürde BB'de psikolojik katılık ile evlilikte kendinelik arasındaki ilişkiyi ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yönüyle, bipolar bozukluk tanılı bireylerden oluşan bir örnekleme psikolojik esneklik ve evlilikte kendinelik ilişkisini inceleyen bu çalışma, literatüre özgün bir katkı sunmaktadır. Gelecek çalışmalarda psikolojik katılığın dolaylı etkilerini de incelemek amacıyla aracılık analizleri kullanılabilir.

Psikolojik katılık ve evlilik doyumunu ilişkisine dair bulgulara bakıldığında, psikolojik katılığı ölçen KEF-2 puanları ile evlilik doyumunu ölçen EYÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde negatif bir korelasyon saptanmıştır. Regresyon analizi sonuçlarına göre KEF-2 puanlarının EYÖ puanları üzerinde yordayıcı etkisi anlamlı bulunmamıştır.

Literatürde, bipolar bozukluk tanılı bireylerde evlilik doyumunu ile psikolojik katılık arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır, dolayısıyla bu araştırma alandaki önemli bir boşluğu doldurma potansiyeli taşımaktadır. Romantik ve ailevi ilişkilerdeki dinamiklerin psikolojik esneklik ve katılık ile ilişkisini incelemek amacıyla 174 makaleden elde edilen 203 bağımsız örneklem analiz edilmiş, psikolojik katılığın daha düşük ilişki doyumunu, daha düşük cinsel doyum, daha fazla çatışma ve bağlanma sorunları ile ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur (14). Benzer olarak psikolojik katılık modelinin bir boyutu olan yaşantısal kaçınma ve ilişki kalitesini inceleyen bir çalışmaya, savaş bölgesinde konuşlandırılmış 228 asker ve eşleri dahil edilmiş; her iki partnerde de yaşantısal kaçınmanın daha düşük ilişki kalitesiyle doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir (15). Kabul ve Kararlılık Terapisi modeline göre psikolojik katılık modeli bireyin değerleri doğrultusunda anlamlı bir yaşam sürmesini engelleyebilir ve bu durum düşük yaşam kalitesi ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ile yakından ilişkilidir (14). Ayrıca psikolojik katılığın, depresyon, anksiyete, BB, obsesif kompulsif bozukluk gibi pek çok psikopatolojiyle ve düşük yaşam doyumuyla yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (147). Ancak, hipotezimizin aksine psikolojik katılık evlilik doyumunu anlamlı şekilde yordamamıştır. Bu durumun olası bir açıklaması, içselleştirilmiş damgalanma ile psikolojik katılık arasında güçlü bir ilişkili olması olabilir. İçselleştirilmiş damgalanmanın yani bireyin bir ruhsal hastalığa sahip olmaktan kaynaklanan olumsuz benlik algılarıyla bilişsel olarak kaynaşması ve bu acı verici içsel deneyimlerden kaçınma çabası zaten KEF-2'nin ölçtüğü psikolojik katılık alt boyutlarıyla önemli ölçüde

örtüşmektedir. Dolayısıyla, içselleştirilmiş damgalama, modeldeki varyansın büyük bir kısmını tek başına açıklamış olabilir ve bu da psikolojik katılığın etkisini istatistiksel olarak anlamsız kılmış olabilir.

5.3. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN EVLİLİKTE KENDİNDELİK VE EVLİLİK DOYUMU İLE İLİŞKİSİ

Çalışmamızda EBFÖ puanları ile RHİDÖ, RHİDÖ-Yabancılaşma, RHİDÖ-Kalıp Yargıların Onaylanması, RHİDÖ-Algılanan Ayrımcılık ve RHİDÖ-Sosyal Geri Çekilme negatif yönde anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EBFÖ) puanlarının yordayıcılarını tespit etmek amacıyla kurgulanan regresyon analizinde RHİDÖ'nün, tedaviye uyum gibi önemli bir değişkenin etkisi kontrol edildikten sonra dahi, EBFÖ'deki varyansın önemli bir kısmını tek başına açıkladığı ve evlilikte kendindeliliğin en güçlü negatif yordayıcısı olduğu görülmüştür. Bu bulgu, içselleştirilmiş damgalanmanın sadece soyut bir inanç sistemi olmadığını, evlilikte kendindeliliği doğrudan ve güçlü bir şekilde ketleyen aktif bir psikolojik süreç olduğunu kanıtlar niteliktedir. Bu sonuç, damgalanmanın bireyi sosyal izolasyona ittiği, benlik saygısını düşürdüğü ve sosyal işlevselliği bozduğuna işaret eden geniş literatür ile tutarlıdır (150–152).

İçselleştirilmiş damgalanma, sürekli bir zihinsel meşguliyet ve ruminasyon kaynağıdır (153). Bireyin zihni, "Başkaları benim hakkımda ne düşünüyor?", "Hastalığımı belli etmemeliyim", "Davranışlarım normal mi?", "Eşim benden utanıyor mu?" gibi düşüncelerle sürekli olarak meşguldür. Bilişsel Yük Teorisi'ne göre, bu türden sürekli endişe ve öz-eleştiri, sınırlı olan çalışma belleği kapasitesini tüketir (154).

Çalışma belleği, dikkati şimdiki ana yönlendirmek, eşten gelen sözel ve sözel olmayan ipuçlarını işlemek ve otomatik tepkiler yerine bilinçli yanıtlar verebilmek için elzemdir. Bilişsel kaynakları içselleştirilmiş damgalanmanın yarattığı bu "zihinsel gürültü" tarafından tükenmiş bir bireyin, eşiyile olan bir etkileşime tam olarak odaklanması için gerekli zihinsel alanı kalmaz. Dolayısıyla, içselleştirilmiş damgalanmanın yarattığı bilişsel yük, evlilikte kendinelik kapasitesini azaltmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanmanın psikolojik çekirdeğinde utanç, suçluluk ve değersizlik gibi son derece acı verici duygular yer alır (155–157). Bireyler, bu tür acı verici içsel deneyimlerden kaçınma eğilimindedir; bu süreç "yaşantısal kaçınma" olarak adlandırılır (158).

Çalışmamızda içselleştirilmiş damgalanma (RHİDÖ) ile psikolojik katılığın ölçen Kabul ve Eylem Formu-2 (KEF-2) puanları arasında gözlemlenen güçlü pozitif korelasyon, bu mekanizmayı desteklemektedir. Yüksek içselleştirilmiş damgalanmaya sahip bireyler,

aynı zamanda daha yüksek düzeyde psikolojik katılık ve yaşantısal kaçınma sergilemektedir. Bu da bireyin kendinelik becerilerini uygulamasını doğrudan engelleyebilir.

İçselleştirilmiş damgalanma, bireyin eşten gelen belirsiz veya nötr davranışlarını dahi sistematik olarak olumsuz yorumlamasına neden olur (159). Örneğin, eşin yorgun olduğu için sessiz kalması, içselleştirilmiş damgalanmanın filtresinden geçerek "Benden sıkıldı, hastalığımдан bıktı" şeklinde yorumlanabilir. Bu sürekli olumsuz yorumlama yanlılığı, ilişkide güvensizlik ve yanlış anlaşılmalara kökükler. Nitekim çalışmamızda içselleştirilmiş damgalanmanın alt boyutları incelendiğinde, EBFÖ ile en güçlü negatif ilişkiyi "Kalıp Yargıların Onaylanması" ve "Sosyal Geri Çekilme" alt boyutlarının gösterdiği görülmektedir. Bu, bireyin hastalığa dair olumsuz stereotipleri onayladığı ve sosyal olarak geri çekildiği ölçüde, evlilik içindeki kendineliliğinin de düştüğünü göstermektedir. Böyle bir güvensizlik ve tehdit algısı ortamında, yargılamadan, merakla ve açıklıkla eşe yaklaşmayı gerektiren evlilikte kendineliliğin sürdürülmesi neredeyse imkansız hale gelir.

Literatür incelendiğinde; poliklinikte takip edilen 60 BB, 30 anksiyete bozukluğu ve 33 şizofreni tanılı hastada içselleştirilmiş damgalanmanın düzeyini ve etkisini inceleyen bir araştırmada içselleştirilmiş damgalanmanın BB hastalarında benlik saygısı, sosyal, mesleki işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (103). Türkiye’de yapılan remisyona dönemindeki 132 bipolar bozukluk tanılı hastanın dahil edildiği ve içselleştirilmiş damgalanma ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide öz şefkatin aracı rolünü incelemeyi amaçlayan bir çalışmada, içselleştirilmiş damgalanmanın psikolojik dayanıklılığı olumsuz yönde yordadığı ve bu ilişkide özellikle öz şefkatin "kendine şefkat gösterme" ile "kendini yargılama" alt boyutlarının anlamlı bir aracı rol oynayarak damgalanmanın negatif etkisini zayıflattığı belirlenmiştir (160). Türkiye’de remisyonda olan şizofreni spektrum bozukluğu ve BB tanılı hastalar ile yakınlarının dahil edildiği ve toplum ruh sağlığı merkezi (TRSM) takibi ile standart poliklinik takibinin damgalanma ve bakım yükü üzerindeki etkilerinin 12 ay boyunca karşılaştırmalı olarak değerlendirildiği uzunlamasına bir çalışmada, TRSM’lerde sunulan çok boyutlu psiko-sosyal müdahaleler ve psikoeğitim sayesinde hasta ve ailelerin damgalanma düzeyleri ile bakım yükünün anlamlı şekilde azaldığı, standart poliklinik takibindeki kontrol grubunda ise anlamlı bir değişiklik saptanmadığı ve dolayısıyla toplum temelli iyileşme modellerinin bu alanlarda etkili olduğu sonucuna varılmıştır (161). Benzer şekilde, remisyona dönemindeki 120 bipolar bozukluk hastasının dahil edildiği bir çalışmada, içselleştirilmiş damgalanmanın empati ve işlevsellik üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bulgular, yüksek içselleştirilmiş damgalanmanın hem empati düzeyini hem de işlevselliği anlamlı biçimde olumsuz etkilediğini göstermiştir. Ayrıca, işlevsellikteki bozulmanın en güçlü yordayıcısının

içselleştirilmiş damgalanma olduğu, empati düzeyindeki düşüklüğün ise bu bozulmaya ek olarak katkı sağladığı saptanmıştır (162).

Bu bulgular, BB’de içselleştirilmiş damgalanmanın yalnızca bireysel psikolojik süreçler üzerinde değil, sosyal işlevsellik, empati, yaşam kalitesi ve aile ilişkileri gibi çok boyutlu alanlarda da belirleyici bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Bu çok yönlü etkiler dikkate alındığında, bu çalışmada içselleştirilmiş damgalanmayı evlilikte kendindelğin en güçlü negatif yordayıcısı olarak belirlemesi, literatürle tutarlı ve önemli bir katkı niteliğindedir. Özellikle, içselleştirilmiş damgalanmanın zamanla psikolojik esneklik ve kendinelik üzerindeki nasıl bir etki yarattığını ve bu etkinin evlilik ilişkilerindeki kendinelik düzeyine nasıl yansıdığını inceleyen boylamsal aracılık modellerine ihtiyaç vardır. Bu tür çalışmalar, söz konusu değişkenler arasındaki nedensel ilişkilerin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayabilir. Ayrıca, damgalanmanın çift dinamiği üzerindeki etkisini çift odaklı (dyadic) tasarımlarla araştırmak ve bu bulgular ışığında doğrudan damgalanmayı ve yaşantısal kaçınmayı hedefleyen çift terapisi müdahaleleri geliştirmek ve etkinliğini sınamak, alana önemli ve pratik katkılar sunabilir.

Bu çalışmada Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) puanları ile Evlilik Yaşam Ölçeği (EYÖ) puanları arasında güçlü bir negatif korelasyon saptanmıştır. Evlilik doyumunun yordayıcılarını incelemek üzere kurgulanan modelde başlangıçta evlilik doyumunun pozitif yordayıcısı olan Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ), modele RHİDÖ’nün dahil edilmesiyle pozitif yordayıcı etkisini kaybetmiş, evlilik doyumunun tek ve en güçlü negatif yordayıcısının RHİDÖ olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu, özellikle Türkiye’de BB tanımlı evli kadınlarla yapılan ve içselleştirilmiş damgalanma arttıkça evlilik uyumunun bozulduğunu ve aile işlevlerinin olumsuz etkilendiğini saptayan çalışmanın bulgularıyla örtüşmektedir (12). Çalışmamızdan elde edilen bulgular ışığında ruhsal bir hastalığı olan bireyler ve çiftlerle çalışırken, müdahalelerin odağı sadece semptom yönetimi veya tedaviye uyum olmamalıdır. Farmakoterapinin yanında bipolar popülasyonda psikoterapötik müdahalelere de yer verilmelidir. Psikoterapötik müdahalelerin merkezine, bireyin hastalıkla ilgili yaşadığı utanç ve damgalanmaya dair zorlayıcı deneyimlerini almak evlilik doyumu ve kendindelğin artmasına katkı sağlayarak sosyal işlevselliğin korunmasına ve bireyin iyilik halinin sürdürülmesine destek olacaktır. Özellikle Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) ve Şefkat Odaklı Terapi (CFT), ya da kendinelik temelli yaklaşımlar, ayrışma, kabul, kendinelik ve kendine şefkat gibi psikolojik esnekliği arttırmaya yönelik teknikler sunarak bireyin damgalanmaya yönelik acı verici içsel deneyimleriyle mücadelesini azaltmada değerli olabilir. Partnerin de bu sürece dahil

edilmesi, damgalanmanın ilişkisel dinamikler üzerindeki etkisini anlaması ve destekleyici bir tutum geliştirmesi açısından kritik öneme sahiptir.

5.4. EVLİLİKTE KENDİNDELİK VE EVLİLİK DOYUMU

Bulgular, Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EBFÖ) puanları ile Evlilik Yaşamı Ölçeği (EYÖ) puanları arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı, pozitif ve güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur ($r=0.650$, $p<0.001$). Bu sonuç, evlilikte kendinelik düzeyi daha yüksek olan bireylerin, evliliklerinden de daha fazla doyum sağlama eğiliminde olduklarını göstermektedir.

Evlilikte bilinçli farkındalık veya kişilerarası farkındalık, bireyin eşiyle etkileşim halindeyken şimdiki ana odaklanması, kendi içsel deneyimlerini (düşünceler, duygular, bedensel duyular) ve eşinin sözel ve sözel olmayan ipuçlarını (ses tonu, beden dili) yargılayıcı olmayan bir tutumla gözlemleyebilmesi ve yapıcı yanıtlar verebilmesi olarak tanımlanmaktadır (163). BB'nin doğasında var olan duygusal dalgalanmalar, düşünce dağınıklığı ve kişilerarası ilişkilerde yaşanan zorluklar göz önüne alındığında, bu becerinin evlilik ilişkisi için kritik bir "tampon" görevi gördüğü düşünülebilir (164). Farkındalığı yüksek bir birey, eşinin endişelerini kişisel bir saldırı olarak algılamak yerine, o anki bağlam içinde değerlendirebilir, kendi duygusal tepkisini fark edip regüle edebilir ve ilişkiyi zedeleyici bir çatışmaya sürüklemek yerine şefkatli ve anlayışlı bir iletişim kurabilir. Bu durum, özellikle hastalık alevlenmelerinin veya subklinik belirtilerin yaşandığı dönemlerde, evlilik bağının korunmasında hayati bir rol oynayabilir.

İlgili literatür incelendiğinde evlilikte kendinelikliğin, evlilik doyumunu ile pozitif yönde ilişkili olması bakımından çalışmamız ile çelişen bir örneğe rastlanmamıştır. Romantik ilişki tatmininde ve ilişki stresine verilen tepkilerde kendinelikliğin rolünü inceleyen sağlıklı çiftlerle yapılan bir çalışmada kendinelik ve ilişki tatmini arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur, farkındalık düzeyi yüksek olan kişilerin ilişki çatışmalarında kaygı, öfke ve düşmanlık seviyelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (70).

Ayrıca, 2004 yılında geliştirilen ve çiftlere yargılamadan dinleme, şefkatli iletişim ve kabul becerilerini öğreten Kendinelik Temelli İlişki Geliştirme (Mindfulness-Based Relationship Enhancement - MBRE) programının teorik altyapısı, çalışmamızın bulgularını güçlü bir şekilde desteklemekte ve BB tanısı olan çiftler için potansiyel bir müdahale modeli sunmaktadır (73).

Bu araştırma rastladığımız kadarıyla BB popülasyonunda evlilikte kendinelikliğin evlilik doyumunu ile ilişkisini inceleyen ilk çalışmadır. Bipolar bozukluğu olan bireylerde evli olmanın sosyal işlevsellik ve prognoz üzerinde koruyucu bir etkisi olduğu bilinmektedir

(143). Bu bağlamda BB tanımlı bireylerde evlilik doyumu ve kendineliği hedefleyen psikoterapötik müdahalelerin geliştirilmesi, bireylerin sosyal işlevselliklerinin artırılmasına ve uzun dönem iyilik hallerinin desteklenmesine katkı sağlayabilir.

5.5. ARAŞTIRMA KISITLILIKLARI

Bu araştırmanın bulguları, literatüre önemli katkılar sunmakla birlikte, sonuçların yorumlanmasında dikkate alınması gereken bazı metodolojik kısıtlılıklar barındırmaktadır.

İlk ve en önemli kısıtlılık, çalışmanın kesitsel tasarımıdır. Bu tasarım, değişkenler arasında nedensellik ilişkisi kurulmasına olanak tanımamaktadır. Örneğin, çalışmamız içselleştirilmiş damgalanmanın düşük evlilik doyumu ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Ancak bu veriyle, içselleştirilmiş damgalanmanın mı evlilik doyumunu düşürdüğü, yoksa zaten doyumsuz olan bir evlilik ortamının mı bireyin damgalanma hissini artırdığı sorusuna net bir yanıt verilememektedir. Bu çift yönlü ilişkinin doğasını aydınlatmak için boyamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

İkinci olarak, çalışmanın örneklem yapısı bulguların genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Örneklemin çoğunluğunun kadın (%64,6) olması ve tek bir merkezdeki kentsel bir popülasyondan oluşması, sonuçların erkek hastalar veya farklı coğrafi bölgelerde yaşayanlar için ne ölçüde geçerli olduğu konusunda temkinli olmayı gerektirir.

Üçüncü olarak, veriler yalnızca hastanın tek taraflı bildirimine dayanmaktadır. Evlilik doyumu, doğası gereği ikili (dyadic) bir yapıdır. Partnerin algıladığı doyum, yaşadığı bakım verme yükü, kendi psikolojik esneklik ve kendinelik düzeyi gibi faktörlerin değerlendirmeye dahil edilmemesi, ilişkinin bütüncül bir resmini sunmada eksiklik yaratmaktadır. Partnerin perspektifinin olmaması, bulguların önemli bir boyutunu göz ardı etmektedir.

Son olarak, veri toplama aracı olarak öz-bildirim ölçeklerinin kullanılması, sosyal beğenirlik (toplum tarafından onaylanan yanıtlar verme eğilimi) gibi potansiyel yanlılıklara açıktır. Katılımcılar, gerçek duygu ve düşüncelerinden ziyade, idealize ettikleri veya araştırmacı tarafından olumlu karşılanacağını düşündükleri yanıtları vermiş olabilirler.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın bulguları, araştırma hipotezlerini test ederek BB'li bireylerin evlilik doyumuna dair önemli sonuçlara ulaşmıştır.

Araştırmanın temel hipotezleri test edilmiştir. Evlilikte kendindeligin (EBFÖ) evlilik doyumunu (EYÖ) ile güçlü ve pozitif bir ilişkisi olduğu ($r=0.650$, $p<0.001$), psikolojik katılığın (KEF-2) ($r=-0.411$, $p<0.001$) ve içselleştirilmiş damgalanmanın (RHİDÖ) ($r=-0.473$, $p<0.001$) ise evlilik doyumunu ile anlamlı ve negatif bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, daha yüksek kendinelik ve psikolojik esnekliğe sahip, daha düşük içselleştirilmiş damgalanma yaşayan bireylerin evliliklerinden daha fazla doyum sağladığına dair hipotezleri desteklemektedir.

Cinsiyet, eşin eğitim seviyesi ve algılanan sosyoekonomik düzeye ilişkin hipotezler desteklenmemiştir. Kadın ve erkek katılımcılar arasında, eşlerinin eğitim düzeyleri farklı olanlar arasında ve farklı sosyoekonomik düzey algısına sahip olanlar arasında evlilik doyumunu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu durum, mevcut örneklemede BB gibi kronik bir hastalığın varlığında, bu demografik faktörlerin evlilik doyumunu üzerindeki etkisinin, diğer psikolojik süreçler kadar belirleyici olmadığını düşündürmektedir.

Evlilik doyumunu yordamaya yönelik modelde, içselleştirilmiş damgalanma (RHİDÖ) en güçlü yordayıcı olarak öne çıkmıştır. Başlangıçta tedaviye uyumun (MTUÖ) evlilik doyumunu anlamlı şekilde yordadığı görülse de modele içselleştirilmiş damgalanma eklendiğinde tedaviye uyumun etkisi istatistiksel olarak anlamsız hale gelmiş ve içselleştirilmiş damgalanma tek anlamlı negatif yordayıcı olarak kalmıştır ($\beta=-0.327$, $p=0.007$). Bu, "Psikolojik esnekliğin yüksek düzeyleri, içselleştirilmiş damgalanmanın düşük düzeyleri ve daha iyi tedaviye uyum evlilik doyumunun yüksek düzeylerini yordar" hipotezini kısmen doğrulamakta; ancak en baskın rolün damgalanmaya ait olduğunu göstermektedir.

Benzer şekilde, evlilikte kendindeligi yordayan faktörler incelendiğinde, yüksek tedavi uyumu (pozitif yordayıcı) ve düşük içselleştirilmiş damgalanmanın (negatif yordayıcı) en anlamlı değişkenler olduğu görülmüştür. Bu da ilgili hipotezi kısmen desteklemektedir.

Çalışmamızın en temel ve klinik olarak en anlamlı sonucu, ötimik dönemdeki BB hastalarında evlilik doyumunu belirleyen en güçlü faktörün, tedaviye uyumdan veya diğer demografik özelliklerden ziyade, bireyin hastalığına yönelik içselleştirdiği damgalanma olduğudur.

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular, hem ruh sağlığı alanındaki klinik uygulamalar için önemli çıkarımlar sunmakta hem de gelecekteki bilimsel araştırmalara ışık tutmaktadır.

Klinik uygulamalar açısından, mevcut araştırma BB örnekleme yakın ilişkilerdeki işlevsellik bağlamında tedavi uyumunun önemini tekrar vurgulamıştır. Bunun yanında klinik müdahalelerin semptom yönetimi ve tedaviye uyumunun ötesine geçerek içselleştirilmiş damgalanma ile mücadeleyi ve kendinelik becerilerini geliştirmeyi merkeze alması önerilmektedir. Bu doğrultuda, hastanın hastalıkla ilişkili utanç ve kendini eleştirme gibi acı verici içsel deneyimleriyle kurduğu ilişkiyi değiştirmeyi hedefleyen Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) ile Şefkat Odaklı Terapi (CFT) gibi kanıta dayalı modalitelerden yararlanılabilir. Bu yaklaşımlar, bireyin zorlayıcı duygu ve düşüncelerle savaşmak yerine onları kabul etmesine ve kendine şefkat geliştirmesine yardımcı olur. Ayrıca, tedavi sürecine partnerlerin aktif katılımı kritik önem taşıdığından, çiftlere yönelik psikoeğitim programları ve Farkındalık Temelli İlişki Geliştirme (MBRE) gibi şefkatli iletişimi öğreten müdahalelerin Bipolar Bozukluk (BB) tanılı çiftler için uyarlanması faydalı olacaktır.

Gelecekteki araştırmalar için ise bu çalışmanın kesitsel olmasından kaynaklanan sınırlılıkları aşmak amacıyla, daha heterojen bir örnekleme, değişkenler arasındaki nedensellik ilişkilerini inceleyen, boylamsal ve her iki partnerden veri toplayan diadik (ikili) çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Buna ek olarak, "içselleştirilmiş damgalanmanın tedavi uyumu ile evlilik doyumunu ilişkisindeki aracılık rolü" veya "eş desteğinin damgalanmanın olumsuz etkilerini tamponlayan düzenleyici rolü" gibi daha karmaşık hipotezlerin test edilmesi literatüre önemli katkılar sunacaktır. Evlilik doyumunu ile ilişkili faktörleri farklı psikopatolojilerde incelemek yine literatüre katkı sağlayacaktır. Son olarak, nicel verilerin ötesinde, BB tanılı bireylerin ve eşlerinin deneyimlerini kendi anlatımlarıyla daha derinlemesine inceleme olanağı veren görüşmeler gibi nitel araştırma yöntemlerinin kullanılması da önemli katkılar sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar affective disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Kasım 1995;30(6):279-92.
2. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, vd. Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 01 Mayıs 2007;64(5):543.
3. World Health Organization. The global burden of disease : 2004 update. 2008;146.
4. Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabarés-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and Disability in Bipolar Disorder: An Extensive Review. *Psychother Psychosom.* 2009;78(5):285-97.
5. Chaudhury S, Mishra S, Singh A, Verma A, Muke S, Ghanawat G. Marital adjustment of patients with substance dependence, schizophrenia and bipolar affective disorder. *Med J Dr Patil Univ.* 2014;7(2):133.
6. Lam D, Donaldson C, Brown Y, Malliaris Y. Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disord.* Ekim 2005;7(5):431-40.
7. Tutarel-Kışlak S. The relationship between marital adjustment, causal and responsibility attributions. *Türk Psikoloji Dergisi.* 1997;12(40):55-65.
8. Azizoglu-Binici S. Psikolojik yardım için başvuruda bulunan ve bulunmayan evli çiftlerin evlilik ilişkilerini değerlendirmelerinin karşılaştırılması. [Ankara]: Ankara Üniversitesi; 2000.
9. Whisman MA. Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the national comorbidity survey. *J Abnorm Psychol.* Kasım 1999;108(4):701-6.
10. Erus S. Evlilikte bilinçli farkındalık ile öznel iyi oluş arasındaki ilişkide duygusal zeka ve evlilik uyumunun aracılık rolü. İstanbul, Turkey: Yildiz Technical University; 2019.
11. Koyunsever VS. Evlilik doyumunun yordanmasında psikolojik iyi oluş, öz anlayış, bilinçli farkındalık ve eş tükenmişliğinin rolü [Yüksek Lisans tezi]. Mersin: Mersin Üniversitesi; 2022.
12. Hançer N, Özdemir N, Şahin Ş. The relationship between internal stigmatization level and marital compliance in married women patients with bipolar disorder. *Anatol J Psychiatry.* 2020;21(3):292-300.
13. Luoma JB, Nobles RH, Drake CE, Hayes SC, O'Hair A, Fletcher L, vd. Self-Stigma in Substance Abuse: Development of a New Measure. *J Psychopathol Behav Assess.* 01 Haziran 2013;35(2):223-34.
14. Daks J, Rogge R. Examining the Correlates of Psychological Flexibility in Romantic Relationship and Family Dynamics: A Meta-Analysis. *J Context Behav Sci.* 02 Ekim 2020;18.
15. Zamir O, Gewirtz AH, Labella M, DeGarmo DS, Snyder J. Experiential Avoidance, Dyadic Interaction and Relationship Quality in the Lives of Veterans and Their Partners. *J Fam Issues.* 01 Nisan 2018;39(5):1191-212.
16. Yeloğlu ÇH. ÖNEMLİ BİR RUH SAĞLIĞI SORUNU: BİPOLAR BOZUKLUK. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Derg.* 01 Haziran 2017;41-41.
17. Marneros A, Angst J, Marneros A, Angst J, editörler. Bipolar disorders: roots and evolution [İnternet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2000. s. 1-35. Erişim adresi: https://link.springer.com/10.1007/0-306-47521-9_1
18. American Psychiatric Association, editör. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR™. Fifth edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022. 1050 s.
19. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı. Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin DSM-IV-TR Hekimler Yayın Birliği. 2014;4:419-47.
20. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ, vd. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry.* Ocak 2011;68(1):90-100.

21. Kennedy N, Boydell J, Kalidindi S, Fearon P, Jones PB, van Os J, vd. Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35-year period in Camberwell, England. *Am J Psychiatry*. 2005;162(2):257-62.
22. de Dios C, González-Pinto A, Montes JM, Goikolea JM, Saiz-Ruiz J, Prieto E, vd. Predictors of recurrence in bipolar disorders in Spain (PREBIS study data). *J Affect Disord*. 2012;141(2-3):406-14.
23. Sajatovic M, Strejilevich SA, Gildengers AG, Dols A, Al Jurdi RK, Forester BP, vd. A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force. *Bipolar Disord*. Kasım 2015;17(7):689-704.
24. Arisoy Ö, Oral ET. Bipolar Bozuklukla İlgili Genetik Araştırmalar: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Derg*. 2009;20(3).
25. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. *The Lancet*. 2013;381(9878):1654-62.
26. Brady Jr RO, McCarthy JM, Prescott AP, Jensen JE, Cooper AJ, Cohen BM, vd. Brain gamma-aminobutyric acid (GABA) abnormalities in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2013;15(4):434-9.
27. van Enkhuizen J, Milienne-Petiot M, Geyer MA, Young JW. Modeling bipolar disorder in mice by increasing acetylcholine or dopamine: chronic lithium treats most, but not all features. *Psychopharmacology (Berl)*. 2015;232(18):3455-67.
28. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul: Görsel Sanatlar Basımevi; 2003. 467-540 s. İçinde.
29. Kauer-Sant'Anna M, Kapczinski F, Andreazza AC, Bond DJ, Lam RW, Young LT, vd. Brain-derived neurotrophic factor and inflammatory markers in patients with early- vs. late-stage bipolar disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. Mayıs 2009;12(04):447.
30. Goldstein BI, Kemp DE, Soczynska JK, McIntyre RS. Inflammation and the Phenomenology, Pathophysiology, Comorbidity, and Treatment of Bipolar Disorder: A Systematic Review of the Literature. *J Clin Psychiatry*. 15 Ağustos 2009;70(8):1078-90.
31. Drexhage RC, Knijff EM, Padmos RC, Heul-Nieuwenhuijzen LVD, Beumer W, Versnel MA, vd. The mononuclear phagocyte system and its cytokine inflammatory networks in schizophrenia and bipolar disorder. *Expert Rev Neurother*. Ocak 2010;10(1):59-76.
32. Sadock BJ. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2016. Duygudurum Bozuklukları.
33. Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ, Cluss PA, Houck PR, Stapf DA. Demographic and Clinical Characteristics of Individuals in a Bipolar Disorder Case Registry. *J Clin Psychiatry*. 15 Şubat 2002;63(2):120-5.
34. Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK. Diagnosing Bipolar Disorder and the Effect of Antidepressants: A Naturalistic Study. *J Clin Psychiatry*. 15 Ekim 2000;61(10):804-8.
35. Wrigley S, Jackson H, Judd F, Komiti A. Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(6):514-21.
36. Kessing LV. Diagnostic stability in bipolar disorder in clinical practise as according to ICD-10. *J Affect Disord*. Nisan 2005;85(3):293-9.
37. Angst J, Gamma A, Bowden CL, Azorin JM, Perugi G, Vieta E, vd. Diagnostic criteria for bipolarity based on an international sample of 5,635 patients with DSM-IV major depressive episodes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. Şubat 2012;262(1):3-11.
38. Öztürk M, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14. bs. Ankara: Nobel Tıp kitapevleri; 2016.
39. Ösby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparén P. Excess Mortality in Bipolar and Unipolar Disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry*. 01 Eylül 2001;58(9):844-50.
40. Pompili M, Gonda X, Serafini G, Innamorati M, Sher L, Amore M, vd. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar Disord*. 2013;15(5):457-90.
41. Akpınar B, Kırlioğlu M. Bazı Değişkenler Açısından Evlilik Uyumunun İncelenmesi ve Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutumunun Evlilik Uyumuna Etkisi. *Selçuk Üniversitesi Sos Bilim Mesl Üksekokulu Derg*. 2020;23(2):736-46.
42. Gambrel LE, Piercy FP. Mindfulness-based relationship education for couples expecting their first child—Part 2: Phenomenological findings. *Journal of marital family therapy*. 2015;41(1):25-41.

43. Çağ P, Yıldırım İ. Relational and personal predictors of marital satisfaction. *Türk psikolojik danışma ve rehberlik dergisi*. 2013;4(39):13-23.
44. Sokolski, D.M. ve Hendrick, S.S. (1999). Marital satisfaction. *American Journal of Family Therapy*, 26(1), 39-49.
45. Rowan DG, Compton WC, Rust JO. Self-actualization and empathy as predictors of marital satisfaction. *Psychological Reports*. 1995;77(3):1011-6.
46. Glenn ND, Weaver CN. The contribution of marital happiness to global happiness. *Journal of Marriage and the Family*. 1981:161-8.
47. Riehl-Emde A, Thomas V, Willi J. Love: An important dimension in marital research and therapy. *Family process*. 2003;42(2):253-67.
48. Yüksel Ö, Dağ İ. Kadınlarda evlilik uyumu ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: stresle baş etme biçimleri ve toplumsal cinsiyet rolü tutumlarının aracı rolleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2015;26(3):181-8.
49. Kirby JS. A study of the marital satisfaction levels of participants in a marriage education course: University of Louisiana at Monroe; 2005.
50. Power TG, Parke RD. Social network factors and the transition to parenthood. *Sex Roles*. 1984;10(11):949-72.
51. Jose O, Alfons V. Do demographics affect marital satisfaction? *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2007;33(1):73-85.
52. Hatipoğlu Z. The role of certain demographic variables and marital conflict in marital satisfaction of husbands and wives. Ankara: Middle East Technical University; 1993.
53. Üncü SY. Duygusal zeka ve evlilik doyumu ilişkisi. Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı; 2007.
54. Yelsma, P., ve Athappilly, K. (1988). Marital satisfaction and communication practices: comparisons among Indian and American couples. *Journal of Comparative Family Studies*, 19, 37.
55. İmamoğlu, O. (1994). Değişim Sürecinde Aile; Evlilik İlişkileri Bireysel Gelişim ve Demokratik Değerler. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Ankara.
56. Kabat-Zinn J. Mindfulness meditation: Health benefits of an ancient Buddhist practice. *Mind/body medicine*. 1993:259-75.
57. Welwood J. Love and awakening. New York: HarperCollins; 1996.
58. Breslau J, Miller E, Jin R, Sampson NA, Alonso J, Andrade LH, vd. A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce. *Acta Psychiatr Scand*. Aralık 2011;124(6):474-86.
59. Ögel K. Farkındalık (ayırısama) ve kabullenme temelli terapiler. Ankara: HYB Yayıncılık; 2015.
60. Doğan S. İlköğretim okulu yöneticilerinin liderlik stilleri ile kullandıkları çatışma çözüm stratejileri arasındaki ilişki. Ankara: Gazi Üniversitesi 2005.
61. Kleen M, Reitsma B. Appliance of Heart Rate Variability Biofeedback in Acceptance and Commitment Therapy: A Pilot Study. *Journal of Neurotherapy*. 2011;15(2):170-81.
62. Gambrel, L. E., ve Keeling, M. L. (2010). Relational aspects of mindfulness: Implications for the practice of marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 32(4).
63. Çatak, P. D., ve Ögel, K. (2010). Farkındalık Temelli Terapiler ve Terapötik Süreçler. *Klinik Psikiyatri*, 13, 85-91.
64. Alkan S. Bipolar I bozukluk tanılı hastalarda kalıntı belirtiler ile bilinçli farkındalık arasındaki ilişkinin incelenmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2020.
65. Çakmak S, Tamam L. Remisyonda olan bipolar bozukluk tip I olgularında bilinçli farkındalık ile atak sıklığı ilişkisi. *Cukurova Med J*. 30 Haziran 2021;46(2):714-23.
66. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. 2011;6(6):537-59.
67. Aydoğdu BE, DiRiK G. Bipolar Bozuklukta Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*. 31 Mart 2020;12(1):16-31.

68. Bojic S, Becerra R. Mindfulness-based treatment for Bipolar Disorder: A systematic review of the literature. *Eur J Psychol.* 31 Ağustos 2017;13(3):573-98.
69. Wachs K, Cordova JV. Mindful Relating: Exploring Mindfulness and Emotion Repertoires in Intimate Relationships. *J Marital Fam Ther.* Ekim 2007;33(4):464-81.
70. Barnes S, Brown KW, Krusemark E, Campbell WK, Rogge RD. The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *J Marital Fam Ther.* 2007;33(4):482-500.
71. Atkinson B. Mindfulness training and the cultivation of secure, satisfying couple relationships. *Couple Family Psychology: Research Practice.* 2013;2(2):73.
72. Laurent HK, Hertz R, Nelson B, Laurent SM. Mindfulness during romantic conflict moderates the impact of negative partner behaviors on cortisol responses. *Hormones and Behavior.* 2016;79:45-51.
73. Carson JW, Carson KM, Gil KM, Baucom DH. Mindfulness-based relationship enhancement. *Behav Ther.* 2004;35(3):471-94.
74. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy an experiential approach to behavior change. 1999;
75. Aktepe M. Bipolar Bozukluk Hastalarında Psikolojik Esneklik [Tıpta Uzmanlık Tezi]. 2016.
76. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* 2006;44(1):1-25.
77. Blackledge, John T., and Steven C. Hayes. Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of clinical psychology* 2001;57 (2): 243-255.
78. Harris R. Kabul ve Kararlılık Terapisi ACT'i Kolay Öğrenmek. Karatepe HT, Yavuz KF, translators. 2nd ed. Litera Yayıncılık; 2017.
79. Yavuz KF. Kabul ve kararlılık terapisi (ACT): Genel bir bakış. *Turk Klin J Psychiatry Spec Top.* 2015;8(2):21-7.
80. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol.* Aralık 1996;64(6):1152-68.
81. Gilbert KE, Tonge NA, Thompson RJ. Associations between depression, anxious arousal and manifestations of psychological inflexibility. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 01 Mart 2019;62:88-96.
82. Levin ME, MacLane C, Daflos S, Seeley JR, Hayes SC, Biglan A, vd. Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *J Context Behav Sci.* 01 Temmuz 2014;3(3):155-63.
83. Meyer EC, La Bash H, DeBeer BB, Kimbrel NA, Gulliver SB, Morissette SB. Psychological inflexibility predicts PTSD symptom severity in war veterans after accounting for established PTSD risk factors and personality. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy.* 2019;11:383-90.
84. Houghton DC, Compton SN, Twohig MP, Saunders SM, Franklin ME, Neal-Barnett AM, vd. Measuring the role of psychological inflexibility in Trichotillomania. *Psychiatry Res.* 15 Aralık 2014;220(1):356-61.
85. Cansız A, Nalbant A, Yavuz K. Investigation of Psychological Flexibility in Patients with Schizophrenia. *J Cogn-Behav Psychother Res.* 2019;(0):1.
86. Aktepe M. Bipolar bozukluk hastalarında psikolojik esneklik. Tıpta Uzmanlık Tezi Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalık Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği İstanbul. 2016.
87. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *Int J Clin Health Psychol.* 01 Ocak 2018;18(1):60-8.
88. Momeni K, Radmehr F. The effect of treatment of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on marital adjustment, sense of coherence and psychological flexibility of Veteran's wives. *J Mil Med.* 2019;21(1):12-21.
89. Byrne P. Psychiatric stigma. *Br J Psychiatry.* Mart 2001;178(3):281-4.
90. Gray AJ. Stigma in Psychiatry. *J R Soc Med.* 01 Şubat 2002;95(2):72-6.

91. Shrivastava A, Johnston M, Bureau Y. Stigma of Mental Illness-1: Clinical reflections. *Mens Sana Monogr.* 2012;10(1):70-84.
92. Taşkın E, editör. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. *Meta Basım Matbaacılık*; 2007. 255-278 s.
93. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract.* 1998;5:201-22.
94. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalanma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* 2011;2(3):136-40.
95. Rössler W. The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. *EMBO Rep.* Eylül 2016;17(9):1250-3.
96. Arboleda-Flórez J. What causes stigma? *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* Şubat 2002;1(1):25-6.
97. Boyd Ritsher J, Otilingam P, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.* 2003;121(1):31-49.
98. Yanos P, Roe D, Lysaker P. Narrative enhancement and cognitive therapy: a new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *Int J Group Psychother.* 2011;61(4):576-95.
99. Link B, Struening E, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan J. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv.* 2001;52(12):1621-6.
100. Sarısoy G, Kaçar ÖF, Pazvantoğlu O, Korkmaz IZ, Öztürk A, Akkaya D, vd. Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: a comparative study. *Compr Psychiatry.* Ağustos 2013;54(6):665-72.
101. Nilsson KK, Kugathasan P, Straarup KN. Characteristics, correlates and outcomes of perceived stigmatization in bipolar disorder patients. *J Affect Disord.* Nisan 2016;194:196-201.
102. Grover S, Hazari N, Aneja J, Chakrabarti S, Avasthi A. Stigma and its correlates among patients with bipolar disorder: A study from a tertiary care hospital of North India. *Psychiatry Res.* 30 Ekim 2016;244:109-16.
103. Pal A, Sharan P, Chadda RK. Internalized stigma and its impact in Indian outpatients with bipolar disorder. *Psychiatry Res.* Aralık 2017;258:158-65.
104. Oliveira SEH, Esteves F, Carvalho H. Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders. *Psychiatry Res.* Eylül 2015;229(1-2):167-73.
105. Torun N. Şiddete yönelik beyaz kod verilerin değerlendirilmesi. *Cukurova Med J.* 30 Eylül 2020;45(3):977-84.
106. Rüsç N, Corrigan PW, Wassel A, Michaels P, Olschewski M, Wilkniss S, vd. Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness. *Acta Psychiatr Scand.* Ekim 2009;120(4):320-8.
107. Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S, Lam RW. Bipolar disorder and quality of life: a patientcentered perspective. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* Şubat 2006;15(1):25- 37.
108. Post F, Pardeller S, Frajo-Apor B, Kemmler G, Sondermann C, Hausmann A, vd. Quality of life in stabilized outpatients with bipolar I disorder: Associations with resilience, internalized stigma, and residual symptoms. *J Affect Disord.* 2018;238:399-404.
109. Nawaz MA, Saeed L, Mushtaque I. Mediating Role of Spousal Support on Internalized Stigma and Marital Satisfaction among depressive Patients. *Rev Educ Adm Law.* 31 Aralık 2021;4(4):561-72.
110. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA.* 2013;310(20).
111. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu [İnternet]. Erişim adresi: https://titek.gov.tr/storage/Archive/2024/contentFile/yi%20Klinik%20Uygulamalar%C4%B1%20K%C4%B1lavuzu_2e0f973b-72db-4381-8178-6e0893dcd140.pdf
112. Kazemi M, Zanganeh Motlagh F. Prediction of Marital Dissatisfaction Based on the Resilience, Marital Commitment and Rumination. *Int J Appl Behav Sci.* 28 Aralık 2020;7(4):1-10.

113. Brodie HKH, Leff MJ. Bipolar Depression—A Comparative Study of Patient Characteristics. *Am J Psychiatry*. Şubat 1971;127(8):1086-90.
114. Levkovitz V, Fennig S, Horesh N, Barak V, Treves I. Perception of ill spouse and dyadic relationship in couples with affective disorder and those without. *J Affect Disord*. Haziran 2000;58(3):237-40.
115. Schumm WR, Webb FJ, Bollman SR. Gender and Marital Satisfaction: Data from the National Survey of Families and Households. *Psychol Rep*. Ağustos 1998;83(1):319-27.
116. Jackson JB, Miller RB, Oka M, Henry RG. Gender Differences in Marital Satisfaction: A Meta-analysis. *J Marriage Fam*. Şubat 2014;76(1):105-29.
117. Heavey CL, Layne C, Christensen A. Who's got the power? Gender differences in partners' perceptions of influence during marital problem-solving discussions. *Fam Process*. 1995 Sep;34(3):303-21.
118. Göktürk Hayli R. Evlilik Doyumunun Evlenme Biçimi Açısından İncelenmesi: Bir Meta-Analiz Çalışması. *J Turk Stud*. 01 Ocak 2017;12(Volume 12 Issue 28):429-44.
119. Yedirir S, Hamarta E. Eş desteğinin evlilik doyumunu ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisi. 2015;35(3):817-32.
120. Kabasakal Z, Soylu C. Evli bireylerin evlilik doyumunun cinsiyet ve eş desteğine göre incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*. 2016;5(2):299-307.
121. Zaidi SMIH. A study on marital satisfaction and stress among bipolar patients. *Int J Curr Res*. 2015;7(4):15488-92.
122. Conger RD, Elder GH, Lorenz FO, Conger KJ, Simons RL, Whitbeck LB, et al. Linking economic hardship to marital quality and instability. *J Marriage Fam*. 1990;52(3):643-56.
123. Moghaddam MF, Sodejani ZA, Heidari H. Predict marital satisfaction based on the variables of socioeconomic status (SES) and social support, mediated by mental health, in women of reproductive age: Path analysis model. *Brain Behav*. 2022;12(3):e2482.
124. Mikaeili Manie F, Shirzadeh M, Ab Khiz S. The Relationship between Marital Satisfaction and Perceived Social Support with life Satisfaction in Married Women: Investigating the Moderating Role of Occupation and Perceived Socioeconomic Status. *Women's Studies Sociological and Psychological*. 2022;19(4):129-169.
125. Gao W, Ou Z. The impact of education level on marital satisfaction: Evidence from China. *Humanit Soc Sci Commun*. 2023;10(1):1-11.
126. Schwartz CR, Mare RD. Trends in educational assortative mating from 1940 to 2009. *Demography*. 2012;49(3):1001-25.
127. Rathbun-Grubb S. The Lived Experience of Work and Career Among Individuals with Bipolar Disorder: A Phenomenological Study of Discussion Forum Narratives. *Int J Divers Incl IJIDI [Internet]*. 27 Ağustos 2019 [a.yer 28 Haziran 2025];3(4). Erişim adresi: <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/ijidi/article/view/33011>
128. Namlı Z. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda çift uyumu ve cinsel işlevlerin değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Adana: Çukurova Üniversitesi; 2015.
129. Yazar ER. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda beden algısı ile cinsel işlev bozukluğu ve çift uyumunun ilişkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2020.
130. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
131. Bulut M. Bipolar bozukluk tanısı almış ve almamış hasta eşlerinin evlilik uyumu ve yaşam kalitesi [Yüksek lisans tezi]. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2018.
132. Aslan KN, Bilican İ. Bipolar Bozukluğa Sahip Bireylerin Romantik İlişkilerinin İncelenmesi: Fenomonolojik Bir Çalışma. *İnsan ve Hal Dergisi*. 2022;2(1):145-56.
133. Crowe M, Wilson L, Inder M. Patients' reports of the factors influencing medication adherence in bipolar disorder—an integrative review of the literature. *International journal of nursing studies*. 2011;48: 894-903.
134. Sajatovic M, Valenstein M, Blow F, Ganoczy D, Ignacio R. Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*. 2007;58:855-63.

135. Perich T, Manicavasagar V, Mitchell PB, Ball JR. Mindfulness, response styles and dysfunctional attitudes in bipolar disorder. *J Affect Disord.* Kasım 2011;134(1-3):126-32.
136. Gilbert K, Gruber J. Emotion Regulation of Goals in Bipolar Disorder and Major Depression: A Comparison of Rumination and Mindfulness. *Cogn Ther Res.* Ağustos 2014;38(4):375-88.
137. Tang YY, Hölzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci.* Nisan 2015;16(4):213-25.
138. Lovas DA, Schuman-Olivier Z. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review. *J Affect Disord.* Kasım 2018;240:247-61.
139. Carruthers SP, Rossell SL, Murray G, Karantonis J, Furlong LS, Van Rheenen TE. Mindfulness, mood symptom tendencies and quality of life in bipolar disorder: An examination of the mediating influence of emotion regulation difficulties. *J Affect Disord.* Şubat 2022;298:166-72.
140. Namli Z, Tamam L, Demirkol ME, Karaytuğ MO, Yeşiloğlu C, Uğur K. The Relationship among Dyadic Adjustment and Disease Burden in Patients with Bipolar Disorder and Their Spouses. *Behav Sci.* 22 Ocak 2023;13(2):91.
141. Demirkol ME, Tamam L, Evlice YE, Karaytuğ MO. Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumu. *Cukurova Med J.* 03 Kasım 2015;40(3):555.
142. Karaytuğ MO, Tamam L, Demirkol ME, Namli Z. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Tedaviye Uyum ve İlişkili Faktörler. *Arşiv Kaynak Tarama Derg.* 31 Mart 2022;31(1):21-7.
143. Azorin JM, Lefrere A, Belzeaux R. The Impact of Bipolar Disorder on Couple Functioning: Implications for Care and Treatment. A Systematic Review. *Medicina (Mex).* 29 Temmuz 2021;57(8):771.
144. Clarkin JF, Carpenter D, Hull J, Wilner P, Glick I. Effects of Psychoeducational Intervention for Married Patients with Bipolar Disorder and Their Spouses. *Psychiatr Serv.* Nisan 1998;49(4):531-3.
145. Gonzalez-Pinto A, Mosquera F, Alonso M, López P, Ramírez F, Vieta E, vd. Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment. *Bipolar Disord.* Ekim 2006;8(5p2):618-24.
146. Önen Cİ. Yaygın anksiyete semptomlarının yordanmasında üstbilgi, bilinçli farkındalık ve psikolojik esnekliğin rolü [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Kent Üniversitesi; 2021.
147. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
148. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(7):865-78.
149. Fruzzetti AE. *The High-Conflict Couple: A Dialectical Behavior Therapy Guide to Finding Peace, Intimacy, and Validation.* Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2006.
150. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2007;18(2):163-171.
151. Özdamar Ünal G, Öztürk A. The relationship between internalized stigma, quality of life, and self-esteem in individuals with bipolar disorder. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2021;13(3):349-60.
152. Çelik M, Kardaş F, Işık Ü, vd. The relationship between disability, internalized stigma and mental recovery in patients with bipolar disorder. *Front Psychol.* 2024;15:1396545.
153. Szulewski A, Howes D, Van Merriënboer JJG, Sweller J. From Theory to Practice: The Application of Cognitive Load Theory to the Practice of Medicine. *Acad Med.* Ocak 2021;96(1):24-30.
154. Young JQ, Van Merriënboer J, Durning S, vd. Cognitive load theory: Implications for medical education and clinical practice. *Med Teach.* 2014;36(5):371-84.
155. Ostroff JS, Diamond LC, Horn-Ross PL, vd. Shame- and guilt-proneness in lung cancer: A mediator of the relationship between internalized stigma, depression, and anxiety. *Psychooncology.* 2021;30(5):765-772.
156. Rosen C, Mueser KT, Valentiner DP, vd. The burdens and benefits of living with bipolar II disorder: A qualitative study. *J Affect Disord.* 2024;356:114-121.
157. Kcomt L, Gorey KM, Beder J. Minority stress-related moral injury among sexual and gender minorities. *J Homosex.* 2024;71(1):1-23.
158. Sütücü ST, Kılıç C. The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspect Psychiatr Care.* 2020;56(1):149-167.

159. Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Self-stigma in serious mental illness: A systematic review of frequency, correlates, and consequences. *Schizophrenia Bulletin*. 2021;47(5):1261-87.
160. Mackali Z, Çetinkaya S, Ay N. The mediating role of self-compassion in the relationship between internalized stigma and psychological resilience in bipolar disorder. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. Aralık 2023;96(4):952-66.
161. Tozoğlu EÖ, Gürbüzer N. Internalized stigma level, family self-stigma, and family burden of patients receiving community mental health center services: a comparative, longitudinal study. *Front Psychiatry* [Internet]. 12 Aralık 2024 [a.yer 13 Temmuz 2025];15. Erişim adresi: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2024.1469448/full>
162. Çekiç M. Bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın empati ve işlevsellik üzerine etkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2014.
163. Richards KC, Campenni CE, Muse-Burke JL. Self-care and Well-being in Mental Health Professionals: The Mediating Effects of Self-awareness and Mindfulness. *J Ment Health Couns*. 01 Temmuz 2010;32(3):247-64.
164. Grover S, Nehra R, Thakur A. Bipolar affective disorder and its impact on various aspects of marital relationship. *Ind Psychiatry J*. 2017;26(2):114.



EKLER

EK 1 - SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

AD-SOYAD:

YAŞ:

CİNSİYET:

1. Kadın () 2. Erkek ()

MEDENİ DURUM:

1. Evli () 2. Bekar () 3. Dul ()

EĞİTİM DURUMU:

1. İlkokul () 2. Ortaokul () 3. Lise () 4. Lisans ve üstü ()

EŞ EĞİTİM DURUMU:

1. İlkokul () 2. Ortaokul () 3. Lise () 4. Lisans ve üstü ()

MESLEĞİNİZ:

1. Devlet Memuru () 2. Özel Sektör () 3. Diğer () 4. Çalışmıyor ()

ÇALIŞIYORSANIZ VARDİYALI MI ÇALIŞIYORSUNUZ?

- EVET () HAYIR ()

ALGILANAN SOSYO EKONOMİK DÜZEY:

1. Düşük () 2. Orta () 3. Yüksek ()

ÇOCUK SAYISI:

1. Çocuk yok () 2. 1 () 3. 2 () 4. 3 ve üzeri ()

NASIL TANIŞTINIZ:

.....

ALGILANAN EVLİLİK BİÇİMİ:

EVLİLİK SÜRESİ :

1. 1-4 yıl ()
2. 5-9 yıl ()
3. 10-14 yıl ()
4. 15 yıl ve üzeri ()

KİMLERLE YAŞIYORSUNUZ:

1. Sadece eş ve çocuklarımla yaşıyorum ()
2. Ebeveynlerimden ya da diğer aile üyelerinden bizimle yaşayanlar var ()
3. Eşimle ayrı yaşıyorum ()

EK TIBBİ HASTALIĞINIZ VAR MI:

1. Var ()
2. Yok ()

BİPOLAR BOZUKLUK TANISI ALMANIZIN ÜZERİNDEN GEÇEN SÜRE:

1. 6 ay-1 yıl ()
2. 1 yıl -3 yıl ()
3. 3 yıl-5 yıl ()
4. 5 yıl ve üzeri ()

BİPOLAR BOZUKLUK BAŞLANGIÇ YAŞI

1. 18 yaş altı ()
2. 18-25 yaş ()
3. 25-30 yaş ()
4. 30-40 yaş ()
5. 40 yaşın üzeri ()

BİPOLAR BOZUKLUK SEBEBİYLE HASTANE YATIŞINIZ:

1. 0 yatış ()
2. 1 yatış ()
3. 2-5 yatış ()
4. 5-10 yatış ()
5. 10 üzeri yatış ()

KULLANDIĞINIZ İLAÇLAR:

.....

.....

.....

.....

.....

İLAÇ YAN ETKİSİ:

A. Cinsel yan etki 1. Var () 2. Yok ()

B. Diğer


ALKOL KULLANIMI:

1. Var () 2. Yok ()

SİGARA KULLANIMI:

1. Var () 2. Yok ()

PSİKOAKTİF MADDE KULLANIMI:

1. Var () 2. Yok ()

EK 2 - YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Orjinalinde son 48 saat, ancak son yıllarda yapılan pek çok çalışmada son bir hafta değerlendirmeye alınmaktadır. Hastanın söylediklerinden çok klinisyenin kanaati önemlidir. Tanı koymak amacıyla değil, o anki manik durumun şiddetini belirlemek için kullanılır. Ölçekteki her bir üst basamağın kendinden önceki alt basamakları kapsadığı kabul edilir. 15- 30 dakikalık bir görüşme ile uygulanır. Hastanın kendi ifadelerine izin verilir. Görüşme anındaki değerlendirme dışında servis personeli ya da hasta ailesinden bilgi alınabilir.

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok
1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok
1. Kendini enerjik hissetme
2. Canlılık; jestlerde artış
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok
1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor
1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır

3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İritabilite

0. Yok
2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok
2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basınçlı. durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok
1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması
3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali
4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce yapı bozukluğu

0. Normal
2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın
2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım
1. Hafif derecede dağınıklık
2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) Dış görünüm

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor
1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

EK 3 - HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ/HAM- D
Hasta adı soyadı:
Görüşmeyi yapan hekim
TÜM MADDELER İÇİN BELİRTİ YOKSA "0" PUAN
1. DEPRESİF RUH HALİ: 1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor. 2. Kendiliğinden söylüyor. 3. Yüz ifadesi, postür, sesinden, ağlamasından anlaşılıyor. 4. Konuşma sırasında spontan belirtiyor.
2. SUÇLULUK: 1. Kendi kendini kınama, insanları üzdüğünü sanma 2. Eski yaptıkları veya hatalarından suçluluk duyma 3. hastalığı bir cezadır, suçluluk hezeyanları 4. Görme-işitme (itham-ihbar eden) halüsinasyonları
3. İNTİHAR: 1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor. 2. Keşke ölmüş olsaydım şeklinde düşünme 3. İntihar düşüncesi olması veya belli eden jestler 4. Girişimde bulunmuş olma
4. UYKUYA DALAMAMAK: 1. Yarım saat kadar 2. Gece boyunca
5. GECE YARISI UYANMAK: 1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız 2. Gece yarısı uyanmak, nedensiz olarak yataktan kalkmak
6. SABAH ERKEN UYANMAK: 1. Erken uyanmak, sonra tekrar dalmak 2. Erken uyanmak tekrar uyuyamayıp yataktan kalkmak

<p>7. ÇALIŞMA VE AKTİVİTELER:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kendini yetersiz hissetme2. İlgisini kaybetmiş, kendi söylüyor veya başkaları bildiriyor.3. Harcadığı süre ve üretim azalması. Yatan hastada 3 saatten az aktivite.4. Çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastada yardımsız hiç aktivite yoksa
<p>8. RETARDASYON:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hafif2. Açık3. Görüşmek zor4. Tam stupor
<p>9. AJİTASYON:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
<p>10. PSİŞİK ANKSİYETE:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Subjektif gerilim ve irritabilite2. Küçük şeylere üzülüyor.3. Yüzünden-konuşmasından endişesi anlaşılıyor.4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
<p>11.SOMATİK ANKSİYETE:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hafif2. İlmli3. Şiddetli4. Çok şiddetli
<p>12. GASTROİNTESTİNAL SOMATİK SEMPTOMLAR:</p> <ol style="list-style-type: none">1. İştahsız, ancak personelin ısrarı ile yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.2. Personel zorlamasa yemek yemiyor, şikayetleri için ilaç istiyor.
<p>13. GENEL SOMATİK SEMPTOMLAR:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kol-bacak-sırt-başında ağırlık-ağrı,kaslarda sızlama,enerji kaybı, yorgunluk2. Herhangi bir kesin şikayet
<p>14. GENİTAL SEMPTOMLAR:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hafif2. Şiddetli3. Belirlenemeyen
<p>15. HİPOKONDRIAZİS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kuruntulu2. Aklını sağlık konularına takmış3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.4. Hipokondriak hezeyanlar

16. ZAYIFLAMA:

- A. 1. Önceki hastalığına bağlı
2. Kesin kilo kaybı
- B. 1. Haftada 0,5 kg' dan az
2. Haftada 0,5 kg' dan fazla
3. Haftada 1 kg' dan fazla

17. DURUMU HAKKINDA GÖRÜŞÜ:

1. Hasta ve depresyonda olduğunu bilmektedir.
2. Hastalığını biliyor ama bunu iklime kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor
3. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

TOPLAM PUAN

- 0-13: Depresyon yok
14-27: Hafif Depresyon
28-41: Orta Depresyon
42-53: Şiddetli Depresyon

EK 4 - DSM-5 BOZUKLUKLARI İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME KLİNİSYEN VERSİYONU

DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV)

	Şu anda	Yaşam boyu
DUYGUDURUM EPİZODLARI		
Major depresif epizod		
Manik epizod		
Hipomanik Epizod		
Distimik bozukluk		
Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu		
Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu		
PSİKOTİK SEMPTOMLAR		
Hezeyanlar		
Hallüsinasyonlar		
Dezorganize konuşma ve davranış		
Katatonik davranış		
Negatif semptomlar		
PSİKOTİK BOZUKLUKLAR		
Şizofreni		
Şizofreniform bozukluk		
Şizoaffektif bozukluk		
Sanrısız bozukluk		
Kısa psikotik bozukluk		
Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk		
Madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk		
Başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk		
DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI		
Bipolar I bozukluk		
Bipolar II bozukluk		
Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk		
Major depresif bozukluk		
Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk		
ANKSİYETE VE DİĞER BOZUKLUKLAR		
Panik bozukluğu		
Agorafobi		
Toplumsal kaygı bozukluğu		
Yaygın anksiyete bozukluğu		

	Şu anda	Yaşam boyu
MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI		
Alkol kullanım bozukluğu		
Sedatif/hipnotik anksiyolitik kullanım bozukluğu		
Kanabis kullanım bozukluğu		
Uyarıcı kullanım bozukluğu		
Opiyat kullanım bozukluğu		
Fensiklidin kullanım bozukluğu		
Başka halüsinojen kullanım bozukluğu		
Uçucular kullanım bozukluğu		
Diğer madde kullanım bozukluğu		
OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK ve TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU		
Obsesif-kompulsif bozukluk		
Travma sonrası stres bozukluğu		
ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ/HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU		
Erişkin dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu		
DİĞER BOZUKLUKLAR / TANI ÖLÇÜTÜ OLMADAN İÇERİLEN HASTALIKLAR		
Adet öncesi disfori bozukluğu		
Özgül fobi		
Ayrılma anksiyetesi bozukluğu		
Biriktiricilik bozukluğu		
Beden algısı bozukluğu		
Trikotillomani		
Deri yolma bozukluğu		
Uykusuzluk bozukluğu		
Aşırı uykululuk bozukluğu		
Anoreksiya nevroza		
Bulimiya nevroza		
Kaçıngan / kısıtlı yiyecek alımı		
Bedensel belirti bozukluğu		
Hastalık kaygısı bozukluğu		
Aralıklı patlayıcı bozukluk		
Kumar oynama bozukluğu	? - +	? - +
Uyum bozukluğu	? - +	? - +

EK 5 - EVLİLİKTE BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ

EVLİLİKTE BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ (EBFÖ)

Aşağıda eşinizle ilişkinizdeki yaşantılarla ilgili bir dizi durum verilmiştir. Lütfen her bir maddeyi ilişkinizi değerlendirerek ne sıklıkla yaşadığınıza göre cevaplayınız.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. İlişkimizden beklentilerimi ve isteklerimi eşime açıklayabiliyorum.	1	2	3	4	5
2. Eşim kızgın davrandığında, ona karşılık vermeden önce durumunu anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
3. Eşimle konuşurken onu dikkatlice dinlerim.	1	2	3	4	5
4. Eşimle sarıldığımızda duyularımı fark ederim. Eşimin vücuduma dokunuşlarını (bedensel duyularımı) fark ederim.	1	2	3	4	5
5. Eşimle iletişimdayken onun beden dilindeki değişikliği fark ederim.	1	2	3	4	5
6. Eşimin fikirlerine karşı olsam bile onu dikkatlice dinlerim.	1	2	3	4	5
7. Eşimi olduğu gibi kabul ederim.	1	2	3	4	5
8. Eşimin istediği bir aktiviteyi yaparken özensiz davranırım.	1	2	3	4	5
9. Eşim bana sarıldığında, duygularımı fark ederim.	1	2	3	4	5
10. Eşime duygularımı ve düşüncelerimi rahatça ifade edebilirim.	1	2	3	4	5
11. Eşime hissettiğim olumlu duyguların belli bir süre farkında olamayabiliyorum.	1	2	3	4	5
12. Eşime hissettiğim duygularımın; düşüncelerimi ve davranışlarımı nasıl etkilediğini fark ederim.	1	2	3	4	5

EK 6 - EVLİLİK YAŞAM ÖLÇEĞİ

EVLİLİK YAŞAM ÖLÇEĞİ (EYÖ)

Aşağıda evlilik yaşamına ilişkin 10 cümle bulunmaktadır. Bu cümlelerden her birinin yanında “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “kararsızım”, “katılıyorum”, “kesinlikle katılıyorum” seçenekleri de yer almaktadır. Her cümleyi dikkatle okuyunuz ve sizin evlilik yaşamınıza uygun seçeneğe çarpı (x) koyarak işaretleyiniz. Sizden isminizi yazmanız istenmemektedir. Sonuçlar yalnız araştırma amacıyla kullanılacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. İçtenlikle verdiğiniz inandığımız cevaplarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Evlilikten beklediklerimin çoğu gerçekleşti.					
2. Evliliğimizdeki engellerin aşılmaz olduğunu düşünüyorum.					
3. Evliliğimizi çok anlamlı buluyorum.					
4. Evliliğimizde giderek eksilen heyecan beni rahatsız ediyor.					
5. Evliliğimiz zaman zaman bana yük gibi geliyor.					
6. Huzurlu bir ev yaşamım var.					
7. Evliliğimiz her geçen gün daha iyiye doğru gitti.					
8. Bizim ilişkimiz ideal bir karı-koca ilişkisidir.					
9. Eşimi benim için aynı zamanda bir arkadaşdır.					
10. Baş başa kaldığımız zaman benim canım sıkılmaz					

EK 7 - KABUL VE EYLEM FORMU-2

KABUL VE EYLEM FORMU-2

Aşağıda bir dizi ifade bulunmaktadır. Her bir ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu yanında yazan rakamı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Seçiminizi yapmak için aşağıdaki cetveli kullanınız.

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir zaman doğru değil	Çok nadiren doğru	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Neredeyse her zaman doğru	Daima doğru

1	Geçmişte olan acı veren yaşantılarım ve hatıralarım, değer verdiğim bir hayatı yaşamayı zorlaştırıyor.	1	2	3	4	5	6	7
2	Hislerimden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
3	Kaygılarımı ve hislerimi kontrol edememekten endişelenirim.	1	2	3	4	5	6	7
4	Acı hatıralarım dolu dolu bir hayat yaşamamı engelliyor.	1	2	3	4	5	6	7
5	Duygular hayatımda sorunlara yol açar	1	2	3	4	5	6	7
6	İnsanların çoğu hayatlarını benden daha iyi idare ediyor gibi görünüyor.	1	2	3	4	5	6	7
7	Endişelerim başarılı olmamı engelliyor	1	2	3	4	5	6	7

EK 8 - MORİSKY TEDAVİ UYUM ÖLÇEĞİ

Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ-8)

Bipolar bozukluk tanısı aldıktan sonra ilaç almakta olduğunuzu belirttiniz. İlaç alma davranışlarına ilişkin olarak birçok sorun tespit etmiş olan bireyler vardır, sizin bu konudaki deneyimlerinizi öğrenmek istiyoruz. Doğru veya yanlış yanıt diye bir şey yoktur. Lütfen her soruya, bipolar bozukluk için kullandığımız ilaç tedavisine dair kişisel deneyiminize dayalı olarak yanıt verin.

1. Bazen bipolar bozukluk için kullandığımız ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz oluyor mu?

EVET HAYIR

2. İnsanlar bazen ilaçlarını unutkanlık dışındaki nedenlerden ötürü almazlar. Son iki haftayı göz önüne aldığınızda, bipolar bozukluk ilacınızı almayı unuttuğunuz gün/günler oldu mu?

EVET HAYIR

3. Bipolar bozukluk için kullandığımız ilacı aldığınızda kendinizi daha kötü hissettiğiniz için, ilacı doktorunuza söylemeden azalttığınız ya da almayı bıraktığınız oldu mu?

EVET HAYIR

4. Seyahat ettiğinizde veya evden çıktığınızda bazen bipolar bozukluk için kullandığınız ilacı yanınıza almayı unuttuğunuz oluyor mu?

EVET HAYIR

5. Bipolar bozukluk için kullandığımız ilacı dün aldınız mı?

EVET HAYIR

6. Belirtilerinizin kontrol altına alındığını hissettiğinizde bazen bipolar bozukluk ilacınızı almayı bıraktığınız oluyor mu?

EVET HAYIR

7. Bipolar bozukluk için kullandığımız ilacı her gün almak bazı kişiler için gerçekten rahatsızlık verici bir durumdur. Bipolar bozukluk ilaçlarınızı her gün kullanmaktan dolayı rahatsız hissettiğiniz günler oldu mu?

EVET HAYIR

8. Ne kadar sıklıkta bipolar bozukluk ilaçlarınızı almayı unutuyorsunuz?

Asla/Nadiren
Arada bir

Genellikle
Her zaman Bazen

EK 9 - RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ

RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)

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

“Kesinlikle aynı fikirde değilim” diyorsanız (1) rakamını;

“Aynı fikirde değilim” diyorsanız (2) rakamını;

“Aynı fikirdeyim” diyorsanız (3) rakamını;

“Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız (4) rakamını;

daire içine alarak işaretleyiniz. Okuduğunuz 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 yaklaşımdan 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 davranmamaya neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4

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

EK 10 - ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-10840098-202.3.02-7468
Konu : Etik Kurulu Kararı

06/12/2024

Sayın Beyhan Bilgiöglu

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz 'Ötimik Dönemdeki Bipolar Bozukluk Hastalarında Evlilik Doyumu ve İlişkisi Faktörlerin İncelenmesi' isimli başvurunuz Etik Kurulumuzca değerlendirilerek uygun görülmüş olup Etik Kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ötimik Dönemdeki Bipolar Bozukluk Hastalarında Evlilik Doyumu ve İlişkisi Faktörlerin İncelenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Beyhan Bilgioğlu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 1149	Tarih: 28.11.2024		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “ oybirliği ” ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır
Prof. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Nezih HACHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Erman GEDİKLİ	Sağlık Yönetimi	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Pakize YİĞİT	Biyoistatistik/ Sayısal Yöntemler	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır

* :Toplantıda Bulunma

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Sekreteri
Esra KAN

EK 11 - BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI

Ötimik Dönemdeki Bipolar Bozukluk Hastalarında Evlilik Doyumu Ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Hasta Veri Takip Formunu** imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

ARAŞTIRMANIN KONUSU VE AMACI

Bipolar bozukluk hastalarında işlevselliğin bozulduğuna ve bu durumun evlilik doyumunu etkilediğine dair sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Evlilik doyumu, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir faktördür ve bu konunun daha derinlemesine incelenmesi, hem klinik uygulamalar hem de bireylerin yaşam tatmini açısından kritik öneme sahiptir.

Bu çalışmada, ötimik dönemdeki bipolar bozukluk hastalarında evlilik doyumunu yordayan faktörlerin incelenmesi amaçlanmaktadır. Evlilik doyumunu etkileyen psikolojik ve sosyal faktörlerin analizi, bu bireylerin ilişkilerinin güçlenmesine ve yaşam kalitelerinin artırılmasına katkıda bulunabilir. Ayrıca, bu çalışma, bipolar bozukluk tedavi süreçlerinde evlilik ve ilişki odaklı yaklaşımların önemini vurgulayarak, ruh sağlığı profesyonelleri için yeni perspektifler sunabilir. Bipolar bozukluk hastalarında evlilik doyumu ile ilgili mevcut bilgi eksikliğini gidermek ve bu alanda daha fazla farkındalık yaratmak, ruhsal sağlık alanında önemli bir katkı sağlayacaktır. Araştırmamız, bu bireylerin evlilik yaşamlarındaki zorlukları anlamak ve destekleyici müdahaleler geliştirmek için gerekli verileri sağlamayı hedeflemektedir.

ARAŞTIRMADA UYGULANACAK İŞLEMLER

Araştırmaya katılmanız durumunda, doktorunuz tarafından psikiyatrik muayeneniz yapılacak, size sosyodemografik bilgilerinizle ve mevcut psikolojik durumunuzla ilgili bazı sorular sorulacak, belirtileriniz değerlendirmek için birtakım ölçekleri doldurmanız istenecektir. Bu ölçekleri doldurmanız ve muayene süresi tahmini olarak 40 dakikanızı alacaktır.

BU ARAŞTIRMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Araştırmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMALI MIYIM?

Bu araştırmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacak veya bunun için yönlendirileceksiniz.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Araştırma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırma ile istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma sonuçları araştırma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

ADI: Beyhan BİLGİOĞLU

GÖREVİ: Asistan Dr.

TELEFON:

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgiler ilgili araştırmacıdan tarafıma yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Bu bilgileri araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür iradem ile imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

GÖNÜLLÜ

ADI SOYADI:

TARİH:

İMZA:

ARAŞTIRMACI

ADI: BEYHAN BİLGİOĞLU

TARİH:

İMZA:

EK 12 - HASTA VERİ TAKİP FORMU

HASTA VERİ TAKİP FORMU

BGOF DOLDURAN/ GÖNÜLLÜYÜ ÇALIŞMAYA DAHİL EDEN ARAŞTIRMACI

Araştırmacı Adı Soyadı: Beyhan BİLGİOĞLU

ARAŞTIRMAYA KATILACAK GÖNÜLLÜNÜN

Çalışma Kayıt No:

Yaşı:

Cinsiyeti:

Eğitim Düzeyi:

Mesleği:

Ek Hastalıkları:

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLDİĞİ TARİH

ARAŞTIRMADAN AYRILMA TARİHİ:

ARAŞTIRMADAN AYRILMA NEDENİ

A) Araştırmanın Sonlanması Tamamen Ayrılma

B) Araştırma Sonlanmadan Ayrılma Gönüllünün İsteği

C) Araştırma Sonlanmadan Ayrılma Diğer Nedenler:

.....

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE GELİŐEN TIBBİ VE YASAL SORUNLAR

**Araőtirmada Gönüllünü Kendisi/ Yakını Ya Da Tıbbi Dosyasından Alınan
(Araőtirma BaŐlamadan Önceki Döneme Ait)
Hastalığı Ya Da Muayenesi İle İlgili Tanı- Tedavi Bilgileri**

GÖNÜLLÜNÜN ARAŞTIRMAYA KAÇ KEZ DAVET EDİLECEĞİ

HASTADAN ALINACAK İLETİŞİM BİLGİLERİ

-Telefon:

-E-mail:

-Diğer:

ARAŞTIRMA KAPSAMINDA YAPILACAK VE BGOF TA BELİRTİLMİŐ İŞLEMLER

-SCID-5 DSM-5 İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme

-Sosyodemografik Veri Formu

-Young Mani Ölçeği

-Hamilton Depresyon Ölçeği

-Ruhsal Hastalıklarda İselleŐtirilmıŐ Damgalanma Ölçeği

-Kabul Ve Eylem Formu

-Evlilikte Bilinçli Farkındalık Ölçeği

-Evlilik Yaşam Ölçeği

- Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

VERİLERİN SAKLANMA KOŐULLARI

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı uhdesinde saklanacaktır.

ARAŞTIRMA SONLANDIRMA NOTU

.....

İNTİHAL RAPORU

ÖTİMİK DÖNEMDEKİ BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA EVLİLİK DOYUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 14 BENZERLİK ENDEKSİ	% 11 İNTERNET KAYNAKLARI	% 10 YAYINLAR	% 7 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	------------------------------------	-------------------------	--------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 2
2	Submitted to Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
3	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	Submitted to Bülent Ecevit Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
6	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
7	Submitted to Bozok Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
8	G c, Filiz zsoy, heda Kaya, Figen Demir, Esmâ Aslan, Bahad Demir. "Antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerde çocukluk çağı travmaları, aleksitimi, algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma ilişkisi", Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research, 2024 Yayın	<% 1
9	www.turkpsikiyatri.com İnternet Kaynağı	<% 1
10	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	<% 1