



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, ÖZ-ŞEFKAT
VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAADET ÇETİNKAYA

DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ ZEYNEP MAÇKALI

İstanbul, 2020

KABUL VE ONAY



YEMİN METNİ

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Saadet ÇETİNKAYA

ÖZET**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA, ÖZ-ŞEFKAT VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ****Saadet ÇETİNKAYA****Yüksek Lisans Tezi, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı****Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Zeynep MAÇKALI****Ağustos, 2020**

Bu araştırmada bipolar bozukluk tanılı remisyonda olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, öz-şefkat ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Duygudurum Merkezi ve Psikiyatri Ayaktan Tedavi Ünitelerinde izlemi süren, içirme ve dışlama kriterlerini karşılayan, Young Mani Derecelendirme ve Hamilton Depresyon Derecelendirme ölçekleri uygulanarak remisyonda olduğu kabul edilen 132 hasta çalışmaya alınmıştır. Çalışma için hazırlanan Sosyodemografik Form araştırmacı tarafından hastalara uygulanmıştır. İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Öz-Şefkat Ölçeği, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği hastalar tarafından doldurulmuştur. Ölçeklerin uygulanmasından sonra sorulara cevap bulabilmek için; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma değerlerine bakılmıştır. Bunun yanı sıra korelasyon ve çoklu lineer regresyon analizleri yapılmıştır.

Yapılan analizler sonucunda içselleştirilmiş damgalanma ve psikolojik dayanıklılık ile içselleştirilmiş damgalanma ve öz-şefkat arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Öz-şefkat ve psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. İçselleştirilmiş damgalanma ve öz-şefkat arasında negatif

yönde anlamlı ilişki saptanmış olup öz-şefkatin içselleştirilmiş damgalanmayı yordadığı bulunmuştur.

Sonuç olarak bipolar bozukluk tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanma puanları, öz-şefkat ve psikolojik dayanıklılık puanları ile ilişkilidir. Öz-şefkat düzeyi yüksek olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Bunların yanı sıra, bipolar bozukluğa yönelik yapılacak psikososyal çalışmalarda damgalama konusu ele alınırken, öz-şefkat düzeylerinin de dikkate alınmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, İçselleştirilmiş Damgalanma, Öz-Şefkat, Psikolojik Dayanıklılık



ABSTRACT**THE INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIPS BETWEEN THE
INTERNALIZED STIGMA, SELF COMPASSION, PSYCHOLOGICAL
RESILIENCE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER****Saadet ÇETİNKAYA****Master Thesis, Clinical Psychology Department****Supervisor: Asst. Prof. Zeynep MAÇKALI****August, 2020**

This research aims to examine the relationships between internalized stigma, self compassion, and psychological resilience among patients in remission who are diagnosed with bipolar disorder in remission. The sample was composed of 132 patients that are monitored in the University of Health Sciences Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental and Neurological Disorders Health Practice and Research Hospital Mood Center and Psychiatry Ambulatory Care Units, complying with inclusion and exclusion criteria, Participants were accepted to be in remission by applying the Young Mania Rating Scale and Hamilton Depression Rating Scale. The Sociodemographic form that was prepared for the research has been applied to the patients by the researcher. The Internalized Stigma Scale, the Self Compassion Scale, and the Psychological Resilience for Adults Scale were filled by the participants. Frequency, percentage, mean, and standard deviation were taken into account to find answers for the questions of the research. Correlation and multiple linear regression analyses were also made.

As a result of the analyses, meaningful relationship was found between internalized stigma and psychological resilience, and internalised stigma and self compassion. No meaningful relationship was found between self between

compassion and psychological resilience. A negative meaningful relationship was determined between internalised stigma and self-compassion, then it was found that self compassion predicts internalized stigma.

In conclusion, internalized stigma scores were correlated with self compassion and psychological resilience scores in patients with bipolar disorder. It was seen that individuals with high level of self compassion had low levels of internalized stigma. In addition, it was thought to be beneficial to take self compassion into account when stigma has been addressed in psychosocial interventions for bipolar disorders.

Keywords: Bipolar Disorder, Internalized Stigma, Self Compassion, Psychological Resilience

ÖNSÖZ

Tez sürecinde akademik bilgilerini benimle paylaşarak ufkumu genişleten danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Zeynep MAÇKALI'ya,

Tez çalışmam boyunca araştırmamın yapılması için bana sağlamış olduğu çalışma ortamı nedeniyle Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Psikiyatri Kliniği Eğitim Görevlisi Doç. Dr. Erhan KURT'a ve birlikte çalışma fırsatı bularak bilgilerinden faydalandığım Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Eğitim Görevlisi Doç. Dr. Pınar ÇETİNAY AYDIN'a,

Tez sürecinde benden yardımlarını esirgemeyen ve birlikte çalışmaktan dolayı çok mutlu olduğum çalışma arkadaşlarım Tuğba ŞAHİN, Selda ÖZGÜR, Güneş TUĞALTAY PUYRAZ, Ajda EKİNCİ ve Emre AYAR'a,

Bu dönemde yaşadığım her zorlukta yanımda olan, mutluluğumu ve üzüntülerimi paylaşan anneme ve babama,

Tezimin yazımında ve gerek çalışma hayatım gerekse de yüksek lisans eğitimim boyunca bana her türlü maddi ve manevi desteği sağlayan sevgili ablam Ceren ÇETİNKAYA'ya teşekkür ederim.

İTHAF



Aileme ithaf ediyorum

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	İİ
YEMİN METNİ.....	İİİ
ÖZET.....	İV
ABSTRACT.....	Vİ
ÖNSÖZ.....	Vİİİ
İÇİNDEKİLER.....	X
SEMBOLLER/ KISALTMALAR LİSTESİ.....	Xİİİ
TABLolar LİSTESİ.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. HİPOTEZ.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Bipolar Bozukluk.....	5
2.1.1. Bipolar Bozukluk Tanım ve Sınıflandırma.....	5
2.1.2. Epidemiyoloji.....	6
2.1.3. Etiyoloji.....	7
2.1.4. Bipolar Bozuklukta Eş Tanı.....	10
2.2. Damgalanma.....	11
2.3. İçselleştirilmiş Damgalanma.....	12
2.3.1. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Bipolar Bozukluk.....	14
2.4. Öz-Şefkat.....	16
2.4.1. Öz-Şefkat ve Bipolar Bozukluk.....	18
2.5. Psikolojik Dayanıklılık.....	20
2.5.1. Psikolojik Dayanıklılık ve Bipolar Bozukluk.....	22
3. YÖNTEM.....	25
3.1. ÖRNEKLEM VE UYGULAMA.....	25
3.1.1. Çalışma Evreni ve Örneklem.....	25
3.1.2. İçerme Kriterleri.....	25
3.1.3. Dışlama Kriterleri.....	26
3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER.....	26
3.2.1. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.....	26
3.2.2. Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu.....	26
3.2.3. Öz-Şefkat Ölçeği.....	27

3.2.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği....	27
3.2.5. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	28
3.2.6. Young Mani Derecelendirme Ölçeği.....	28
3.3. Uygulanacak İşlem.....	29
4. BULGULAR.....	30
4.1.Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Verilerinin Değerlendirilmesi.....	30
4.2. İçselleştirilmiş Damgalanma, Öz-Şefkat ve Psikolojik Dayanıklılık Değişkenlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	32
4.3. İçselleştirilmiş Damgalanma, Öz-Şefkat ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeklerinin Değerlendirilmesi.....	34
4.4. İçselleştirilmiş Damgalanma, Öz-Şefkat ve Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	35
4.5. Öz-Şefkat Alt Boyutlarının İçselleştirilmiş Damgalanma Alt Boyutlarını Yordayıcılığına Dair Çoklu Lineer Regresyon Sonuçlarının İncelenmesi.....	39
5. TARTIŞMA.....	43
5.1. Amaç.....	43
5.2. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....	44
5.3. İçselleştirilmiş Damgalanma, Öz-Şefkat ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	47
5.4. Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Öz-Şefkat ve Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	49
6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI.....	56
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	57
8. KAYNAKLAR.....	59
9. EKLER.....	72
EK 1- Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu.....	72
EK 2- Sosyodemografik Veri Formu.....	73
EK 3- Young Mani Derecelendirme Ölçeği.....	78
EK 4- Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.....	82
EK 5- Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği.....	87

EK 6- Öz-Şefkat Ölçeği.....	91
EK 7- Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	93
EK 8- Etik Kurul Onayı.....	98



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

- DSM-5** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
- ICD-10** : International Statistical Classification of Diseases Related
Health Problems
- SPSS** : Statistical Package For Social Sciences
- YMDÖ** : Young Mani Derecelendirme Ölçeği
- HAM-D** : Hamilton Depresyon Ölçeği
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- RHİDÖ** : Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
- YPDÖ** : Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

TABLULAR LİSTESİ**Sayfa No**

Tablo 1: Çalışma Örnekleminin Demografik ve Klinik Değişkenlerine Dair Frekans Dağılımları.....	31
Tablo 2: Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	33
Tablo 3: Ölçek Puanlarına Dair Tanımlayıcı Veriler.....	35
Tablo 4: İçselleştirilmiş Damgalanma, Psikolojik Dayanıklılık ve Öz-Şefkat Arasındaki Korelasyonlar.....	38
Tablo 5: Öz-Şefkat Alt Boyutlarının Yabancılaşma Puanlarını Yordayıcılığını Gösteren Çoklu Lineer Regresyon Analizi.....	39
Tablo 6: Öz-Şefkat Alt Boyutlarının Kalıp Yargıların Onaylanması Puanlarını Yordayıcılığını Gösteren Çoklu Lineer Regresyon Analizi.....	40
Tablo 7: Öz-Şefkat Alt Boyutlarının Algılanan Ayrımcılık Puanlarını Yordayıcılığını Gösteren Çoklu Lineer Regresyon Analizi.....	40
Tablo 8: Öz-Şefkat Alt Boyutlarının Sosyal Geri Çekilme Puanlarını Yordayıcılığını Gösteren Çoklu Lineer Regresyon Analizi.....	41
Tablo 9: Öz-Şefkat Alt Boyutlarının Damgalamaya Karşı Direnç Puanlarını Yordayıcılığını Gösteren Çoklu Lineer Regresyon Analizi.....	42

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde sağlık hizmetlerine başvuran kişiler arasında herhangi bir ruhsal hastalığın görülme sıklığı ülkemizde %16.4 olarak bulunmuştur (Öztürk, 2016). Özellikle ruh sağlığı alanında hizmet veren hastanelere baktığımızda ise duygudurum şikayetleri ile başvuran hasta sayısının da dikkate değer olduğu görülmektedir. Psikiyatrik bir hastalık olan bipolar bozukluk ile ilgili bilgiler çok eski zamanlara dayanmaktadır. Bipolar bozukluk belirli bir düzen olmaksızın tekrarlayan manik, depresif ya da her iki durumu da kapsayan karma (mikst) görünümlü ataklarla giden ve bunlar arasında bireyin sağlıklı duygu-durumuna (ötimi) dönebildiği, kronik seyirli ve yaşam boyu devam edebilen ataklarla seyreden bir duygulanım bozukluğudur (E. Işık, U. Işık ve Işık Taner, 2013: 327). Cinsiyet, ırk ve aile gelirine bakılmaksızın 20’li yaşlarda başlayan bipolar bozukluğun (Merikangas, Akiskal, Angst ve ark., 2007) dünya popülasyonunda görülme sıklığı %2,4’ tür (Merikangas, Jin, He ve ark., 2011). Günümüzde hastalığın sınıflandırılması için çeşitli sistemler kullanılmaktadır. Bunlardan ülkemizde en çok kullanılan DSM-5 sınıflandırma sisteminde bipolar bozukluk “Bipolar ve İlişkili Bozukluklar” sınıfında yer almakta ve bu tanı kategorisi, depresyonla ilişkili bozukluklar ile şizofreni kapsamı altında ve psikozla giden diğer bozukluk bölümleri arasında yer almaktadır (APA, 2013).

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki herhangi bir psikolojik rahatsızlık tanısı alan bireyler dışarıdan olumsuz bir yaklaşım görmeseler de kendilerine yönelik olumsuz atıflarda bulunabilmektedir. Psikiyatrik bir tanı alma ile başlayan bu süreçte hastalar çevrelerinden önce kendilerini suçlarlar (Taşkın, 2007). İçselleştirilmiş damgalanma olarak adlandırılan bu kavram, bipolar bozukluğu olan hastaların %54,6’sının kendilerinin damgalanmış olarak hissetmesine neden olmaktadır. Ayrıca bu hastalar kendilerinin toplum tarafından da dışlandığını hissetmektedirler (Morselli ve Elgie, 2003). Hastaların geçirdiği duygudurum atakları sırasındaki davranışları toplum tarafından onların “normal” olarak kabul edilmemesine sebep olmaktadır (Taşkın, 2007). Bunun sonucunda da hastalar gittikçe toplumdan uzaklaşmakta,

bağımsız yaşamayı bırakmakta ve işlevsellik kaybına uğramaktadır (Rüş, Angermayer ve ark., 2005; Çam ve Çuhadar 2011). Çalışmalar göstermiştir ki bipolar bozukluğa sahip olan bireyler sağlıklı kontrollere göre daha fazla içselleştirilmiş damgalanma yaşamakta ve bu durum hastalığın şiddetiyle paralel seyretmektedir. Buna ek olarak tedavi uyumu ve hastalığın iyi seyrinin içselleştirilmiş damgalanmayı azalttığı gözlenmiştir. (Boyd-Ritsher ve Phelan, 2004; Ersoy ve Varan, 2007).

Bipolar bozukluğa sahip bireyler damgalanma sonucunda kendilerine olumsuz değer atfetmekte, bu da bireylerin kendilerine şefkat gösterememesine sebep olmaktadır. Psikoloji literatüründe yeni bir kavram olan öz-şefkat her şeyden önce kişinin kendisine şefkat göstermesi demektir. Kendine şefkatli bireyler başarısızlık, yetersizlik veya talihsizlik yaşandığında kendilerine karşı anlayışlı ve nazik davranırlar (Neff, 2003a; Neff, 2008b). Öz sevecenlik, insanlığın ortak deneyimleri ve bilinçli farkındalık alt boyutlarından oluşan öz-şefkat, bireyin kendi acısına ve yetersizliklerine karşı yargılayıcı olmayan bir bakış açısı sunarak, kendi deneyimini büyük insan deneyiminin bir parçası olarak ele alır (Neff, 2003a; Neff, 2003b; Neff, 2008b). Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğa sahip olan hastaların öz-şefkat düzeyinin düşük olduğu ve depresif belirtilerle öz-şefkat arasında negatif yönde bir korelasyonun gözlemlendiği bulunmuştur (Dossing, Kahr Nilsson, Svejstrup ve ark., 2015). Ayrıca öz-şefkat anksiyete ile baş etmede ve psikolojik anlamda iyi oluşa yardımcı olmaktadır (Neff, Kirkpatrick ve Rude, 2007).

Her birey hayatının bir döneminde stresli yaşam olayları ile karşılaşmakta ancak herkesin buna verdiği tepki farklı olmaktadır. Bazı bireyler için bunlar çeşitli psikiyatrik bozukluklara zemin hazırlasa da çoğu birey bu gibi etkilere dayanıklılık gösterir. Dayanıklılık, stres ve sıkıntı karşısında başarılı bir şekilde uyum sağlama yeteneğidir (Wu, Feder, Cohen ve ark., 2013). Yani psikolojik dayanıklılık kavramı, ciddi yeti yitimi ya da kayıp oluşturması gereken riskli yaşantılardan kimi bireylerin görece daha iyi psikolojik sonuçlarla üstesinden gelebilmesidir. Ailesel, sosyal ve dışsal destek sistemleri gibi koruyucu birçok kaynağı da kapsamaktadır (Friborg, Hjemdal

ve ark., 2003). Dayanıklılık, zihinsel hastalıklarla yaşayan insanlar için, belirtilerle başa çıkma yetenekleri ve ilaç tedavisinin etkileri ve yaşamın refah düzeyi ve yaşam kalitesi için önemli bir yapıdır (Perlman, Patterson, Moxham ve ark., 2017). Buradan hareketle psikolojik dayanıklılığın, bipolar bozuklukta hastalık başlangıcı, yaşam kalitesi ve prognoz ile oldukça ilişkili bir kavram olduğu söylenebilir. Yapılan çalışmalar bipolar bozukluğa sahip bireylerin sağlıklı bireylere göre daha düşük psikolojik dayanıklılığa sahip olduğunu ve yaşam kalitesinin de psikolojik dayanıklılık ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Lee, Cha, Park ve ark., 2017). Benlik saygısı ve umutsuzluk kavramları ile ilişkili olan psikolojik dayanıklılık kavramı, aynı zamanda damgalanma algısını da azaltmaktadır (Crowe, Averett ve Glass, 2015; Mizuno, Hofer, Suzuki ve ark., 2016).

Bu çalışmada bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, öz-şefkat ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bipolar bozukluğu olan hastalarda öz-şefkat ve dayanıklılığın artırılmasının içselleştirilmiş damgalanma algısının azaltılmasına yardımcı olacağı düşünülmekte, bu durumun da hastaların tedavi sürecine yararlı olabileceği sanılmaktadır. Bu bakış açısıyla çalışmamız sonucunda içselleştirilmiş damgalanmayla psikolojik dayanıklılık ve öz-şefkat düzeylerinin arasındaki ilişkinin ortaya konulmasının hastalara yapılan psikososyal müdahalelerin (bireysel veya gruplarla yapılan çalışmalar) içeriklerinin zenginleştirilmesi ve güçlendirilmesinde faydalı olabileceği düşünülmektedir.

1.1. HİPOTEZLER

- 1- İçselleştirilmiş damgalanma, öz-şefkat ve psikolojik dayanıklılık değişkenlerinin cinsiyete göre karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.
- 2- Bipolar bozukluğu bulunan bireylerin, içselleştirilmiş damgalanma, öz-şefkat ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında ilişki vardır.

- 3- Bipolar bozukluğu bulunan bireylerde içselleşirilmif damgalanma düzeyleri yüksek olanların öz-şefkat ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri dufufktür.
- 4- Bipolar bozukluğu olan bireylerin öz-şefkat puanları içselleştirilmif damgalanma puanlarını yordamaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. BİPOLAR BOZUKLUK

2.1.1. Bipolar Bozukluk Tanım ve Sınıflandırma

Bipolar bozukluk (iki uçlu mizaç bozukluğu) ya da daha önceden söylendiği gibi “psikoz manyak depresif” belirli bir düzen olmaksızın tekrarlayan manik, depresif ya da her iki durumu da kapsayan karma (mikst) görünümlü ataklarla giden ve bunlar arasında bireyin sağlıklı duygu durumuna (ötimi) dönebildiği, kronik seyirli ve yaşam boyu devam edebilen ataklarla seyreden bir duygulanım bozukluğunu tanımlar (E. Işık, U. Işık ve Işık Taner, 2013: 327).

Günümüzde hastalığın sınıflandırılması için klinik görünümün, belirtilerin seyrinin, sayısının, tedaviye yanıtın etkili olduğu çeşitli sistemler kullanılmaktadır (E. Işık, U. Işık ve Işık Taner, 2013: 327-329). Ülkemizde sıklıkla kullanılan tanı sınıflandırmaları Amerikan Psikiyatri Birliği'nin hazırladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı– 5. Baskı (APA, 2013) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması– 10. Düzeltmiş Baskı (ICD-10, 1993) kriterlerine dayanmaktadır (APA, 2013; ICD-10, 1993). ICD-10'da bipolar bozukluk tanısı DSM-5'ten farklı olarak bipolar I bozukluk ve bipolar II bozukluk olarak ayrılmamaktadır. DSM-5, bipolar ve ilişkili bozukluklar başlığı altında bipolar I bozukluğu, bipolar II bozukluğu, siklotimik bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı bipolar ve ilişkili bozukluklara yer vermiştir. Bipolar I bozukluğu tanısının alınması için en az bir mani döneminin geçirilmiş olması gereklidir. Mani döneminin öncesinde ya da sonrasında hipomani ya da yeğin (majör) depresyon dönemleri bulunabilir. Bipolar II bozukluğu tanısı koyabilmek için, en az bir hipomani ve majör depresyon dönemi gereklidir fakat manik ya da karma dönem bulunmamalıdır. Bunlara ek olarak izlenen bu dönemler, tıbbi başka bir hastalığa, ilaç, alkol ya da madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıkmamış olmalıdır (APA, 2013).

Mani, en az 1 hafta boyunca süren ve neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde gözlenen kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve

sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağan dışı ve sürekli bir artışın olduğu, büyüklük düşüncelerinin gözlenebildiği, uyku gereksiniminde azalmanın olduğu, konuşma miktarının arttığı, dikkatin çelinebilir olduğu ve kötü sonuçlar doğurabilecek davranışların gözlemlendiği bir dönem olarak tariflenebilir (APA, 2013).

Hipomanide de kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan yükselmiş duygudurum ve içsel güçte artış görülür. Ancak bu belirtiler en az dört ardışık gün boyunca gözlenmelidir ve işlevsellikte olan değişiklik başkaları tarafından gözlenirse bile hastane yatışını gerektiren mani dönemi kadar şiddetli bir şekilde gerçekleşmez (APA, 2013).

Yeğın (majör) depresyon dönemi ise mani ve hipomani dönemlerinin tam zıttı olarak düşünülebilir. Yeğın (majör) depresyonda, en az iki haftalık dönem boyunca neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde çökkün duygudurum ve etkinliklere karşı ilgide azalmaya ek olarak zevk alamama, iştahta bozulma, uykuda bozulma, psikodevinsel ajitasyon ya da yavaşlama, içsel güçte azalma, değersizlik düşünceleri, odaklanmada güçlük çekme, intihar düşünceleri ve işlevsellikte bozulma olmak üzere en az beş belirti gözlenmelidir. İkiuçlu ve ilişkili bozukluk belirleyicileri DSM-5'te bunaltılı sıkıntı, karma özellikler gösteren, melankoli özellikleri gösteren, atipik özellikleri gösteren, psikoz özellikleri gösteren, katatoni ile giden, doğum zamanı başlayan, mevsimsel örüntü gösteren olarak belirlenmiştir (APA, 2013).

2.1.2. Epidemiyoloji

Literatürdeki epidemiyolojik çalışmalara baktığımızda bipolar I bozukluğun toplumda görülme sıklığı %0,6, bipolar II bozukluğu ise %0,4 olarak bulunmuştur. Bipolar bozukluğun görülme sıklığı ise %2,4'tür (Merikangas, Jin, He ve ark., 2011). Hastalık genel olarak 20'li yaşlarda başlamaktadır. Yapılan bir çalışmada bipolar bozukluk yaş ve eğitim düzeyi ile negatif korelasyon, boşanmış ve işsiz olmakla da pozitif korelasyon

göstermektedir. Yine aynı çalışmada bipolar bozukluk cinsiyet, ırk ve aile geliri ile ilişkili bulunmamıştır (Merikangas, Akiskal, Angst ve ark., 2007). Ancak yazında yer alan bazı kaynaklarda cinsiyetler arası farklılıklar bulunmuştur. Buna göre bipolar I bozukluk kadın ve erkeklerde eşit sıklıkta görülürken bipolar II bozukluk kadınlarda daha sık gözlenmektedir (Nivoli, Pacchiarotti, Rosa ve ark., 2011). Ayrıca hızlı döngü, karma dönemler, döngü kayması ve antidepresanlarla tetiklenen manik kayma, tiroid hastalıkları ve migren ek tanıları, madde kötüye kullanımı ve bağımlılık kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir (Öztürk, 2016). Bununla birlikte etkili tedavilerin mevcudiyetine rağmen bipolar bozukluğun ilk başlangıcı ve tedavisi arasındaki süre uzun olabilmektedir (Dagani, Signorini, Nielssen ve ark., 2017). Özellikle hastalığın depresyon dönemi ile başlaması klinisyenlerin bipolar bozukluk tip I veya tip II'yi unipolar depresyondan ayırmasını güçleştirir (Phillips ve Kupfer, 2013).

2.1.3. Etiyoloji

Duygudurum bozuklukları biyolojik ve psikososyal etkenlerin birbirleri ile etkileşimi sonucunda ortaya çıkar. Özellikle hastalığın başlangıç dönemlerinde hem çökkünlük hem de mani dönemlerinin ortaya çıkmasında psikososyal etkenlerin payı bulunur. Ancak hastalığın ilerlemesi ile birlikte duygudurum dönemleri açık psikososyal etkenler olmadan da kendiliğinden ortaya çıkabilmektedir. Biyolojik etkenlerin mani ve yineleyici çökkünlüklerde daha büyük rol oynadığı kabul edilir. Bunlara ek olarak erken çocukluk döneminde yaşanan acı verici yaşam olayları beyinde kalıcı izler bırakabilirler (Öztürk, 2016: 310).

Bipolar bozukluk bazı ailelerde yığılım göstermekte ve kalıtım özellikleri birden çok yatkınlık geninin ve çevresel etkenin birlikte rol oynadığı karmaşık genetik geçişe uymaktadır (Öztürk, 2016: 310-311). 40-45 yıllık bir süre zarfında yapılan aile görüşmelerine dayalı tüm çalışmaların değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında bipolar bozukluğa sahip olanların ailelerinde bu hastalığın görülme riski %8,7 olarak bulunmuştur

(Smoller ve Finn, 2003). Bu oran normal popülasyona göre 8-10 kat daha fazladır. İkiz çalışmalarına baktığımızda tek yumurta ikizlerindeki eş hastalanma oranı çift yumurta ikizlerine göre %80'e %25 daha yüksek bulunmuştur (Blackwood, Visscher ve Muir, 2001). Genetik faktörlerin esas risk etmenleri olduğu ve yapılan çalışmalarda DISC 1, MAO-A, COMT, serotonin taşıyıcısı, BDNF, dysbindin, nöregülin, G72/G30, triptofan hidroksilaz gibi genler etiyolojide önem göstermektedir. (Öztürk, 2016: 311; E. Işık, U. Işık ve Işık Taner, 2013: 362-363). Kromozom çalışmalarında 3, 5, 6, 11, 12, 16, 21 ve X kromozomlarının bipolar bozukluk ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (E. Işık ve U. Işık ve Işık Taner 2013: 364). Craddock ve Sklar'ın 2013 yılında yapmış oldukları bir çalışmada CACNA1C, ODZ4, NCAN, RHEBL1, DHH, TRPC4AP, SYNE1 genlerindeki varyasyonların bipolar bozukluk tanısı için önemli olduğu bulunmuştur (Craddock ve Sklar, 2013). Ancak çalışmalar göstermiştir ki bipolar bozukluğun görülmesinde bu genlerin herhangi biri tek başına etkili olmamakta, çoklu gen etkileşimleri ya da karmaşık genetik mekanizmalar etkili olabilmektedir (Blackwood, Visscher ve Muir, 2001). Bunlara ek olarak duygudurum bozukluğu ve psikozu olan kişiler ve ailelerinde bilişsel bozukluklar, beyin beyaz madde bütünlüğü, gri madde hacmi, kişilik yapısı gibi çeşitli özellikler endofenotipler (özellik göstergeleri/trait marker) açısından çalışılabilirler (Öztürk, 2016: 312-313).

Son yıllarda beyin görüntüleme çalışmalarındaki gelişmelerle birlikte mani ve depresyonda beynin ayrı bölgelerinde olabilecek değişikliklerle ilgili araştırmalar artış göstermiştir. Beyindeki biyokimyasal ya da yapısal olan bir bozukluğun ya da değişik bulgunun gösterilmesinin etiyolojik bir anlam taşımayabileceği ancak, böyle bir bulgu ile asıl bozukluk arasında bir bağ olduğu düşünülebilir (Öztürk, 2016: 312-313). 2012 yılında Strakowski ve ark. bipolar I bozukluğu ile yaptıkları bir çalışmada insan beynindeki kilit duygusal kontrol ağlarının yapısı ve işlevindeki anormalliklerin bu hastalığa sebep olabileceğini tespit etmiştir. Yani erken gelişimdeki duygusal davranışı modüle eden beyin ağlarında (örn. Beyaz madde bağlantısı ve prefrontal budama) bozulma, ventral prefrontal ağlar ve limbik beyin bölgeleri, özellikle amigdala arasındaki bağlantının azalmasına yol açar. Sağlıklı ventral prefrontal-limbik

modülasyonun oluşturulmasındaki bu gelişimsel başarısızlık sonucunda mani başlangıcı ve bu ağlar boyunca ilerleyen afektif ataklarda hastalık ortaya çıkmaktadır (Strakowski, Adler, Almeida ve ark., 2012). Bipolar bozuklukta yapılan postmortem çalışmalarında prefrontal kortekste glial ve nöronal yoğunlukta azalma olduğu buna bağlı olarak da aslında duygu durumun düzenlenmesinde rolü olan beyin alanlarında nöroplastisite ve hücresel dayanıklılıkta azalma gözlemlendiği ileri sürülmektedir. Dorsalaretal prefrontal, orbitofrontal ve anterior singulat korteks ile amigdala bölgelerinin özellikle etkilendiği varsayılmaktadır (E. Işık, U. Işık ve Işık Taner, 2013: 376).

Bipolar bozukluğun patofizyolojisinin anlaşılmasında öncelikli olarak noradrenalin, serotonin, dopamin ve GABA gibi nörotransmitterler önem kazanmaktadır. Manik dönemde noradrenalin ve dopamin aktivitesinde artma olduğu serotonin aktivitesinde ise azalma olduğu gözlenmiştir. Depresif dönemde ise serotonin, noradrenalin ve dopamin aktivitesinde azalma görülmüştür (Cousins, Butts ve Young, 2009). Postmortem çalışmalar bipolar bozuklukta kortikal ve talamik alanlarda noradrenalin döngüsünün arttığını göstermiştir. Noradrenalin ve onun ana metaboliti olan 3 metoksi 4 hidroksi fenil glikol (MHPG) düzeyleri mani döneminde yükselmektedir. Ayrıca bipolar bozukluk tanılı hastalarda normal bireylere göre GABA seviyelerinde azalma, glutamat seviyesinde ise artma gözlenmiştir (Gigante, Bond, Lafer ve ark., 2012; Işık, 2003).

Bipolar bozukluğun etiolojisinde psikolojik modellerin de etkili olduğu düşünülmektedir. Kindling (ateşleme) modeline göre bir duygudurum bozukluğunun ilk atakları psikososyal stresörlerden etkilenir ve bu durum sonucunda kişinin beyninde birtakım biyokimyasal değişiklikler gözlenir. Bu değişiklikler bir atağı tetiklemek için gerekli olan strese maruz kalma eşiğini düşürürler. Böylece diğer stresör etkenlere karşı hastaların duyarlılığı artar ve bu etkenlere karşı yatkın bir hale gelir. Bu duyarlaşma süreci sonunda hastalık atakları bir dış stresör olmadan da açığa çıkmaya başlar ve hastalığın ilerlemesine paralel olarak ataklardaki sıklıklar artış gösterir (Post, 2007). Bir diğer kavram olan “Allostatik” hipotez modeline göre “Allostazis” kavramı,

adaptasyon için gerekli fizyolojik ücretin kümülatif, çok sistemli bir görünümünü ifade eder. Algılanan veya beklenen talepler karşısında, normal işlevi sürdürmek için bazı dahili parametrelerin değiştirilmesine ihtiyaç vardır. Değişim yoluyla istikrarı sağlama kapasitesine allostaz denir. Allostatik (uyarlanabilir) sistemler, uyanık veya uykuda olmak, egzersiz yapmak, gürültü ile başa çıkmak, enfeksiyon, açlık gibi katı fizyolojik değişikliklerin dışındaki çeşitli durumlara yanıt vermemizi sağlar (Kapczinski, Vieta, Andreazza ve ark., 2008). Kronik seyirli ruhsal bozukluklarda birbirinden farklı boyutlara ait olduğu düşünülen strese karşı duyarlılık, bilişsel bozukluklar, eş tanı sıklığının artması gibi bulguları açıklamakta allostatik yük kavramı faydalı olabilir (Kapczinski, Vieta, Andreazza ve ark., 2008). Ayrıca hastaların hayatlarında önemli yer taşıyan bireylerden gelen sosyal desteğin bipolar bozukluğun daha olumlu seyretmesini sağladığı; bunun tersi olarak da aileden ve arkadaşlardan gelen olumsuz desteğin ise hastalığın seyrini kötü etkilediğine dair makul kanıtlar bulunmuştur (Alloy, Abramson, Urosevic ve ark., 2005). Hastaların psikolojik dayanıklılık seviyelerinin yüksek olması düşük olanlara göre stresli durumlarla baş edebilmelerini kolaylaştırmakta ve ihtiyaç duyduklarında yardım alma olasılıklarını artırmaktadır. Bu durum da hastalığın atak dönemlerinin azalmasına ve remisyon dönemlerinin uzamasına yardımcı olabilir (Lee, Cha, Park ve ark., 2017).

2.1.4. Bipolar Bozuklukta Eş Tanı

Yapılan çalışmalarda anksiyete bozuklukları, alkol madde kötüye kullanımı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve kişilik bozuklukları bipolar bozuklukta sıklıkla gözlenen eş tanımlar olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada diğer DSM-IV bozuklukları ile yaşam boyu eş tanı oranı %92,3 olarak bulunmuştur. Ayrıca bipolar bozuklukta üç veya daha fazla bozuklukla eş tanı görülme sıklığının, tek bir hastalıkla eş tanı görülme sıklığına göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Merikangas, 2007). Yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluğu, alkol/madde bağımlılığı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve kişilik bozuklukları tanımlarının

bipolar bozuklukta sıklıkla görülen eş tanılar olduğu bulunmuştur (Koyuncu, Tükel, Özyıldırım ve ark., 2010).

2.2. Damgalanma

Damga (stigma), sözcük olarak “delik, delmek, yara, iz” anlamlarında olsa da günümüzde daha çok “kara leke” anlamı ile kullanılır. Orta çağda suçluların suçluluklarının belli olması için kızgın demirle dağlanmaları sonucunda sözcük bu anlamlarda kullanılmaya başlanmıştır. Damgalama, bir kişinin ya da grubun zihinsel bozukluk, etnik köken, uyuşturucu kötüye kullanımı veya fiziksel sakatlık gibi niteliklere dayanarak kusurlu veya itibarsız olarak olumsuz değerlendirilmesidir (Goffman, 1963’den akt. King, Dinos ve ark., 2007).

Damgalanma sonucunda damgalanan kişi diğerlerinden ayrılacak şekilde gözden düşürülür, insanlardan aşağı görülür ve genel anlamda kötülenir (Corrigan, Baks Edwards, Green ve ark., 2001). Damgalanma, bireysel farklılıkları etiketleyerek stereotipik ve bilişsel olarak “biz” ve “onlar” şeklinde bir ayrıma sebep olur (Hanazawa, Nosaki, Yatabe ve ark., 2012).

İlk kez 1980’li yıllarda damgalanmaya ilişkin öznel yaşantılar eşcinsellerle çalışılmaya başlanmıştır (Maylon, 1982). Tarih boyunca kanser, tüberküloz, lepra, sifilis, epilepsi ve Aids gibi insanları etkileyen hastalıklara yakalanan kişiler toplumdan dışlanarak damgalanmışlardır (Tuna Oran ve Şenuzun, 2008). Bunların yanında olumsuz ön yargılardan nasibini alan bir grup da ruhsal hastalıklara sahip olan bireylerdir. Damgalamanın en fazla etkilendiği gruplardan biri psikiyatri hastaları olmuştur (Ersoy ve Varan, 2007; Bilge ve Çam, 2010). Çünkü damga, diğer hastalıklardan farklı olarak, ruhsal bozuklukların tümünü içerisine alır (Üçok, 2003). Eski dönemlerde ruhsal hastalık belirtileri insanlar için anlaşılmaz ve açıklanamaz olduğundan dolayı bireylerde korkuya neden olmuş; hastaların beklenmeyen davranış ve düşünceleri de bu durumu pekiştirmiştir. Bunun sonucunda da hastalar dışlanmış ve ruhsal hastalıklar da geçmişten günümüze değin anksiyete ve tedirginlik yaratan durumlar olmuştur. Birey ya da toplum kendisinde

rahatsızlık yaratan durumlarla karşılaştığında sıklıkla onu kendisinden uzaklaştırarak yabancılaştırma yoluna gider. Bu şekilde de ayrımcılık başlamış olur. Toplum açısından bu şekilde düzeni bozan, huzursuzluk yaratan ve toplumsal yaşam için tedirginlik yaratan kişiler damgalanarak toplumun dışında bırakılır (Taşkın, 2007:17-30).

Link ve Phalen (2001)'a göre damgalama, olumsuz stereotiplerin tetiklediği sosyal statü kaybı ve ayrımcılıktır. Damgalamayı beş farklı ardışık zihinsel aşama sonucunda ortaya çıkan bir süreç olarak tanımlarlar. Bunlar; damgalama bileşenlerinin etiketlenmesi, stereotipleştirilmesi, ayrılması, statü kaybı ve dışlanmadır (Link ve Phalen, 2001).

Buna ek olarak sözlü ve yazılı medya analizleri akıl hastalığı olan kişiler hakkında üç yaygın yanlış tanımlamıştır. Birincisi, korku ve dışlama; şiddetli akıl hastalığı olan bireylerden korkulmalı ve bu nedenle toplumdan uzaklaştırılmalıdır. İkincisi otoriterlik; şiddetli akıl hastalığı olan kişiler sorumsuzdur, bu nedenle yaşam kararları başkaları tarafından alınmalıdır. Üçüncüsü yardımseverlik; şiddetli akıl hastalığı olan bireyler çocuk gibidir, bu nedenle bakıma ihtiyaçları vardır. Ruhsal hastalığı olan bireyler hastalıkları için sorumlu olarak kabul edilirler ve bu tutum sonucunda da ayrımcı davranışlar ortaya çıkmaktadır (Rüsch, Angermeyer ve Corrigan, 2005; Çam ve Çuhadar, 2011).

2.3. İçselleştirilmiş Damgalanma

Ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin psikiyatri kliniğine başvurup bir tanı aldıktan sonra, açık bir ayrımcılık ya da kötü davranışa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış olarak hissettikleri gözlenmiştir. İçselleştirilmiş damgalanma ya da kendini damgalama, ruhsal hastalığı olan bir kişinin genel halkın inandığı tehlikelilik, yetersizlik gibi damgalayıcı görüşleri benimsemesidir (Yanos, Roe ve Lysaker, 2011). İçselleştirilmiş damgalanma sonucunda kişi, toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenerek

değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla toplumdan geri çekilmesidir (Corrigan, 1998).

Ruhsal hastalığı olan kişiler ve aileleri toplumdan önce kendilerini damgalarlar. Toplumsal damgalanma bunun ardından ya da eş zamanlı olarak ancak genellikle bu durumdan bağımsız olarak gelir. Kişinin ruhsal hastalık tanısı alması ile bu süreç başlar. Böylelikle de kişide önceden var olan “ruhsal olarak hasta” basmakalıp düşüncesi su yüzüne çıkar. Hasta olan kişideki ruhsal hastaları damgalama eğilimi ne kadar yüksekse kendisini de o derecede damgalanmış hissedecektir. İçselleştirilmiş damgalanma olarak adlandırılan bu mefhum, nesnel olarak dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalma durumlarından bağımsızdır ve daha önce fark edilmese bile bir ruhsal hastalık tanısının alınması ile etkisini göstermeye başlar. Hastaların damgalanmış olma duygusunu yaşamalarına neden olan bir başka durum da içselleştirilmiş damgalanma sonucunda hasta olan kişinin kendisini toplumun damgaladığını ve dışladığını düşünmesidir (Taşkın, 2007: 33).

Toplumdaki diğer insanlar gibi, ruhsal hastalığı olan bireyler de toplumdaki basma kalıp yargılarla karşı karşıya kalırlar. Bu kişiler bir kez kendileri ya da başkaları tarafından “akıl hastası” olarak etiketlendirildiklerinde, isteyip istemediklerine bakılmaksızın kendilerini bu gruba dahil ederler (Ersoy ve Varan, 2007). Birey yoğun bir utanç yaşar ve kendisini toplumdan soyutlar. Bunun sonucunda da toplumsal bağları zayıflayan hastanın toplumsal desteği de azalmış olur (Taşkın, 2007:31; Lysaker ve ark., 2008).

İçselleştirilmiş damgalanma toplum damgalaması gibi basmakalıplar, önyargılar ve ayırımdan oluşur. İlk olarak, önyargıları kendilerine döndüren kişiler basmakalıpları onaylamış olurlar “bu doğru, ben güçsüzüm ve kendime bakmak için yetersizim.” İkinci olarak, kişisel önyargılar düşük benlik saygısına ve öz yeterlilikte azalma gibi olumsuz duygusal sonuçlar doğurur (Fung, Tshang ve ark., 2007). Bunlara ek olarak da kişisel önyargılar çalışmayı bırakma veya bağımsız yaşamayı sürdürme fırsatlarını bırakma gibi birtakım

davranış yanıtlarına yol açar. Buna neden olan şey ruhsal hastalık değil, hastaların kendilerinden kaynaklanan ayırım davranışlarıdır (Rüş, Angermayer ve ark., 2005; Çam ve Çuhadar 2011).

Bassirnia ve ark.'nın bipolar bozukluğu olan hastaları ve onların tedavisinde rol üstlenen kişileri dahil ettikleri bir çalışmada hem bipolar bozukluğa sahip olan hastaların hem de onlara bakım verenlerin içselleştirilmiş damgalanma yaşadıklarını göstermişlerdir (Bassirnia, Briggs ve ark., 2015).

Howland ve ark. 'nın içselleştirilmiş damgalanma ölçek puanına sahip 115 bipolar bozukluğu olan hastayı dahil ettiği bir çalışmada içselleştirilmiş damgalanma, bipolar bozukluğun belirtileri olan depresyon, anksiyete, suçluluk duyguları, şüphecilik ve halüsinojenik davranışlarla ilişkilendirilmiştir (Howland, Levin ve ark., 2016).

Pal ve ark. tarafından şizofreni, anksiyete ve bipolar bozukluğu olan 123 hastanın dahil edildiği bir çalışmada bipolar bozukluğa sahip hastaların şizofreni hastalarına göre daha düşük ancak anksiyete bozukluğuna sahip hastalara göre daha yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma yaşadıkları bulunmuştur. Ayrıca bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın benlik saygısı, sosyo-mesleki katılım, işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerinde önemli etkilerinin olduğu gösterilmiştir (Pal, Sharan ve ark., 2017).

2.3.1. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk erken yaşlarda başlayan, taşkınlık ve çökkünlük ile belirli birbirine zıt iki atak dönemi ile seyreden ruhsal bir hastalıktır. Dönemler arasında iyi olan bu hastalarda normal ile hastalık arasındaki fark silikleşerek bu hastalığa sahip bireylerin her tür duygudurum salınımını damgalama için bir tehlike işareti olarak algılamasına sebep olur. Bunun sonucunda da bireyler günlük hayatlarını sürekli ve sıkı bir şekilde kontrol altında tutmaya çalışırlar (Aydemir 2004'ten akt. Üstündağ ve Kesebir, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre bipolar bozukluk diğer tüm hastalıklar arasında yetersizliğe neden olan altıncı hastalıktır (Murray ve Lopez 1996'dan akt. Cerit, Filizer ve ark., 2012). Boyd-Ritsher ve Phelan tarafından 2004 yılında ayaktan psikiyatri hastalarıyla yapılan bir çalışmada, hastaların %73,2'sinin İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği'nden ortalamanın üzerinde puan aldıkları ve diğerlerinin kendilerine farklı davrandıklarını düşündükleri saptanmıştır (Boyd-Ritsher ve Phelan, 2004).

Morselli ve Elgie'nin 2003 yılında yaptıkları çalışmada bipolar hastaların %54,6'sının damgalanmış hissettiği bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada hastaların %28'i kendisinin toplum tarafından reddedildiğini hissettiğini bildirmiştir (Morselli ve Elgie, 2003). Perlick ve ark. 2001 yılında yaptıkları bir çalışmada yüksek düzeyde damgalanma endişesi bildiren bipolar bozukluğa sahip hastaların, aile dışındaki kişilerle olan etkileşimlerinden daha fazla kaçındığı ancak aile üyeleri ile olan etkileşimlerinde herhangi bir bozulma olmadığını göstermişlerdir (Perlick ve ark., 2001). Ersoy ve Varan'ın (2007) çalışmasında, hastalığın şiddeti arttıkça içselleştirilmiş damgalanma artmakta; tedaviye uyum ve belirtilerdeki iyileşme ile birlikte içselleştirilmiş damgalanma azalmaktadır (Ersoy ve Varan, 2007). Hayward, Wong ve ark.'nın (2002) bipolar bozukluk tanılı hastalarla yaptıkları bir çalışmada hastaların, toplum tarafından dışlandıklarını, daha az zeki ve daha az güvenilir olarak değerlendirileceklerini, işverenlerin kendilerini diğerlerine göre daha az yetenekli olarak kabul ettiklerini ve iyi ücret vermeyeceklerini, kadınların kendileriyle görüşmek istemeyeceklerini, psikiyatri kliniğinde tedavi gördükleri için fikirlerinin daha az kabul göreceğini düşündüklerini göstermişlerdir (Hayward, Wong ve ark., 2002).

Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi'nin yaptığı bir çalışmada bipolar bozukluk tanılı hastaların kendilerini yetersiz ve eksikmiş gibi hissettiğini, çevrelerinin de kendilerini bu şekilde gördüklerini bildirmişlerdir. Hastaların çok büyük bir kısmı hastalıklarının evlenme konusunda olumsuzluk yaratacağını ve iş bulma konusunda da

kendilerine güçlük yaşattığını düşünmektedir. Genel olarak hastalar kendilerini topluma kıyasla daha fazla damgalamaktadırlar ve toplumsal ilişki düzeyinin artmasıyla da kendini damgalama daha sık gözlenmektedir (Aydemir, Eren, Savaş ve ark., 2007).

2.4. Öz-Şefkat

Öz-şefkat kavramı pozitif psikolojinin gelişmesiyle birlikte alanyazına giren yeni bir kavram olarak kabul edilebilir. Öz-şefkatin tanımını yapmadan önce çıkış noktası “şefkat” olduğu için bu terimin anlamına bakmak yararlı olacaktır. Şefkat, başkalarının çektiği acılara dokunulmasını, kişinin farkındalığını başkalarının acısına açmasını ve bundan kaçınmayarak ondan ayrılmamayı içerir. Bu sayede kişi bu acıyı azaltma arzusunu da içinde duymaya başlar. Başarısız veya hata yapan bireylere karşı yargılayıcı olmayan bir yaklaşımda bulunarak, bireylerin hatalı eylem ve davranışlarını tüm insanlığın ortak deneyimi bağlamında ele alır. Öz-şefkat kişinin kendi acısına da benzer bir duruş sergilemeyi içerir. Kendine şefkatli bireyler başarısızlık, yetersizlik veya talihsizlik yaşandığında kendilerine karşı anlayışlı ve nazik davranırlar. Yani birey kendi acısına, yetersizliklerine ve başarısızlıklarına yargılayıcı olmayan bir anlayış sunarak kendi deneyimini büyük insan deneyiminin bir parçası olarak görür. Bu nedenlerle öz-şefkat, kişinin kendi ıstıraplarına dokunmayı ve bunlara açık olmayı, onlardan kaçınmamayı veya bağlantıyı kesmemeyi, acılarını hafifletme ve kendini iyilikle iyileştirme arzusunu yaratmayı içerir. Ayrıca öz-şefkatli olan kişi olumsuz benlik ile ilgili duygularına dengeli bir bakış açısı ile yaklaşarak kişisel acılarını bastırmaz, inkâr etmez, abartmaz ya da dramatize etmez (Neff, 2003a; Neff, 2008b). Ortak deneyimler, insanların başka kişilere nazaran daha sert ve kaba olduklarını göstermektedir (Neff, 2003a). Diğer yandan öz-şefkatli bireyler kendilerine ve başkalarına eşit derecede nazik olurlar. Öz-şefkat, kendisi de dahil tüm insanların şefkate layık olduğunu düşünerek kendi ve diğerleri tarafındaki sınırların yumuşatıldığı açık yürekli (openheartedness) olma olarak da ele alınabilir. Bu şekilde öz-şefkat “sessiz bir ego” yu temsil eder. Çünkü

kişinin deneyimi ayrı bir benliğin merceğinden tamamen süzülmez (Neff, 2008b).

Öz-şefkat birbirinden ayrı ancak aynı zamanda da birbirini tamamlayan üç bileşenden oluşur. Öz-şefkat üç farklı alt boyuta ayrılmış gibi görünse de gerçekte bu boyutlar birbirleri ile etkileşim halindedir. Her bir boyut diğer boyutların oluşumuna katkıda bulunabilir veya diğerlerinin düzeylerini artırabilir. Bunlardan ilki öz-sevecenliktir (self-kindness). *Öz sevecenlik*, kişinin yaşadığı olumsuz deneyimler karşısında acısını görmezden gelmek veya kendini eleştirmek yerine daha yapıcı, ılımlı ve anlayışlı olmasıdır. Öz-şefkatli kişiler kusurlu, başarısız ve zor yaşam koşullarının kaçınılmaz olduğunu bilerek kendilerine karşı nazik olma eğilimi sergilerler. En kısa anlatımla öz-sevecenlik, kişinin çevresine karşı sergilediği olumlu, sevecen ve nazik tutumu kendisine de gösterebilmesidir. İkinci bileşen ise insanların ortak deneyimleri (common humanity) dir. *İnsanların ortak deneyimleri*, kişiler bazen bir şeylerin istediği gibi gitmediğini düşünerek, bunun gibi yaşadıkları hayal kırıklıklarında mantıksız ancak yaygın bir izolasyon duygusuna kapılırlar. Sanki buna benzer olayları sadece onlar yaşıyormuş ya da hayatta sadece onlar mutsuzmuş gibi hissedebilirler. Fakat insan olmak demek, hata yapmak, acı çekmek, olumsuz olaylar da yaşayabilmek demektir. Bu nedenle de öz-şefkat, deneyimlerini onlardan ayırmak ve izole etmek yerine daha büyük insan deneyiminin bir parçası olarak görmek anlamına gelmektedir. Üçüncü ve son bileşen ise bilinçli farkındalık (mindfulness) tır. *Bilinçli farkındalık*, acı veren duygu ve düşünceleri onlarla baş edebilecek düzeyde dengede tutabilme farkındalığının olması anlamına gelir. Bireyler olumsuz olaylar karşısında olayların yoğun bir şekilde etkisinde kalmak ya da olumsuz duyguya odaklanmak yerine yaşadıklarının farkına varırlar. Ancak bu şekilde kişinin kendisine karşı sergilediği olumsuz yargı ve eleştiriler ortadan kalkar. Çünkü kişinin dikkati artık yalnızca olumsuz duyguda değildir ve olaylara daha geniş bir perspektiften bakabilmektedir. Bireyin öz-şefkati bu sayede artmış olur. Bilinçli farkındalık boyutu diğer boyutlardan daha etkilidir ve diğer boyutları da daha çok etkiler. Çünkü farkındalık yaşanan olumsuz duygunun gerçek

olduğunun anlaşılmasını sağlayarak kişinin kendisini anlamasına olanak sağlar (Neff, 2003a; Neff, 2003b; Neff, 2008b).

Öz-şefkat kendine acımadan (self-pity) farklıdır (Goldstein ve Kornfield, 1987'den akt. Neff 2008b). Bireyler acıma hissettiğinde, kendi sorunlarının içerisinde dalarak diğerlerinin benzer sorunlarının olduğunu unuturlar. Başkaları ile olan bağlantılarını görmezden gelerek kendisini bu dünyada acı çeken tek kişi olarak hissederler. Kendine acıma, onu diğerlerinden ayıran benmerkezci duyguları ve kişisel ıstırap derecesini aşırı derecede dramatize eder. Öte yandan öz-şefkat, kişinin kendisiyle ve diğerleriyle ilgili deneyimlerini bu tür bir bozulma veya kopukluk olmadan görebilmesini sağlar (Neff, 2008b). Aynı zamanda öz-şefkat kendini beğenmişlik (complacency) ya da vurdumduymazlıktan (self-indulgence) da farklıdır. Bazen alışılmışın dışına çıkmak bireylere zor geldiğinden bireyler öz-şefkatli olmaya isteksizdirler (Neff, 2003b). Biri için sadece kendi zevklerine odaklanmak vurdumduymazlığa neden olabilir. Fakat şefkat, kendi başına zevkten ziyade benlik için sağlık ve esenlik arzusunu içerir (Branch, 2003'ten akt. Neff 2008b).

Bazıları öz-şefkatin pasifliğe yol açabileceğinden korkabilir. Öz-şefkat bireyin ideal olanı karşılayamadığı için kendisini eleştirmemesini gerektirse de kişinin başarısızlıklarının fark edilmemesi veya düzeltilmemesi anlamına gelmez. Daha ziyade en uygun işleyiş ve sağlık için gerekli eylemlerin (ve kendine şefkat duymanın, kişinin kendisini iyi hissetmesini istediği anlamına gelir) yumuşaklık ve sabırla teşvik edildiği anlamına gelir. Dolayısıyla öz-şefkat, benlikte gözlenen zayıflıklarla ilgili olarak pasifliğe ya da eylemsizliğe yol açmaz. Eğer benlik kendi kötüleşmesinin bir şekilde değişimi ve gelişmeyi zorlayacağı yönünde bir inanca sahip olursa ve bu konuda kendisini sert bir şekilde yargılsa asıl bu pasifliğe neden olacaktır. Yani pasifliğe yol açacak olan şey öz-şefkat eksikliği olacaktır (Neff, 2003a).

2.4.1. Öz-Şefkat ve Bipolar Bozukluk

Öz-şefkat literatürde yeni bir kavram olmasına karşın bireylerin yaşamlarındaki olumlu etkileri birçok çalışmada gösterilmiştir. Özellikle de içselleştirilmiş damgalanmanın sıklıkla gözlemlendiği bipolar bozukluk gibi ruhsal hastalıklarda da önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir.

Neff, Kirkpatrick ve Rude'un 2007 yılında yayınladıkları çalışmada öz-şefkat ve psikolojik işlevsellik arasında ilişki olduğu gözlenmiş olup öz-şefkatin anksiyete ile baş etmede ve psikolojik anlamda iyi oluşa yardımcı olduğu bulunmuştur (Neff, Kirkpatrick ve Rude, 2007). Aynı şekilde MacBeth ve Gumley'in (2012) yaptığı meta-analiz çalışması göstermiştir ki öz-şefkat psikolojik sağlık, düşük depresyon ve anksiyete düzeyi ile stresle baş etmede önemli rol oynamaktadır (MacBeth ve Gumley, 2012).

Bayramoğlu tarafından 2011 yılında yapılan bir çalışmada depresyon ve kaygı ile öz-şefkat arasında ters yönde bir ilişki olduğu, yani öz-şefkat düzeyi arttıkça bireylerin kaygı ve depresyon düzeylerinin düştüğü gözlenmiştir (Bayramoğlu, 2011).

Dossing, Kahr Nilsson, Svejstrup ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmada otuz bipolar bozukluğu olan hasta ve otuzlu yaşlarda sağlıklı kontroller kullanılarak düşük öz-şefkat düzeyi ve depresif belirtiler arasında bir bağlantı olup olmadığına bakılmıştır. Bulgular, bipolar bozukluğa sahip bireylerin kontrol grubuna göre daha düşük öz-şefkat düzeyine sahip olduğu yönündedir. Ek olarak, öz-şefkat ve hayattan zevk alma kavramları arasında pozitif korelasyon; fonksiyonel bozukluk, içselleştirilmiş damgalanma ve geçmişteki afektif atakların sıklığı arasında negatif korelasyon bulunmuştur (Dossing, Kahr Nilsson, Svejstrup ve ark., 2015).

Öz-şefkat ve içselleştirilmiş damgalanma ile ilgili yapılan bir çalışmada öz-şefkatin hem içselleştirilmiş damgalanmayı öngördüğü hem de algılanan kamusal damgalanma (psikiyatrik hastalığı olan birinin toplum tarafından

olumsuz olarak değerlendirilmesi) ile içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmaya yardımcı olduğu görülmüştür (Heath, Brenner ve ark. 2018). Yine aynı şekilde Yee Wong, Knee ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu bir çalışmada da öz-şefkatin damgalanma algısını azalttığı yönünde bulgular öne sürülmüştür (Yee Wong, Knee ve ark., 2018).

Yakın zamanda bipolar hastalarla yapılan bir çalışmaya göre öz-şefkatin bipolar bozuklukta depresyon, anksiyete ve duygu düzenleme zorluklarına karşı tampon görevi görebileceği ön görülmüştür (Fletcher, Yang, Johnson ve ark., 2019). Ayrıca son dönemde Yang, Fletcher ve ark. (2020) tarafından yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğu olan hastalarda gözlenen düşük öz-şefkatin depresyon şiddeti ile ilişkili olduğu ve öz-şefkatin de hipomani/mani belirtileri ile negatif ilişki gösterdiği bulunmuştur (Yang, Fletcher ve ark., 2020).

2.5. Psikolojik Dayanıklılık

Her birey hayatının bir döneminde stresli yaşam olaylarına maruz kalabilmektedir. Stresli yaşam olayları, travma ve kronik sıkıntı, beyin fonksiyonu ve yapısı üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon ve diğer psikiyatrik bozuklukların gelişmesine sebep olabilir. Bununla birlikte çoğu birey stresli yaşam olayları ile karşılaştıktan sonra bu tür hastalıkları geliştirmez. Bu nedenle de bu kişilerin dayanıklı olduğu düşünülür. Dayanıklılık, stres ve sıkıntı karşısında başarılı bir şekilde uyum sağlama yeteneğidir (Wu, Feder, Cohen ve ark., 2013). Psikolojik dayanıklılık, yalnızca psikolojik becerileri değil aynı zamanda birey olumsuz yaşam olayları ile başa çıkarken ailesel, sosyal ve dışsal destek sistemleri gibi koruyucu birçok kaynağı da kapsar (Friborg, Hjemdal ve ark., 2003).

Dayanıklılık ile ilgili yapılan çalışmalar literatürde yeni olmakla birlikte son dönem yapılan çalışmalarda çeşitli genetik, epigenetik, gelişimsel, psikolojik ve nörokimyasal faktörlerin psikolojik dayanıklılığın gelişmesinde

etkili olduğu düşünölmektedir. BDNF; 5HTR1A, 5HTR2C gibi serotonin reseptör genleri gibi çeşitli genlerin çevreyle olan etkileşimlerinin strese olan yatkınlığı artırdığı ve erken olumsuz yaşam olaylarıyla etkileşimi sonucu ruhsal bozuklukların görölebileceğini ortaya koymuştur (Wu, Feder, Cohen ve ark., 2013). Epigenetik, DNA sekansında değişiklik görölmeden genomda işlevsel modifikasyonları ifade etmektedir. Bununla ilgili yapılan araştırmalar; prenatal stres, anne bakımı, ergenlik dönemi madde kullanımı, uyaran açısından zengin çevrenin epigenetik değişikliklere yol açarak psikiyatrik bozukluklara koruyucu olan ya da bunlara yol açan rolüne dikkat çekmektedir. Genetik bilginin aksine, “epigenom” dinamiktir ve prensip olarak ilaç kullanımı, sosyal etkileşimler ve stres gibi deneyime bağlı çeşitli faktörlere yanıt olarak değişebilir (Dudley, Li, Kobor ve ark., 2011).

Alandaki bir diğer tartışma ise dayanıklılığın kalıcı ve istikrarlı bir özellik olduğu mu, yoksa dinamik ve değişebilir bir durum olgusu mu olduğudur. İlk dayanıklılık araştırmaları riskler veya sıkıntılar karşısında sonuçları nispeten iyileştiren dayanıklı bireyleri belirleyen “ego dayanıklılığı” üzerine odaklanmıştır. Önerilen “egosu dayanıklı” olan kişi, bir sıkıntıyla karşılaşmadan önce zaten beceriklidir ve esnek özellikleri çocuklukta bile gözlemlenebilir. İstikrarlı ve kalıcı bir yapı olarak bu tür esneklik tanımları, riske tepki olarak bireysel farklılıkları açıklamaya başlamıştır (Stainton, Chisholm, Kaiser ve ark., 2019). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada dışadönüklük, öz-disiplin, gelişime açıklık ve uyumluluk seviyeleri yüksek, nörotiklik seviyeleri düşük kişilerin psikolojik dayanıklılıklarının yüksek olduğu bulunmuştur (Çetin, Yeloğlu ve Basım, 2015).

Bundan farklı olarak dayanıklılıkta koruyucu faktörleri inceleyen araştırmaların çoğu olası psikolojik veya sosyal faktörlere de odaklanmaktadır. Bu faktörler; sosyal destek, benlik saygısı, yaşam kalitesi, maneviyat, çocukluk döneminde hastalık geçirmiş olmak veya istismar öyküsünün olması, ebeveyn ayrılığı ya da kaybı, kaliteli sosyal ilişkiler ve öz-yeterlilik vb. olarak ele alınabilir. Toplumsal açıdan ise; sosyal ve ekonomik düzeyde düşüklük,

olumlu rol model eksikliği, bağımlılık, göç ve işsizlik sayılabilir (Stainton, Chisholm, Kaiser ve ark., 2018; Albayrak, 2018).

Bir diğer faktör olarak dayanıklılığın etki alanlarında nasıl işlev görebileceğini anlamak için, farklı zihinsel sağlık sonuçları olan bireyler arasındaki olası nörobiyolojik farklılıkları da göz önünde bulundurmak gerekir. Majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluk tanılı hastalarla yapılan çalışmalar bu bireylerin sağlıklı kontrollere göre frontolimbik disfonksiyonun bipolar bozukluk için risk oluşturduğunu ve çalışma belleği ağının yaygın hipobağlantısının hastalık ekspresyonu ile ilişkili olabileceğini belirlemişlerdir. Majör depresif bozukluk için risk endofenotipi, kortikal dikkat devrelerinin daha fazla aktivasyonu ile karakterize edilirken, dayanıklılık, dorsal ön singulat korteksinin (DACC) daha fazla aktivasyonu ile karakterize edilmiştir. DACC'nin aktivasyonunun, sağlıklı yetişkinlerde psikolojik dayanıklılık ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ek olarak, ön singulat korteksin artan hacimleri, sağlıklı yaşlı yetişkinlerde artan iyimserlikle de ilişkilendirilmiştir. Bu sonuçlar biyolojik koruyucu faktörlerin akıl hastalıkları üzerindeki dayanıklılığa etki ettiğini kanıtlamaktadır (Stainton, Chisholm, Kaiser ve ark., 2018). Dayanıklılık konusu ele alınırken nörobilişsel yeteneğin önemli bir husus olabileceğine dair kanıtlar da vardır. Yapılan çalışmalar dayanıklılığı yüksek olan bireylerin IQ düzeylerinin, sözsüz hafıza testlerinin, bilişsel esnekliğin ve dikkat kontrolünün daha yüksek olduğunu göstermiştir (Stainton, Chisholm, Kaiser ve ark., 2018).

2.5.1. Psikolojik Dayanıklılık ve Bipolar Bozukluk

Dayanıklılık, zihinsel hastalıklarla yaşayan insanlar için, belirtilerle başa çıkma yetenekleri ve ilaç tedavisinin etkileri ve yaşamın refah düzeyi ve yaşam kalitesi için önemli bir yapıdır (Perlman, Patterson, Moxham ve ark., 2017). Buradan hareketle psikolojik dayanıklılığın, bipolar bozuklukta hastalık başlangıcı, yaşam kalitesi ve prognoz ile oldukça ilişkili bir kavram olduğu söylenebilir. Çeşitli araştırmalar bipolar bozukluğu olan bireylerin sağlıklı kontrollere göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha düşük olduğunu

ortaya koymuştur. Bipolar bozuklukta, yaşam kalitesinin psikolojik dayanıklılık ile ilişkili olduğu, özellikle de dayanıklılığın fiziksel, sosyal ve çevresel alt boyutları ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir (Lee, Cha, Park ve ark., 2017).

Crowe, Averett ve Glass'ın (2015) yaptığı bir çalışma göstermiştir ki dayanıklılık damgalanmayı azaltmakta; damgalanma ise dayanıklılığı azaltmaktadır. Çalışmada damgalanma, dayanıklılık ve yardım arama kavramları incelenmiş olup şu bulgular bulunmuştur: Damgalanma, yardım arama ve dayanıklılığın düşmesine yol açar; yardım arama, dayanıklılığı artırır ve damgalanmanın düşmesini sağlar ancak aynı zamanda yardım arama, damgalanmaya yol açarak dayanıklılığın düşmesine sebep olabilir (Crowe, Averett ve Glass, 2015).

Choi ve ark. (2015) tarafından yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğa sahip bireylerin dayanıklılık düzeyinin sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada psikolojik dayanıklılığın düşük olmasının depresyon dönemlerinin sayısının fazlalığı ve dürtüsellik artışı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Choi, Cha, Jang ve ark., 2015).

Mizuno, Hofer, Suzuki ve ark.'nın (2016) yaptığı bir çalışmada diğer çalışmalarla benzer şekilde olarak psikolojik dayanıklılığın sağlıklı kontrollerde şizofrenisi olan ve bipolar bozukluğu olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Benlik saygısı, manevi inanç, yaşam kalitesi ve umutsuzluk kavramları dayanıklılık ile ilişkili bulunmuştur. Yine aynı çalışmada içselleştirilmiş damgalanma ve depresyonun şizofreni ve bipolar bozukluk ile ilişkili faktörler olduğu belirtilmiştir (Mizuno, Hofer, Suzuki ve ark., 2016).

Çok hafif belirtiler ve nispeten düşük içselleştirilmiş damgalanma ile başvuran bipolar hastaların dahil edildiği bir çalışmada, bu kişilerin sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede daha düşük dayanıklılık ve yaşam kalitesi

gösterdiği görülmüştür. Hastalarda yaşam kalitesi, dayanıklılık, içselleştirilmiş damgalanma ve kalıntı depresif belirtiler ile anlamlı bir korelasyon gözlenmiştir (Post, Pardeller, Frajo-Apor ve ark., 2018).



3. YÖNTEM

Bu bölümde örneklemin nasıl oluşturulacağına dair bilgiler, araştırmanın içerme ve dışlama kriterleri, veri toplama araçları ve işlem bölümüne ait bilgiler yer alacaktır.

3.1. ÖRNEKLEM VE UYGULAMA

3.1.1. Çalışma Evreni ve Örneklemi

Çalışmaya, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Duygudurum Merkezi ve Psikiyatri Ayaktan Tedavi Ünitelerinde izlemi devam eden, araştırma kriterlerini karşılayan ve DSM 5 tanı kriterlerine göre bipolar bozukluk tanısı almış remisyonda kadın ve erkek hastalar dahil edilmiştir. Aralık 2019- Nisan 2020 tarihleri arasında bipolar bozukluğu olan, herhangi bir başka psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 132 hasta örneklemini oluşturmuştur. Katılımcılardan sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Olguların şimdiki ve geçmişteki hastalık tanıları, DSM- 5'e göre yapılan klinik görüşme ile kesinleştirilmiştir. Katılımcıların yaşam boyu madde kullanımı ile ilgili bilgileri, hastaların tıbbi kayıtlarından ve laboratuvar bulgularından elde edilmiştir.

3.1.2. İçerme kriterleri:

- 1) 18-65 yaş arasında olmak
- 2) DSM 5 tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk tanısı almış olmak
- 3) Okur-yazar olmak
- 4) Young Mani Derecelendirme Ölçeğinde 5 ve 5'ten küçük puan almak
- 5) Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinde 7 ve 7'den küçük puan almak
- 6) Araştırmaya katılmayı kabul etmiş ve gönüllü onam formunu imzalamış olmak

3.1.3. Dışlama kriterleri:

- 1) Genel tıbbi bir durum, demans veya beyin hasarına bağlı mental bozukluğun varlığı
- 2) Mental retardasyon, otizm gibi nöro-gelişimsel bozuklukların olması
- 3) Herhangi bir kişilik bozukluğu tanısına sahip olmak
- 4) Madde kullanım bozukluğu tanısı almış olmak
- 5) Araştırma bataryasını doldurmaya engel teşkil edebilecek fiziksel engeli olmak

3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER

3.2.1. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

Hamilton tarafından, depresyon tanısı almış hastalarda, depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir (Hamilton 1960). Hamilton tarafından 17 maddelik olarak geliştirilen ölçeğe sonraki yıllarda bazı maddeler eklenerek 21 ve 24 maddeli ölçekler geliştirilmiştir. Depresif mizaç, intihar, iş ve aktivitelerde yitim, retardasyon, ajitasyon, gastrointestinal belirtiler, genel somatik belirtiler, hipokondriak belirtiler, içgörü, iştah ve kilo kaybı, uykusuzluk ve anksiyete gibi alt gruplar bulunmaktadır. Akdemir ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği 0,85; iki-yarım güvenilirliği 0,76; Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,75; güvenilirlik katsayısı ise 0,87 ile 0,97 arasında bulunmuştur (Akdemir ve ark., 1996).

3.2.2. Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu

Bu form araştırmaya katılan kişilere araştırmanın yönüne uygun olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalığa ait verileri içeren, klinik tanı sürecini ve fiziki muayenesini, geçmiş intihar girişimlerini değerlendiren ayrıntılı görüşme formudur.

3.2.3. Öz-Şefkat Ölçeği

Kristin Neff (2003) tarafından geliştirilmiş olan Öz-Şefkat Ölçeği, 26 maddeden oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Paylaşımların bilincinde olma, izolasyon, öz-sevecenlik, öz-yargılama, farkındalık ve aşırı özdeşleşme olmak üzere 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler neredeyse hiçbir zaman (1), nadiren (2), ara sıra (3), genellikle (4), neredeyse her zaman (5) şeklinde beşli likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin geneli için güvenilirlik oranı 0.93'tür. Alt ölçeklerden öz-sevecenlik için 0.85, öz yargılama için 0.88, paylaşımların bilincinde olma için 0.88, izolasyon için 0.80, farkındalık için 0.85 ve aşırı özdeşleşme için 0.88 olarak bulunmuştur (Neff, 2003b). Türkçe çevirisinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2007 yılında Ü. Akın, A. Akın ve Abacı tarafından yapılmıştır. Ölçeğin tamamı için, özgün ve Türkçe formları arasındaki güvenilirlik korelasyonu 0.94 saptanmıştır. Alt ölçeklerdeyse; öz-sevecenlik için 0.94, izolasyon için 0.89, farkındalık için 0.92 öz-yargılama için 0.94, paylaşımların bilincinde olma için 0.87, ve aşırı özdeşleşme için 0.94 olarak bulunmuştur. Öz-Şefkat Ölçeği'nin iç tutarlılık katsayıları 0.72 ile 0.80 arasında; test-tekrar test güvenilirlik katsayıları ise 0.56 ile 0.69 arasında olarak belirtilmiştir (Akın, Akın ve Abacı, 2007).

3.2.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Rithser ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olan RHİDÖ 29 maddeden oluşan ve içselleştirilmiş damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir (Rithser ve ark., 2003). Ölçeğin: “yabancılaşma” (madde:1,5,8,16,17,21), “kalıp yargıların onaylanması” (madde: 26,10,18,19,23,29), “algılanan ayrımcılık” (madde: 3,15,22,25,28), “sosyal geri çekilme” (madde:4,9,11,12,13,20), “damgalanmaya karşı direnç” (madde:7,14,24,26,27) olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler, “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dördümlü likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğinin maddeleri ters olarak hesaplanmaktadır. Toplam puan 29 ile 116 arasında değişebilir ve yüksek

puanlar kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Türkçeye uyarlama çalışması Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmış olup onların çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.93, mevcut çalışmada Cronbach Alpa (buraya kaç çıktığı yazılacak) olarak bulunmuştur (Ersoy ve Varan, 2007; Kök ve Demir, 2018).

3.2.5. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

Friborg ve ark. (2003) tarafından geliştirilen YPDÖ toplam 33 madden ve toplam 6 alt boyuttan oluşan, bireylerdeki psikolojik dayanıklılık düzeyini ölçmeyi amaçlayan bir öz-bildirim formudur. Bu alt boyutların; “kendilik algısı” (6 madde), “gelecek kaygısı” (4 madde), “yapısal stil” (4 madde), “sosyal yeterlilik” (6 madde), “aile uyumu” (6 madde) ve “sosyal kaynaklar” (7 madde) olmak üzere 6 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekte ön yargılı değerlendirmelerden kaçınmak için her bir madde için olumlu ve olumsuz özelliklerin zıt taraflarda olduğu ve aralarında beş kutucuğun olduğu bir format kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği için yapılan analizde iç tutarlılık değerleri; “Kendilik algısı” için 0.80, “Gelecek algısı” için 0.75, “Sosyal yeterlilik” için 0.82, “aile uyumu” için 0.86, “Sosyal kaynaklar” için 0.84, “Yapısal stil” için 0.76 olarak bulunmuştur (Friborg ve ark., 2003; Friborg, Barlaug, Martinussen ve ark., 2005). Türkçe çevirisinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Basım ve Çetin (2011) tarafından yapılmıştır. “Kendilik algısı”, “Gelecek algısı”, “Yapısal stil”, “Sosyal yeterlilik”, “Aile uyumu” ve “Gelecek algısı” boyutlarının içeren altı boyutlu yapı faktör analizi ile doğrulanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının 0.66 ve 0.81 arasında değiştiği bulunmuştur (Basım ve Çetin, 2011; Çetin, Yeloğlu ve Basım, 2015).

3.2.6. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS)

Young ve arkadaşları tarafından 1978 yılında manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir (Young ve ark. 1978). Toplamda 11 maddeden oluşan ölçeğin yedi maddesi beşli Likert tipinde, diğer dört maddesi ise dokuzlu Likert tipindedir. Yükselmiş duygudurum, hareket ve enerji artışı, cinsel ilgi, uyku, iritabilite, konuşma hızı ve miktarı, düşünce yapı bozukluğu, düşünce içeriği,

yıkıcı ve saldırgan davranış, dış görünüm, içgörü gibi alt grupları bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 44'tür. Karadağ ve arkadaşları tarafından ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,79; geçerlilik katsayısı ise 0,71 ile 0,72 arasında bulunmuştur (Karadağ ve ark., 2001).

3.3. Uygulanan İşlem

Bu çalışma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden 03/12/2019 tarihinde 379 karar no ile onay alınmıştır.

Katılan tüm hastaların çalışmanın amacı hakkında bilgi veren bilgilendirilmiş onam formu ile onayları alındıktan sonra tüm hastalara remisyon kriterini değerlendirmek için Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) uygulanmıştır. Sonrasında ise içerme ve dışlama kriterlerini karşılayan bütün katılımcılardan her birine aynı sıra ile olmak üzere Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Öz-Şefkat Ölçeği ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Katılımcıların ölçekleri doldurması ortalama olarak 20-30 dakika arasında sürmüştür.

4. BULGULAR

4.1. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya alınan kişilerin 53'ü erkek (%40,2), 79'u ise (%59,8) kadındır. 18-35 yaş arası 36 kişi (%27,3), 36-50 yaş arası 70 kişi (%53,0), 51-65 yaş arası 26 kişi (% 19,7) çalışmaya katılmıştır. Katılımcıların eğitim düzeyleri ise; okur-yazar 2 kişi (%1,5), ilkokul (5yıl) 30 kişi (%22,7), ortaokul (8yıl) 18 kişi (%13,6), lise 40 kişi (%30,3) ve yüksekokul ve üzeri 42 kişi (%31,8) olarak saptanmıştır. Çalışmaya alınan kişilerin 51'i (%38,6) çalışmaktadır. Çalışmaya alınan kişilerin 77'si (%58,3) evli, 42'si (%31,8) bekar ve 13'ü (%9,8) boşanmış/duldur. 72 kişi (%54,5) eş veya çocukları ile, 51 kişi ise (%38,6) ailesi ile ve 9'u (%6,8) yalnız yaşamaktadır. 108 kişi (%81,8) mevcut bir ruhsal hastalığı olduğunu kabul etmektedir. 78 kişinin (%59,1) ailesinde psikolojik rahatsızlık bulunmaktadır. 41 kişinin (%31,1) intihar öyküsü bulunmaktadır. Hastalık süresi 0-2 yıl olan 6 kişi (%4,5), 2-5 yıl olan 10 kişi (%7,6) ve 5 yıl ve üzeri olan 116 kişi (%87,9) çalışmada yer almıştır. 31 kişinin hiç yatışı olmamışken (%23,5), 1 kez yatışı olan 43 (%32,6) ve birden fazla yatışı olan 58 (%43,9) kişi çalışmada yer almıştır. Sosyodemografik ve klinik verilere dair bilgiler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1: Çalışma Örnekleminin Demografik ve Klinik Değişkenlerine Dair Frekans Dağılımları

		Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	53	40,2
	Kadın	79	59,8
Yaş	18-35 yaş arası	36	27,3
	36-50 yaş arası	70	53,0
	51-65 yaş arası	26	19,7
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	2	1,5
	İlkokul (5yıl)	30	22,7
	Ortaokul (8yıl)	18	13,6
	Lise	40	30,3
	Yüksekokul ve üzeri	42	31,8
Çalışma Durumu	Çalışıyor	51	38,6
	Çalışmıyor	81	61,4
Medeni Durum	Evli	77	58,3
	Bekâr	42	31,8
	Boşanmış/Dul	13	9,8
Şu An Kiminle Yaşadığı	Yalnız	9	6,8
	Eş veya çocuk	72	54,5
	Aile ile	51	38,6
İçgörü	Var	108	81,8
	Yok	24	18,2
Ailede Psikolojik Rahatsızlığı Olan Var Mı?	Var	78	59,1
	Yok	54	40,9
İntihar Girişimi	Var	41	31,1
	Yok	91	68,9
Hastalık Süresi	0-2 yıl	6	4,5
	2-5 yıl	10	7,6
	5 yıl ve üzeri	116	87,9
Yatış Sayısı	Yatış yok	31	23,5
	1 kez	43	32,6
	1 ve üzeri	58	43,9

4.2. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, ÖZ-ŞEFKAT VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DEĞİŞKENLERİNİN CİNSİYETE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmadan elde edilen Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği, Öz-Şefkat Ölçeği ve İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği alt ölçeklerinin cinsiyetlere göre farklılıklarını belirlemek için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği alt ölçeklerinden aile uyumu puanlarının erkeklerde (Ort.=3,15), kadınlardan (Ort.= 2,82) anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($t=3,070$, $p<.01$). Öz-Şefkat Ölçeği alt ölçeklerinden öz-sevecenlik puanlarının erkeklerde (Ort.=3,19), kadınlardan (Ort.= 2,82) anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($t=2,092$, $p<.05$). Bilinçlilik puanlarının erkeklerde (Ort.=3,26), kadınlardan (Ort.= 2,83) anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($t=2,397$, $p<.05$). Aşırı özdeşleşme puanlarının erkeklerde (Ort.=2,75), kadınlardan (Ort.= 2,30) anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($t=2,472$, $p<.05$). Diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>.05$). İçselleştirilmiş damgalanma, öz-şefkat ve psikolojik dayanıklılık değişkenlerinin cinsiyete göre karşılaştırılmasına dair bulgular Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması						
		Cinsiyet	N	Ort.	SS	t(p)
Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği	Kendilik Algısı	Erkek	53	3,034	,5109	-108 (,914)
		Kadın	79	3,044	,5012	
	Gelecek Algısı	Erkek	53	3,000	,6335	-,318 (,751)
		Kadın	79	3,031	,5053	
	Yapısal Stil	Erkek	53	3,061	,6702	,923 (,358)
		Kadın	79	2,939	,7846	
	Sosyal Yeterlilik	Erkek	53	3,213	,4928	,576 (,566)
		Kadın	79	3,166	,4393	
	Aile Uyumu	Erkek	53	3,154	,5545	3,070 (,003)
		Kadın	79	2,827	,6284	
	Sosyal Kaynaklar	Erkek	53	2,838	,5151	-,581 (,562)
		Kadın	79	2,886	,4251	
İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği	Yabancılaşma	Erkek	53	2,028	,6616	-,721 (,455)
		Kadın	79	2,113	,6307	
	Kalıp Yargıların Onaylanması	Erkek	53	1,905	,5616	-,174 (,862)
		Kadın	79	1,922	,5190	
	Algılanan Ayrımcılık	Erkek	53	2,090	,6270	,529 (,598)
		Kadın	79	2,030	,6501	
	Sosyal Geri Çekilme	Erkek	53	2,066	,6221	,520 (,604)
		Kadın	79	2,008	,6258	
	Damgalamaya Karşı Direnç	Erkek	53	2,403	,5876	1,777 (,078)
		Kadın	79	2,245	,4336	
Öz-Şefkat Ölçeği	Öz-Sevecenlik	Erkek	53	3,192	,9005	2,092 (,038)
		Kadın	79	2,822	1,0405	
	Paylaşım Bilincinde Olma	Erkek	53	2,900	,7729	1,049 (,296)
		Kadın	79	2,721	1,0668	
	Bilinçlilik	Erkek	53	3,268	,9967	2,397 (,018)
		Kadın	79	2,838	1,0747	
	Öz-Yargılama	Erkek	53	2,913	,9162	1,517 (,132)
		Kadın	79	2,645	1,0401	
	İzolasyon	Erkek	53	2,679	1,0578	,700 (,485)
		Kadın	79	2,547	1,0628	
	Aşırı Özdeşleşme	Erkek	53	2,754	,9845	2,472 (,015)
		Kadın	79	2,307	1,0410	
<i>Not. Df: 130, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, N:132</i>						

4.3. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, ÖZ-ŞEFKAT VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bipolar bozukluğu olan hastaların ölçek ve alt ölçek puanları tablo 3'te değerlendirilmiştir. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği değerlendirildiğinde; toplam puan ortalaması 3, kendilik algısı puan ortalaması 3,04, gelecek algısı puan ortalaması 3,01, yapısal stil puan ortalaması 2,98, sosyal yeterlilik puan ortalaması 3,18, aile uyumu puan ortalaması 2,95 ve sosyal kaynaklar puan ortalaması 2,86 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 3).

İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği değerlendirildiğinde; toplam puan ortalaması 2,07, yabancılaşma puan ortalaması 2,07, kalıp yargıların onaylanması puan ortalaması 1,91, algılanan ayrımcılık puan ortalaması 2,05, sosyal geri çekilme puan ortalaması 2,03 ve damgalamaya karşı direnç puan ortalaması 2,3 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 3)

Öz-şefkat Ölçeği değerlendirildiğinde; toplam puan ortalaması 2,76, öz-sevecenlik puan ortalaması 2,97, paylaşım bilincinde olma puan ortalaması 2,79, bilinçlilik puan ortalaması 3,01, öz-yargılama puan ortalaması 2,75, izolasyon puan ortalaması 2,60 ve aşırı özdeşleşme puan ortalaması 2,48 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 3).

Tablo 3. Ölçek Puanlarına Dair Tanımlayıcı Veriler				
		N	Ort.	SS
Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği	Kendilik Algısı	132	3,0404	,50322
	Gelecek Algısı	132	3,0189	,55827
	Yapısal Stil	132	2,9886	,74063
	Sosyal Yeterlilik	132	3,1856	,46032
	Aile Uyumu	132	2,9583	,61896
	Sosyal Kaynaklar	132	2,8669	,46205
	Toplam	132	3,0098	,28460
İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği	Yabancılaşma	132	2,0795	,64219
	Kalıp Yargıların Onaylanması	132	1,9156	,53451
	Algılanan Ayrımcılık	132	2,0545	,63922
	Sosyal Geri Çekilme	132	2,0316	,62263
	Damgalamaya Karşı Direnç	132	2,3091	,50546
	Toplam	132	2,0781	,50072
Öz-Şefkat Ölçeği	Öz-Sevecenlik	132	2,9712	1,00780
	Paylaşım Bilincinde Olma	132	2,7936	,96380
	Bilinçlilik	132	3,0114	1,02909
	Öz-Yargılama	132	2,7530	,99828
	İzolasyon	132	2,6004	1,05880
	Aşırı Özdeşleşme	132	2,4867	1,03991
	Toplam	132	2,7694	,82186

4.4. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, ÖZ-ŞEFKAT VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Çalışmadan elde edilen Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Öz-Şefkat Ölçeği ve İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği alt ölçeklerinden elde edilen puanların birbirleriyle ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 4'te verilmiştir.

Analizlere göre, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği alt ölçeklerinden kendilik algısı puanlarının; algılanan ayrımcılık puanları ile ($r = ,175$) negatif, öz-yargılama puanları ile ($r = ,215$), izolasyon puanları ile ($r = ,185$) ve Öz-Şefkat Ölçeği toplam puanları ile ($r = ,174$) pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık

Ölçeği alt ölçeklerinden gelecek algısı puanlarının; yabancılaşma puanları ile ($r = ,184$) pozitif, izolasyon puanları ile ($r = -,172$) ve aşırı özdeşleşme puanları ile ($r = -,222$) negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği alt ölçeklerinden sosyal yeterlilik puanlarının; sosyal geri çekilme puanları ile ($r = ,184$) pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği alt ölçeklerinden aile uyumu puanlarının; öz-sevecenlik puanları ile ($r = ,367$), paylaşım bilincinde olma puanları ile ($r = ,207$), bilinçlilik puanları ile ($r = ,332$), öz-yargılama puanları ile ($r = ,254$), izolasyon puanları ile ($r = ,197$), aşırı özdeşleşme puanları ile ($r = ,262$) ve Öz-Şefkat Ölçeği toplam puanları ile ($r = ,334$) pozitif yönde, yabancılaşma puanları ile ($r = -,234$) negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puanlarının; Öz-yargılama puanları ile ($r = ,195$) pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4).

İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği alt ölçeklerinden yabancılaşma puanlarının; öz-sevecenlik puanları ile ($r = -,585$), paylaşım bilincinde olma puanları ile ($r = -,389$), bilinçlilik puanları ile ($r = -,534$), öz-yargılama puanları ile ($r = -,656$), izolasyon puanları ile ($r = -,635$), aşırı özdeşleşme puanları ile ($r = -,622$) ve Öz-Şefkat Ölçeği toplam puanları ile ($r = -,707$) negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği alt ölçeklerinden kalıp yargıların oluşması puanlarının; öz-sevecenlik puanları ile ($r = -,513$), paylaşım bilincinde olma puanları ile ($r = -,415$), bilinçlilik puanları ile ($r = -,493$), öz-yargılama puanları ile ($r = -,529$), izolasyon puanları ile ($r = -,429$), aşırı özdeşleşme puanları ile ($r = -,520$) ve Öz-Şefkat Ölçeği toplam puanları ile ($r = -,612$) negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği alt ölçeklerinden algılanan ayrımcılık puanlarının; öz-sevecenlik puanları ile ($r = -,471$), paylaşım bilincinde olma puanları ile ($r = -,372$), bilinçlilik puanları ile ($r = -,474$), öz-yargılama puanları ile ($r = -,650$), izolasyon puanları ile ($r = -,572$), aşırı özdeşleşme puanları ile ($r = -,500$) ve Öz-Şefkat Ölçeği toplam puanları ile ($r = -,628$) negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği alt ölçeklerinden sosyal geri çekilme

puanlarının; öz-sevecenlik puanları ile ($r = -,446$), paylaşım bilincinde olma puanları ile ($r = -,397$), bilinçlilik puanları ile ($r = -,462$), öz-yargılama puanları ile ($r = -,565$), izolasyon puanları ile ($r = -,590$), aşırı özdeşleşme puanları ile ($r = -,489$) ve Öz-Şefkat Ölçeği toplam puanları ile ($r = -,609$) negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği alt ölçeklerinden değişime karşı direnç puanlarının; öz-sevecenlik puanları ile ($r = -,472$), paylaşım bilincinde olma puanları ile ($r = -,337$), bilinçlilik puanları ile ($r = -,402$), öz-yargılama puanları ile ($r = -,384$), izolasyon puanları ile ($r = -,406$), aşırı özdeşleşme puanları ile ($r = -,306$) ve Öz-Şefkat Ölçeği toplam puanları ile ($r = -,476$) negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği toplam puanlarının; öz-sevecenlik puanları ile ($r = -,586$), paylaşım bilincinde olma puanları ile ($r = -,450$), bilinçlilik puanları ile ($r = -,559$), öz-yargılama puanları ile ($r = -,665$), izolasyon puanları ile ($r = -,644$), aşırı özdeşleşme puanları ile ($r = -,582$) ve Öz-Şefkat Ölçeği toplam puanları ile ($r = -,720$) negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4).

Tablo 4. İçselleştirilmiş Damgalanma, Psikolojik Dayanıklılık ve Öz-Şefkat Arasındaki Korelasyonlar

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği	Kendilik Algısı	1																			
2		Gelecek Algısı	,158	1																		
3		Yapısal Stil	,237**	,127	1																	
4		Sosyal Yeterlik	,117	,176*	,072	1																
5		Aile Uyum	,030	,084	,139	,010	1															
6		Sosyal Kaynaklar	,109	,061	,082	,100	,069	1														
7		Toplam	,521**	,523**	,637**	,424**	,481**	,410**	1													
8	İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği	Yabancılaşma	-,042	,184*	-,060	,017	-,234**	,007	-,057	1												
9		Kalıp Yargıların O.	-,034	,125	,100	,109	-,069	,086	,102	,723**	1											
10		Algılanan Ayrımcılık	-,175*	,062	,005	,085	-,104	,001	-,044	,769**	,729**	1										
11		Sosyal Geri Çekilme	,017	,152	,101	,204*	-,132	-,041	,094	,789**	,693**	,825**	1									
12		D. Karşı Direnç	-,083	,048	-,004	,033	-,076	-,144	-,068	,517**	,447**	,460**	,426**	1								
13		Toplam	-,075	,137	,032	,107	-,150	-,019	,006	,908**	,848**	,906**	,896**	,653**	1							
14	Öz-Şefkat Ölçeği	Öz-sevecenlik	,134	-,101	,088	-,088	,367**	-,041	,143	-,585**	-,513**	-,471**	-,446**	-,472**	-,586**	1						
15		Paylaşım B. Olma	,084	-,032	,104	-,162	,207*	-,137	,054	-,389**	-,415**	-,372**	-,397**	-,337**	-,450**	,670**	1					
16		Bilinçlilik	,061	-,125	,061	-,141	,332**	-,110	,056	-,534**	-,493**	-,474**	-,462**	-,402**	-,559**	,825**	,684**	1				
17		Öz-yargılama	,215*	-,126	,167	-,048	,254**	,081	,195*	-,656**	-,529**	-,650**	-,565**	-,384**	-,665**	-,628**	-,323**	-,557**	1			
18		İzolasyon	,185*	-,172*	,127	-,140	,197*	,140	,124	-,635**	-,497**	-,572**	-,590**	-,406**	-,644**	-,548**	-,282**	-,472**	,778**	1		
19		Aşırı Özdeşleşme	,165	-,222*	,100	,003	,262**	,044	,127	-,622**	-,520**	-,500**	-,489**	-,306**	-,582**	-,609**	-,307**	-,536**	,810**	,718**	1	
20		Toplam	,174*	-,162	,133	-,118	,334**	-,002	,144	-,707**	-,612**	-,628**	-,609**	-,476**	-,720**	,881**	,666**	,838**	-,848**	-,789**	-,825**	1

Not. N:132, r: Pearson Korelasyon Katsayısı, *:p<.05, **:p<.01

4.5. ÖZ-ŞEFKAT ALT BOYUTLARININ İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ALT BOYUTLARINI YORDAYICILIĞINA DAİR ÇOKLU LİNEER REGRESYON SONUÇLARININ İNCELENMESİ

Çalışmada uygulanan Öz-Şefkat Ölçeği alt boyutlarının, içselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarını yordayıp yordamadığını incelemek amacıyla hastaların tüm damgalama puanları (Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme, Damgalamaya Karşı Direnç) bağımlı değişken olarak, Öz-Şefkat Ölçeği puanları ise (Öz-Sevecenlik, Öz-Yargılama, Paylaşım Bilincinde Olma, Bilinçlilik, İzolasyon, Aşırı Özdeşleşme) bağımsız değişken olarak belirlenmiş ve çoklu lineer regresyon analizi uygulanmıştır. Yapılan analizin sonuçları Tablo 5'te sunulmuştur.

	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	İkili <i>r</i>	Kısmi <i>r</i>
Sabit	3,566		24,509	,000		
Öz-Sevecenlik	-,077	-,121	-,965	,337	-,086	-,060
Paylaşım Bilincinde Olma	-,052	-,078	-,868	,387	-,077	-,054
Bilinçlilik	-,045	-,073	-,621	,535	-,055	-,038
Öz-Yargılama	-,133	-,206	-1,662	,099	-,147	-,103
İzolasyon	-,154	-,254	-2,498	,014	-,218	-,155
Aşırı Özdeşleşme	-,084	-,136	-1,227	,222	-,109	-,076

Bağımlı Değişken: Yabancılaşma $R = .722$ $R^2 = .521$ $R^2_{adj} = .498$, $F(6,125) = 22.694$, $p < .000$

Tüm bağımsız değişkenler birlikte eşitliğe dâhil edildiği çoklu lineer regresyon modelin; yabancılaşma puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir [$F(6, 125) = 22.694$, $p < .01$]. Modelde, yabancılaşma puanlarındaki varyansın %52'si açıklanmaktadır ($R^2 = .521$). Standardize edilmiş regresyon katsayılarına bakıldığında, modele dâhil edilen bağımsız değişkenlerden İzolasyon ($\beta = -.254$, $p < .05$) puanlarının negatif yönde yabancılaşma puanlarını yordadığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 5).

Tablo 6. Öz-Şefkat Alt Boyutlarının Kalıp Yargıların Onaylanması Puanlarını Yordayıcılığını Gösteren Çoklu Lineer Regresyon Analizi

	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	İkili <i>r</i>	Kısmi <i>r</i>
Sabit	3,029		21,962	,000		
Öz-Sevecenlik	-,019	-,037	-,256	,799	-,023	-,018
Paylaşım Bilincinde Olma	-,102	-,184	-1,791	,076	-,158	-,126
Bilinçlilik	-,051	-,099	-,744	,458	-,066	-,052
Öz-Yargılama	-,075	-,139	-,987	,326	-,088	-,070
İzolasyon	-,075	-,149	-1,289	,200	-,115	-,091
Aşırı Özdeşleşme	-,086	-,168	-1,328	,187	-,118	-,094

Bağımlı Değişken: Kalıp Yargıların Onaylanması $R = .616$ $R^2 = .379$ $R^2_{adj} = .349$, $F(6,125) = 12.722$, $p: .000$

Tüm bağımsız değişkenlerin birlikte eşitliğe dâhil edildiği çoklu lineer regresyon modelin; kalıp yargıların onaylanması puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir [$F(6, 125) = 12.722$, $p < .01$]. Modelde, kalıp yargıların onaylanması puanlarındaki varyansın %38'i açıklanmaktadır ($R^2 = .379$). Modelin bütünü kalıp yargıların onaylanması puanlarını anlamlı düzeyde açıklamasına rağmen öz-şefkat puanlarının ayrı ayrı modele katkıları anlamlı düzeyde bulunmamıştır (Bkz. Tablo 6).

Tablo 7. Öz-Şefkat Alt Boyutlarının Algılanan Ayrımcılık Puanlarını Yordayıcılığını Gösteren Çoklu Lineer Regresyon Analizi

	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	İkili <i>r</i>	Kısmi <i>r</i>
Sabit	3,465		22,832	,000		
Öz-Sevecenlik	,081	,128	,974	,332	,087	,063
Paylaşım Bilincinde Olma	-,117	-,176	-1,867	,064	-,165	-,121
Bilinçlilik	-,080	-,129	-1,053	,294	-,094	-,068
Öz-Yargılama	-,364	-,569	-4,377	,000	-,365	-,284
İzolasyon	-,117	-,194	-1,819	,071	-,161	-,118
Aşırı Özdeşleşme	,089	,145	1,247	,215	,111	,081

Bağımlı Değişken: Algılanan Ayrımcılık $R = .689$ $R^2 = .474$ $R^2_{adj} = .449$, $F(6,125) = 18.796$, $p: .000$

Tüm bağımsız değişkenlerin birlikte eşitliğe dâhil edildiği basit doğrusal regresyon modelin; algılanan ayrımcılık puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir [$F(6, 125) = 18.796, p < .01$]. Modelde, algılanan ayrımcılık puanlarındaki varyansın %47'si açıklanmaktadır ($R^2 = .474$). Standardize edilmiş regresyon katsayılarına bakıldığında, modele dâhil edilen bağımsız değişkenlerden öz-yargılama ($\beta = -.569, p < .01$) puanlarının negatif yönde algılanan ayrımcılık puanlarını yordadığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 7).

Tablo 8. Öz-Şefkat Alt Boyutlarının Sosyal Geri Çekilme Puanlarını Yordayıcılığını Gösteren Basit Doğrusal Regresyon Analizi

	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	İkili <i>r</i>	Kısmi <i>r</i>
Sabit	3,362		21,886	,000		
Öz-Sevecenlik	,114	,184	1,344	,182	,119	,091
Paylaşım Bilincinde Olma	-,156	-,242	-2,470	,015	-,216	-,166
Bilinçlilik	-,088	-,145	-1,141	,256	-,102	-,077
Öz-Yargılama	-,150	-,240	-1,779	,078	-,157	-,120
İzolasyon	-,224	-,381	-3,441	,001	-,294	-,232
Aşırı Özdeşleşme	,012	,019	,159	,874	,014	,011

Bağımlı Değişken: Sosyal Geri Çekilme $R = .658$ $R^2 = .432$ $R^2_{adj} = .405$, $F(6,125) = 15.867$, $p : .000$

Tüm bağımsız değişkenlerin birlikte eşitliğe dâhil edildiği çoklu lineer regresyon modelin; sosyal geri çekilme puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir [$F(6, 125) = 15.867, p < .01$]. Modelde, sosyal geri çekilme puanlarındaki varyansın %43'ü açıklanmaktadır ($R^2 = .432$). Standardize edilmiş regresyon katsayılarına bakıldığında, modele dâhil edilen bağımsız değişkenlerden öz-yargılama ($\beta = -.242, p < .05$) puanlarının ve izolasyon ($\beta = -.381, p < .01$) puanlarının negatif yönde sosyal geri çekilme puanlarını yordadığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 8).

Tablo 9. Öz-Şefkat Alt Boyutlarının Damgalamaya Karşı Direnç Puanlarını Yordayıcılığını Gösteren Çoklu Lineer Regresyon Analizi

	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	İkili <i>r</i>	Kısmi <i>r</i>
Sabit	3,141		22,174	,000		
Öz-Sevecenlik	-,169	-,336	-2,166	,032	-,190	-,166
Paylaşım Bilincinde Olma	-,031	-,058	-,524	,601	-,047	-,040
Bilinçlilik	-,003	-,007	-,048	,962	-,004	-,004
Öz-Yargılama	-,053	-,104	-,679	,499	-,061	-,052
İzolasyon	-,122	-,256	-2,038	,044	-,179	-,156
Aşırı Özdeşleşme	,092	,189	1,373	,172	,122	,105

Bağımlı Değişken: Damgalamaya Karşı Direnç $R = .517$ $R^2 = .268$ $R^2_{adj} = .232$, $F(6,125) = 7.609$, $p < .000$

Tüm bağımsız değişkenlerin birlikte eşitliğe dâhil edildiği çoklu lineer regresyon modelin; damgalamaya karşı direnç puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir [$F(6, 125) = 7.609$, $p < .01$]. Modelde, damgalamaya karşı direnç puanlarındaki varyansın %27'si açıklanmaktadır ($R^2 = .268$). Standardize edilmiş regresyon katsayılarına bakıldığında, modele dâhil edilen bağımsız değişkenlerden öz-sevecenlik ($\beta = -.336$, $p < .05$) puanlarının ve izolasyon ($\beta = -.256$, $p < .05$) puanlarının negatif yönde damgalamaya karşı direnç puanlarını yordadığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 9).

5. TARTIŞMA

5.1. Amaç

Bu çalışmada bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, öz-şefkat ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkilerin incelenmesi ile, bipolar bozukluğun sürecinde bu parametrelerin olası etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmada incelenen faktörlerin birbirleri ile olan ilişkisi literatürde ayrı ayrı incelenmiş olsa da üçünün birlikte ele alındığı az çalışma bulunması bu konunun ele alınmasını önemli hale getirmektedir. Damgalanma ruhsal hastalıklara sahip bireylerde sıklıkla gözlenmekte ve bununla savaşmada içselleştirilmiş damgalanma daha kolay ulaşılabilir ve çalışılabilir bir hedef olarak değerlendirilmektedir (Corrigan ve Watson, 2002). Çalışmada da içselleştirilmiş damgalanmanın öz-şefkat ve psikolojik dayanıklılık ile olan ilişkisi tedavi sürecinde bu olumsuz faktörle nasıl başa çıkılabileceği konusunda klinisyenlere yol gösterici olabilir. Çünkü damgalanma ruhsal sağlık problemleri yaşayan bireylerin psikolojik yardım almalarındaki engellerden biridir. Bu doğrultuda da bireylerin öz-şefkat düzeylerini yükseltebilecek öz-şefkatli farkındalık gibi birtakım terapi tekniklerinin tedavi planlarına dahil edilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca psikolojik dayanıklılık olgusunun doğuştan geldiği söylene de zaman içerisinde öğrenilebilen ve gelişimsel bir süreç içeren bir olgu olduğu ortaya konmuştur (Masten, Best ve Garnezy 1980; Basım ve Çetin, 2011). Dolayısıyla çalışmamızda gösterdiğimiz gibi (Bkz. Tablo 4) bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile içselleştirilmiş damgalanma ve öz-şefkat arasındaki ilişkiye baktığımızda bu olgunun tedavi sürecine dahil edilmesinin öz-şefkat ve içselleştirilmiş damgalanma üzerinde olumlu etkileri olacağı düşünülmektedir.

Bu amaçla çalışmada bipolar bozukluk tanılı 132 hasta incelenmiştir. Çalışmanın gereği; katılımcılara içselleştirilmiş damgalanma, öz-şefkat ve psikolojik dayanıklılık ölçekleri uygulanmış ve ölçeklerden alınan skorlar arasındaki ilişkiye bakılmıştır (Bkz. Tablo 4). Ayrıca öz-şefkat ölçek

puanlarının içselleştirilmiş damgalanma ölçek puanlarını yordama düzeyleri ve aralarındaki ilişkiler de incelenmiştir (Bkz. Tablo 5, 6, 7, 8, 9).

Çalışmaya bipolar bozukluk tanısı haricinde herhangi bir eş tanıya sahip olan hiçbir hasta dahil edilmemiştir. Böylelikle diğer psikopatolojilerin ölçekler üzerindeki olası etkileri elimine edilmiştir. Tüm olguların Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde takip ve tedavi edilen bireylerden tercih edilmiş olması katılımcıların homojen bir grup oluşturmasına katkı sağlamıştır.

Araştırmaya dahil edilen değişkenlerin çıkan sonuçlarının cinsiyete bağlı olarak fark gösterip göstermediğini saptamak amacıyla, kadın ve erkek olmak üzere alt gruplar değerlendirilmiştir (Bkz. Tablo 2). Cinsiyete bağlı farklılığın yalnızca dört parametrede görülmesi ve ayrıca ölçeklerin alt ölçeklerinin değerlendirilmesi ile gerçek sonuçlardan uzaklaşılabileceği düşüncesiyle gruplarda cinsiyet ayrımı terk edilerek, kadın-erkek alt grupları birleştirilerek inceleme yapılmıştır (Bkz. Tablo 3). Benzer şekilde Üstündağ ve Kesebir'in 2013 yılında bipolar hastalarla yaptıkları ve içselleştirilmiş damgalanma kavramını ele aldıkları çalışmada da cinsiyetler arasında içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında fark saptanmamıştır (Üstündağ ve Kesebir, 2013).

5.2. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Çalışmaya katılan hastaların %59,8'ini kadın hastalar, %40,2'sini erkek hastalar oluşturmaktadır (Bkz. Tablo 1). Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğun görülme sıklığı %2,4 olarak bulunmuş olmakla birlikte bazı epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda bu çalışmada olduğu gibi kadın oranının %60'lara kadar çıkabileceği gösterilmiştir (Merikangas, Jin, He ve ark., 2011; Goodwin ve Redfield Jamison, 2007). Kennedy, Boydell ve ark.'nın yapmış olduğu bir çalışmada da bipolar bozukluk, erken yetişkinlikte erkeklerde daha yüksek oranda görülürken, kadınlarda yetişkin yaşamın geri kalanında daha yüksek oranlarda görülmektedir (Kennedy, Boydell, Kalidindi ve ark., 2005).

Çalışmada katılımcıların %61,4'ü çalışmadığını belirtirken, %38,6'sı çalıştığını belirtmiştir (Bkz. Tablo 1). Ülkemizde Gümüş ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hastaların %67,1'inin çalışmadığı saptanmıştır (Gümüş, Çakır ve ark., 2018). Yine ülkemizde Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesini kapsayan, 584 bipolar bozukluk tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %68,4'ünün çalışmadığı saptanmıştır (Akkaya, Altın ve ark., 2012). Bu çalışmalara ek olarak yazında yer alan diğer çalışmalar da yapılan mevcut çalışma ile paralellik göstermektedir (Aydemir, Eren, Savaş ve ark., 2007).

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların %58,3'ünün evli, %31,8'inin bekar, %9,8'inin ise boşanmış/dul olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 1). Ülkemizde 2018 yılında bipolar bozukluk tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %37'sinin bekar, %51'inin evli, %12'sinin boşanmış olduğu; Akkaya ve ark. tarafından yapılan HOME çalışmasında hastaların %46,3'ünün evli, %44'ünün bekar %9,7'sinin dul veya boşanmış olduğu belirtilmiştir. (Altınbaş, Yeşilbaş, İnce ve ark., 2018; Akkaya, Altın, Kora ve ark., 2012). Mevcut çalışmadaki katılımcıların eğitim düzeylerine baktığımızda; %1,5'nin okur-yazar, %22,7'sinin ilkokul, %13,6'sının ortaokul, %30,4'ünü lise ve %31,8'inin yüksekokul ve üzeri mezunu olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 1). Yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğun üniversite mezunu olmayanlarda, üniversite mezunlarına oranla daha sık gözlemlendiği bulunmuştur (Sadock ve Sadock, 2011). Çalışmamızdaki medeni durum ve eğitim düzeyi ile ilgili veriler yazınla uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Alanyazındaki çalışmalar yalnız yaşamının bipolar bozukluk tanılı hastalar için önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Türkiye'de yapılan çalışmalarda psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin çoğunun ailesi ile yaşadığı görülmüştür (Tel, Saraç, Günaydın ve ark., 2010). Ayrıca yapılan başka bir çalışmada da kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların büyük bir kısmının ilk atak sonrasında ailesi ile birlikte yaşamaya başladığı görülmüştür (Ukpong, 2012). Mevcut çalışmada da

hastaların %54,5'inin eş ya da çocuğu ile %38,6'sının aile ile %6,8'inin ise yalnız yaşadığı bulunmuştur (Bkz. Tablo 1). Yabancı yazında yer alan bir çalışmada psikiyatrik tanılı hastaların %45'inin ailesiyle, %16'sının diğer aile üyesi ya da arkadaşlarıyla, %28'inin ise yalnız yaşadığı tespit edilmiştir (Pickett-Schenk, Lippincott ve ark., 2008). Bipolar bozukluk tanısı almış kişilerin hastalıklarının olumlu seyri açısından yalnız kalmamaları oldukça önemlidir. Bu sebeple de mevcut çalışmada aileleri ile yaşıyor olmaları oldukça iyi bir durumdur. Ancak bu durumun verilerin küçük bir örneklemeden alınıyor olmasından ve genel olarak hastanede takip edilen bireyler olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yani ailelerin hastaların takip ve tedavisinin devam etmesinde etkili oldukları söylenebilir.

Çalışmada yer alan katılımcıların hastalık sürelerine bakıldığında; %87,9'unun 5 yıl ve 5 yıldan daha uzun süredir hastalığa sahip olduğu, %7,6'sının 2-5 yıldır hastalığının olduğu, %4,5'inin de 2 yıldan daha kısa süredir hastalıkla yaşadığı bulunmuştur (Bkz. Tablo 1). Levine ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada hastaların toplam hastalık süresinin ortalama 9,8 olduğu ortaya konmuştur (Levine, Chengappa, Brar ve ark., 2001). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da hastaların ortalama hastalık süresi 15,2 yıl olarak gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada katılımcıların %77'sinin en az bir kez hastaneye yatışının olduğu tespit edilmiştir (Üstündağ ve Kesebir, 2013). Mevcut çalışmamızda da hastaların %76,5'inin bir ve birden fazla kez yatışının olduğu, %23,5'inin de hiç yatışının olmadığı bulunmuştur (Bkz. Tablo 1). Mevcut çalışmadaki bulgular literatürdeki çalışmalarla paralellik göstermektedir. Bunlara ek olarak çalışmamıza katılanların %59,1'inin ailesinde mevcut bir psikolojik rahatsızlık bulunmaktadır (Bkz. Tablo 1). Beyazyüz ve arkadaşlarının 2015 yılında psikiyatrik hastalıklara sahip bireylerle yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %51,1'inin ailesinde ruhsal bir hastalığın mevcut olduğunu saptamışlardır (Beyazyüz, Beyazyüz, Albayrak ve ark., 2015).

5.3. İçselleştirilmiş Damgalanma, Öz-Şefkat ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeklerinin Değerlendirilmesi

İçselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin alt ölçek toplam puan ortalamalarına baktığımızda; psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı 3, içselleştirilmiş damgalanma ölçeği toplam puanı 2,07, öz-şefkat ölçeği toplam puanı 2,76 olarak gösterilmiştir (Bkz. Tablo 3). Üstündağ ve Kesebir (2013) ile Çam ve Çuhadar'ın (2014) çalışmalarıyla karşılaştırıldığında, mevcut çalışmadaki ortalamalar biraz daha düşük olarak yani içselleştirilmiş damgalanması olmayan gruba daha yakın olarak çıkmıştır. Bu durumun örnekleme dahil edilen hastaların çoğunun hastane takiplerine düzenli olarak gelmesinden ve çoğunun ailesi ile yaşamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda ruhsal hastalıklarda aile sorunlarının ve aile içindeki rollerin önemli olduğu, özellikle de aile içerisindeki duygusal ortamın hastalığın gidişini ve tedavisini etkilediği ortaya koyulmuştur. Aile bağlarının iyi olması hasta uyumunu artırmakta ve tekrarlayıcı yatışların önüne geçebilmektedir (Sprah ve ark., 2017; Spiegel ve Wissler, 1986; Taktak ve ark., 2000). Aile desteği ve tedavi uyumu iyi olan hastalar daha uzun süreli iyilik haline sahip olabilirler. Bundan dolayı da hissedilen içselleştirilmiş damgalanma düşüyor olabilir.

Öz-şefkat ölçeğinin alt ölçek puan ortalamaları Tablo 3'te gösterilmiştir (Bkz. Tablo 3). Alanyazında otuzlu yaşlardaki otuz bipolar bozukluğu olan hasta ve otuz sağlıklı kontrolün dahil edildiği bir çalışmada bipolar bozukluk hastaları öz-sevecenlik ve paylaşımların bilincinde olma alt ölçeklerinden belirgin şekilde düşük puan almışlardır. Ayrıca öz-yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme puanları da kontrol grubuna göre daha yüksektir. (Dossing, Kahr Nilsson ve ark., 2015). Bu puanlar mevcut çalışma ile karşılaştırıldığında öz-sevecenlik, paylaşımların bilicinde olma ve bilinçlilik alt ölçekleri benzerlik gösterirken izolasyon ve aşırı özdeşleşme puanları daha düşük çıkmıştır. Bu durumun katılımcıların çoğunun ailesi ve/veya eş ve çocukları ile yaşamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Aile desteğinin fazla olması izolasyon hissini azaltıyor olabilir. Gelecek çalışmalarda, katılımcıların bu

durumları (ailesi ile birlikte yaşamak, sosyal desteğin kişiler için ne demek olduğu, sosyal ilişkilerini nasıl algıladıkları, vb) nasıl deneyimledikleri, nasıl algıladıklarına yönelik derinlemesine görüşmeler yapılarak incelenebilir.

Öz-şefkat sürecinde kişinin kendisini ve başkalarının ilgili deneyimlerini fark etmesini gerektiren üst bilişsel farkındalık önem kazanmaktadır. Üst bilişsel farkındalık bireyin kendini algılaması, anlaması, hatırlaması ve bunun gibi zihinsel süreçleri hakkında düşünmesini ve bunun farkında olmasını içerir (Karakelle ve Saraç, 2007). Ancak bu süreç bireyselliği sağlayabilmektedir ve bilinçlilik alt ölçeği ile paralellik göstermektedir. Mevcut çalışmada bilinçlilik alt ölçeği belirgin şekilde aşırı özdeşleşmeden yüksektir. Bundan dolayı aşırı özdeşleşme puanı düşük çıkıyor olabilir. Başka bir çalışmada bilinçlilik puanı aşırı özdeşleşme puanından daha düşük çıkmıştır (Zhang, Watson-Singleton ve ark., 2019). Mevcut çalışmaya dahil edilen hasta grubu genel olarak düzenli poliklinik kontrollerine gelen ve hastalığı hakkında bilgi sahibi olan bireylerdir. Bundan dolayı bilinçlilik puanı yüksek çıkıyor olabilir.

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin alt ölçek puan ortalamaları Tablo 3'te gösterilmiştir (Bkz. Tablo 3). Basım ve Çetin tarafından ölçeğin güvenirlik ve geçerliliğinin değerlendirildiği, öğrenci ve çalışan bireyleri dahil ettikleri çalışma ile karşılaştırıldığında, mevcut çalışmadaki yapısal stil, aile uyumu ve sosyal kaynaklar alt ölçeklerinin fark edilir derecede daha düşük olduğu görülmektedir (Basım ve Çetin, 2010). Yapısal stil kavramının bireyin kendine güveni, güçlü tarafları ve öz-disiplini gibi kişisel özellikleri içerdiğini düşünebiliriz. Psikolojik dayanıklılığın gelişimsel ve çevresel özelliklerle ilişkili olduğu ortaya konduğu gibi kişilerin sahip olduğu kişisel niteliklerden kaynaklandığı da alanyazında yer almaktadır (Luthar, 2003; Werner ve Smith, 1982; Werner ve Smith, 2001; Çetin ve ark., 2015). Buradan hareketle, bipolar bozukluğu olan hastaların doğuştan sahip oldukları birtakım kişilik özelliklerinin psikolojik dayanıklılık geliştirmelerinde olumsuz etkileri olabileceği bundan dolayı da bu kişilerin hastalığa daha açık hale

geldiği ve yapısal stil puanlarının da buna bağlı olarak düşük çıkabileceği düşünülmektedir.

Sosyal destek ile fiziksel ve psikolojik sağlık sonuçları arasında bağlantı olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur. Sosyal destek hastane yatışlarını azaltabilmekte ve hastalığın seyrinin iyi olmasını sağlamaktadır (Perlman, Patterson, Moxham ve ark., 2017). Örnekleme alınan hastaların yüksek bir kısmının yatış sayısı bir kereden fazladır. Hastaların sosyal kaynaklarının düşük çıkmasının bunlarla ilişkili olduğu düşünülebilir. Ayrıca yapılan bir çalışmada hastalığın ne kadar süredir devam ettiği ile psikolojik dayanıklılık arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (Choi, Cha, Jang ve ark., 2014). Yani hastalık süresinin uzaması sosyal kaynakların azalmasına sebep oluyor olabilir.

5.4. Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Öz-Şefkat ve Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Elde edilen veriler içselleştirilmiş damgalanma ekseninde ele alınmaya çalışılmıştır. Çalışmada içselleştirilmiş damgalanma ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiye baktığımızda; psikolojik dayanıklılık alt ölçeklerinden kendilik algısı puanlarının algılanan ayrımcılık puanları ile negatif, zayıf düzeyde ilişki saptandığı ($p < 0,05$ $r:-,175$), aile uyumu puanlarının yabancılaşma puanları ile negatif, yüksek düzeyde ilişki saptandığı ($p < 0,01$ $r:-,234$) görülmektedir. Gelecek algısı puanları ile yabancılaşma puanları arasında pozitif, zayıf düzeyde ilişki ($p < 0,05$ $r:,184$), sosyal yeterlilik puanları ve sosyal geri çekilme puanları arasında pozitif, zayıf düzeyde ilişki ($p < 0,05$ $r:,184$) saptanmıştır. Perlick ve ark.'nın bipolar bozukluğu olan hastalarla yaptıkları bir çalışmada içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksek olanların aile dışındaki kişilerle etkileşimlerinde düşük düzeyde sosyal işlevsellik gösterdikleri ancak aile üyeleri ile olan ilişkilerinde herhangi bir bozulma olmadığını göstermişlerdir (Perlick, Rosenheck ve ark., 2001). Mevcut çalışmada da aile uyumu ve yabancılaşma puanları arasında negatif yönlü bir ilişki gözlenmiştir. Aile ilişkileri bireyler damgalanmış hissetse bile önem

kazanmakta, hastaların daha az yabancılaşma ve toplumdan uzaklaşma hissetmesini sağlamaktadır. Kendilik algısı, öz-farkındalık ile ilişkili bir kavram olup temelde kişinin kendisine ve kim olduğuna yönelik düşünceleri içerisine almaktadır (Çetin ve ark., 2015). Yapılan bir çalışmada katılımcılar, dayanıklılığı içsel kişilik özelliği olarak tanımlamışlar ve bu da onların damgalanmanın sosyal deneyiminden olumsuz etkilenmemelerini sağlamıştır (Crowe ve ark., 2016). Mevcut sonuçlarda da buna paralel olarak kendilik algısı ve algılanan ayrımcılık puanları ile negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Yani bireylerin kendisini nasıl algıladığı algılanan damgalanmayı azaltmaktadır.

Gelecek algısı bireyin geleceğe yönelik algılarını kapsar (Çetin ve ark., 2015). Gelecek algısı ve yabancılaşma arasında pozitif yönlü bir ilişki olması geleceğin nasıl algılandığına bağlı olabilir. Yani gelecek algısı olumsuz olan biri daha fazla yabancılaşma hissediyor olabilir. Sosyal kaynaklar ise kişinin sosyal ilişkilerinin gücünü göstermektedir (Çetin ve ark., 2015). Yapılan bir çalışma yardım arama davranışının damgalanmaya öncülük ettiğini, bunun sonucunda da bireyin psikolojik anlamda daha az dayanıklı hissettiğini ortaya koymuştur. Çünkü bireyler toplumun gözünde kendi başlarına sorunlarla baş edemedikleri şeklinde damgalanmış olurlar ve bu da psikolojik dayanıklılığın düşmesine neden olur (Crowe ve ark., 2016). Mevcut çalışmamızda da sosyal kaynaklar ve sosyal geri çekilme arasında pozitif yönlü bir ilişki çıkması bununla ilişkili olabilir. Yani sosyal kaynakları yüksek olan dayanıklı bir birey kendi sorunları ile baş edebilir ve bu da sosyal alanda daha fazla ilişki kurmasını gerekli kılmıyor olabilir. Ayrıca sosyal kaynaklarının fazla olduğunu düşünen kişi geri çekiliyorsa bu durum içselleştirilmiş damgalanma ile de ilişkili olabilir. Yani diğer taraftan birey kendisini yetersiz ve eksik olarak gördüğü için geri çekiliyordur.

İçselleştirilmiş damgalanma ve öz-şefkat arasındaki ilişkiye baktığımızda; içselleştirilmiş damgalanma alt ölçeklerinden yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç alt ölçek puanlarının öz-şefkat ölçeğinin öz-

sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma, bilinçlilik, öz-yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme alt ölçek puanları ile arasında negatif, yüksek düzeyde ilişki gösterdiği saptanmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin toplam puanı ve öz-şefkat ölçeğinin toplam puanı arasında da negatif, yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo 4). Heath, Brenner ve ark.'nın 2018 yılında 369 üniversite öğrencisi ile yaptıkları bir çalışmada öz-şefkatin doğrudan düşük içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bu da öz-şefkatli bireylerin kendilerine karşı daha az eleştirel olduklarını göstermektedir (Heath, Brenner ve ark.,2018). Mevcut çalışmada da damgalanmaya karşı direnç ve öz-yargılama alt ölçekleri arasında saptanan negatif yönde ilişkinin yapılan çalışmalarla uyumlu olduğu söylenebilir. Çünkü bireyin öz-yargılaması arttıkça damgalanmaya karşı gösterdiği direnç düşme eğiliminde olacaktır. Ayrıca mevcut çalışmadaki içselleştirilmiş damgalanma toplam ölçek puanı ve öz-şefkat ölçeğinin toplam puanı arasında saptanan negatif ilişki de alanyazındaki bu çalışma ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Yine aynı çalışmada öz-şefkatli olan bir kişi yardım isteme davranışının onu, toplum nezdinde damgalandığını (örn. “İnsanlar yardım arayanları zayıf görür”) algılasa bile toplumdan gelen bu mesajları kendisine eleştirel bir şekilde uygulama olasılığının daha düşük olabileceğini (örn. “Yardım istesem bile zayıf bir insan değilim”) ortaya koymuştur (Heath, Brenner ve ark., 2018). Mevcut çalışmada sosyal geri çekilme ve izolasyon alt ölçek puanları arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. İkisi de negatif olan alt ölçeklerin birbirleri ile pozitif yönde bir ilişki göstermeleri beklense bile mevcut çalışma bipolar bozukluğu olan hasta grubunu kapsamaktadır. Psikiyatrik tanıya sahip olan bu grup mevcut hastalık nedeni ile toplumdan halihazırda uzaklaşmış olabilir ya da Heath ve ark.'nın çalışmasında anlatıldığı gibi toplum tarafından yardım istedikleri zaman damgalanacaklarını düşünüyor olabilirler. Bu da bu kişilerin toplumdan uzaklaşmalarıyla daha az damgalanmış hissetmelerine sebep oluyor olabilir. Buna ek olarak Mansell ve arkadaşlarının (2007) bipolar bozukluk için geliştirdikleri “Bütüncül Bilişsel Model” e (Integrative Cognitive Model) göre, bipolar bozuklukta duygudurum dalgalanmalarında kişinin yaşadığı duygusal, fizyolojik ve bilişsel değişimlere yönelik yaptığı aşırı, birbiriyle çelişen ve kişiselleştirilmiş değerlendirmeler hastalığın

alevlenmesinde ve sürdürülmesinde önemli bir faktördür. Bu modele göre sönme döneminde duygusal dalgalanmalar yaşanırken, davranışsal tepkiler ya etkinleşme seviyesini artırma ve kontrol etmeye yönelik ya da etkinleşme seviyesini düşürmeye yönelik olabilir (Mansell ve ark., 2007; Maçkalı ve ark., 2013). Model, bireylerin ruh hali durumlarını değerlendirmesinin aşırı yolları, olumsuz sonuçlardan kaçınmak, başarı elde etmek veya güvenlik aramak için kontrol sağlama çabalarını tetiklediğinden, bu değerlendirmelerin duygu düzenleme girişimlerini etkilediğini göstermektedir (Mansell ve ark., 2007; Kelly, Mansell ve ark., 2011). Bireylerin içsel durumlarını değerlendirme şekli, bu durumları düzenleme çabalarını etkileyebilir. Örneğin, sosyal geri çekilme ile düşüncelerini yavaşlatma yoluna giden bir birey (Kelly, Mansell ve ark., 2011) kendisini izole hissetmiyor olabilir.

Ayrıca yapılan çalışmalarda öz-yargılama ve depresyon gibi kavramlar arasındaki ilişki açısından ırk, etnik köken ve sosyal sınıf bakımından birtakım farklılıklar görülebileceği düşünülmektedir. Çünkü bu bağlantılar kişinin kültürünün bireyci ve kolektivist derecesine bağlı olarak değişebilmektedir (Zhang, Watson-Singleton ve ark., 2019). Literatürdeki çalışmalar genel olarak Amerika ve Avrupa temelli olduğundan mevcut çalışmadaki sonuçlar bakımından birtakım farklılıklar gözlenebilmektedir.

Yee Wong, Knee ve ark. tarafından 2018 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında, öz-şefkat sayesinde damgalanmış olan bireylerin kendilerine ve yaşadıkları duruma daha dengeli bir bakış açısıyla yaklaşabilmeleri olumlu ve olumsuz kısımları ile birlikte damgalanmış kimliklerini olduğu gibi kabul edebildiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca bu bireyler daha düşük öz-bilinçliliğe eğilim göstererek başkalarının kendileri hakkında ne düşündüklerini daha az önemseyerek başkalarını memnun etme arzusunu azaltırlar. Bu sayede de öz-şefkatli olan bu bireyler duygusal deneyimlerini ve zihinsel olarak algıladıkları damgalanmayı birbirlerinden ayırabilirler. Bu sayede de toplumsal olumsuz düşünceler benliği tanımlamaz ve kamusal damgalanma içselleştirilmez (Yee Wong, Knee ve ark., 2018). Bu bulguların mevcut çalışmadaki içselleştirilmiş damgalanma ölçeğine ait yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması ve

algılanan ayrımcılık alt ölçek puanları ile öz-şefkat ölçeğine ait öz-sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma ve bilinçlilik alt ölçek puanları arasında saptanan negatif ilişki ile uyumlu olduğu düşünülmektedir. Ayrıca yapılan çeşitli kesitsel çalışmalarda mevcut sonuçlarımızdaki toplam ölçek puanlarıyla paralel bir şekilde öz-şefkat ve içselleştirilmiş damgalanma arasında negatif ilişki olduğu gösterilmiştir (Heath ve ark., 2018; Hilbert ve ark., 2015; Yee Wong ve ark., 2018).

Mevcut çalışmadaki katılımcılar bipolar hasta grubunu içermektedir ve bu hastaların %87,9'u 5 yıl ve daha uzun süredir bu hastalıkla yaşamaktadır. Alanyazında yapılan çalışmalar bipolar hastaların hepsinin olmasa da çoğunun çeşitli bilişsel alanlarda önemli eksiklikler gösterdiğini bulmuşlardır. Ötimik bipolar hastaların dahil edildiği, yürütücü işlevler ve işlem hızı ile ilgili yapılan bir çalışmada bipolar hastalar sağlıklı kontrollere göre daha kötü nörokognitif performans göstermişlerdir. Bunlara ek olarak sözel bellek ve yürütücü işlevlerdeki bozukluklar, hastalığın aktif evreleri sırasında ve ötimide en çok tekrarlanan bulgular arasında olmaktadır (Goodwin, Martinez-Aran ve ark., 2008; Tournikioti, Ferentinos ve ark., 2016). Tournikioti ve ark. tarafından 60 bipolar I bozukluğa sahip ve 30 sağlıklı kontrollerle yapılan bir çalışmada bipolar hastaların sağlıklı deneklere göre görsel eşleştirilmiş çağrışımsal öğrenme, set kaydırma, planlama ve inhibitör kontrolünde daha düşük performans gösterdiği; manik atak sayısının ve hastalık süresinin de bu kavramları olumsuz yönde etkilediği öngörülmüştür (Tournikioti, Ferentinos ve ark., 2016). Dolayısıyla mevcut çalışmamızdaki hastaların bilişsel özellikleri de ölçek maddelerini okuyup anlamalarında güçlük yaşamalarına neden olabilir.

Çalışmamızda içselleştirilmiş damgalanma ve öz-şefkat arasında yüksek düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Bundan dolayı mevcut çalışmada hastaların tüm damgalama puanları (yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalamaya karşı direnç) bağımlı değişken olarak, öz-şefkat ölçeği puanları ise (öz-sevecenlik, öz-yargılama, paylaşım bilincinde olma, bilinçlilik, izolasyon, aşırı özdeşleşme) bağımsız değişken olarak belirlenmiş ve çoklu lineer regresyon analizi uygulanmıştır. Tüm

bağımsız değişkenlerin birlikte eşitliğe dâhil edildiği çoklu lineer regresyon modelinde; öz-şefkat puanlarının genel olarak içselleştirilmiş damgalanma puanlarını yordadığı görülmüştür (Tablo 5, 6, 7, 8, 9). Heath ve ark.'nın 2016 yılında 369 katılımcı ile yaptıkları bir çalışmada toplumsal damgalanma algılayan bireylerin çoklu regresyon sonuçları göstermiştir ki; öz-şefkat düzeyi yüksek olanlar düşük olanlara göre daha düşük beklenen içselleştirilmiş damgalanma göstermişlerdir (Heath, Brenner ve ark., 2016). Öz-şefkat, bireyin benliğindeki damgalanmış kimliğinin etkisini azaltır ve kendini onaylamayı teşvik eder. Bu sayede toplumsal damgalamanın benlik damgalaması ve onunla ilişkili olumsuz sonuçlar üzerindeki etkilerini zayıflatabilir. Kuramsal olarak, öz-şefkat koşulsuzdur ve herkesin şefkat ve anlayışı hak ettiği temeli üzerine kuruludur (Neff ve Vonk, 2009). Bu çalışmanın mevcut çalışma ile uyumlu olduğunu söyleyebiliriz. Öz-şefkatli bireylerin damgalanmış kimlikleri nedeniyle kendilerini sert bir şekilde yargılama olasılıkları daha düşüktür. Ayrıca damgalanma deneyimlerini kendi kişiliklerinin bir parçası haline (yani bilinçlilik) getirmezler. Çünkü kusurlu olmanın paylaşılan bir insanlık deneyimi olduğunu kabul ederler (yani paylaşım bilincinde olma). Bu sayede de damgalanmış kimliklerini sabitleme olasılığı düşer. Bunun yerine damgalanmış ve damgalanmamış kimliklerine eşit değer vererek dengeli ve küresel bir bütünlük duygusu içerisinde yaşayabilirler (Yee Wong, Knee ve ark., 2018)

Mevcut çalışmada standardize edilmiş regresyon katsayılarına bakıldığında, modele dâhil edilen bağımsız değişkenlerden izolasyon ($\beta = -.254$, $p < .05$) puanlarının negatif yönde yabancılaşma puanlarını yordadığı saptanmıştır. Bu durumun bireyin toplumdaki kendini izole ettikçe daha az toplum tarafından damgalanmış hissetmesi ve dolayısıyla daha az topluma yabancılaşmış hissetmesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada ayrıca standardize edilmiş regresyon katsayılarına bakıldığında, modele dâhil edilen bağımsız değişkenlerden öz-yargılama ($\beta = -.569$, $p < .01$) puanlarının negatif yönde algılanan ayrımcılık puanlarını yordadığı saptanmıştır. Standardize edilmiş regresyon katsayılarına bakıldığında, modele dâhil edilen bağımsız değişkenlerden öz-yargılama ($\beta = -$

.242, $p < .05$) puanlarının ve izolasyon ($\beta = -.381$, $p < .01$) puanlarının negatif yönde sosyal geri çekilme puanlarını yordadığı saptanmıştır. Standardize edilmiş regresyon katsayılarına bakıldığında, modele dâhil edilen bağımsız değişkenlerden öz-sevecenlik ($\beta = -.336$, $p < .05$) puanlarının ve izolasyon ($\beta = -.256$, $p < .05$) puanlarının negatif yönde damgalamaya karşı direnç puanlarını yordadığı saptanmıştır. İzolasyon alt testi gibi negatif bir ölçeğin damgalanmaya karşı direnç gibi pozitif bir alt ölçeği negatif yönde yordamasını beklerdik. Buna ek olarak da diğer saydığımız negatif alt ölçeklerin ise içselleştirilmiş damgalanmanın negatif alt ölçeklerini pozitif yönde yordamasını beklerdik. Muris ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yirmili yaşlardaki psikolog ve psikoloji öğrencilerinin örneklemini oluşturduğu, öz-şefkat ölçeğinin maddelerinin dahil edildiği ve katılımcılara bu maddelerle ilgili görüşlerinin sorulduğu bir çalışmada, öz-şefkat testinin pozitif alt ölçeklerinin bilişsel başa çıkma ve sağlıklı işlevsellik ile ilişkili olduğu, bundan dolayı da öz-şefkatin koruyucu doğasına uygun olduğunu, negatif alt ölçeklerin ise psikopatolojik belirtiler ve zihinsel hastalıklarla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Yani öz-şefkat ölçeğinin negatif ölçekleri ruh hali ve kaygı bozuklukları ile sıklıkla ilişkili bulunmuş ve psikopatoloji belirtileri ile kaynaştığı belirtilmiştir. Dolayısıyla negatif bileşenler nevroitiklik ve psikopatoloji ile ilişkili olduğundan toplam puana dahil edilmesi depresyon ve kaygı belirtileri ile ilişkisini büyütmektedir (Muris, Van Den Broek ve ark., 2018). Mevcut çalışmamızda her ne kadar Hamilton Depresyon Ölçeği ile katılımcıların depresyon düzeyleri kontrol edilse de kaygı düzeyleri kontrol edilememiştir. Ayrıca katılımcılar halihazırda bipolar bozukluk gibi psikopatolojik bir tanıya sahiptir. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki bipolar bozuklukta belirti şiddeti aynı hastada zaman içinde sık sık dalgalanır ve öncelikle az ve eşikaltı şiddette belirtileri içerir. Yani hastalar remisyon dönemlerinde olsalar bile kalıntı belirtiler devam etmektedir (Judd ve ark., 2002, 2003; Paykel ve ark., 2006; Maçkalı ve ark., 2013). Özellikle negatif alt ölçekler ile ilgili olarak ortaya çıkan beklenmedik sonuçların yukarıda saydığımız durumlarla ilgili olabileceği, katılımcılardaki mevcut nevroitik/psikopatolojik durumun negatif ölçeklerin işlemlerini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir

6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

1. Hastaların klinik özellikleri ile ilgili veriler, kendilerinden, tıbbi dosyalarından ve yakınlarından edinilen bilgilerle oluşturulmuştur. Bilgilerin geriye dönük elde edilmesi ya da tıbbi dosyalarında eksiklik olma ihtimalleri güvenilir bilgi edinilmesini kısıtlayan bir durum olarak değerlendirilebilir. Ayrıca çalışmada özbildirime dayalı ölçek kullanılması kısıtlılık olarak değerlendirilebilir

2. Çalışmanın kesitsel desende olması öz-şefkat ve psikolojik dayanıklılığın bipolar bozukluk başlangıcından önce değerlendirilmemiş olması nedensellik ilişkisi açısından kısıtlılık yaratmaktadır.

3. Çalışmadaki kadın cinsiyet oranı, erkek cinsiyet oranına göre daha yüksektir. Bu yönüyle bu çalışma, daha uygun bir kadın erkek oranı ile tekrarlanabilir.

4. Çalışma evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran bipolar bozukluğa sahip hastalarla sınırlı olup tüm bipolar bozukluk tanılı hastaları kapsamamaktadır.

5. Kontrol grubunun olmaması nedeni ile hasta olmayan bireyler ve remisyonda bipolar bozukluk hastaları arasında bir karşılaştırma yapılmamıştır, bu da mevcut çalışmadaki kısıtlılıklardan biridir.

7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Mevcut çalışmada Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ayaktan tedavi ünitelerinde tedavi görmekte olan remisyon dönemindeki 132 bipolar bozukluk tanılı hastada içselleştirilmiş damgalanma, öz-şefkat ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki incelenmiştir.

Gerecimizi oluşturan olgularda çıkan sonuçların cinsiyete bağlı olarak fark gösterip göstermediğini saptamak amacıyla, kadın ve erkek olmak üzere alt gruplar değerlendirilmiştir. Cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık görülmemesi sonucunda gruplarda cinsiyet ayrımı terk edilerek, kadın-erkek alt grupları birleştirilerek inceleme yapılmıştır.

İçselleştirilmiş damgalanma ve psikolojik dayanıklılık toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olsa da alt ölçek puanlarına baktığımızda; kendilik algısı puanlarının algılanan ayrımcılık puanları ile negatif, zayıf düzeyde ilişki saptanmaktadır ($r = -,175$ $p < 0,05$). Aile uyumu puanlarının yabancılaşma puanları ile negatif, yüksek düzeyde ilişki saptanmaktadır ($r = -,234$ $p < 0,01$). Gelecek algısı puanları ile yabancılaşma puanları arasında pozitif, zayıf düzeyde ilişki ($r = ,184$ $p < 0,05$), sosyal yeterlilik puanları ve sosyal geri çekilme puanları arasında pozitif, zayıf düzeyde ilişki ($r = ,184$ $p < 0,05$) saptanmıştır.

İçselleştirilmiş damgalanma ve öz-şefkat arasındaki ilişkiye baktığımızda; içselleştirilmiş damgalanma alt ölçeklerinden yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç alt ölçek puanlarının öz-şefkat ölçeğinin öz-sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma, bilinçlilik, öz-yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme alt ölçek puanları ile arasında negatif, yüksek düzeyde ilişki ($p < 0,01$) gösterdiği saptanmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin

toplam puanı ve öz-şefkat ölçeğinin toplam puanı arasında da negatif, yüksek düzeyde ilişki ($r = -.720$ $p < 0,01$) saptanmıştır

İçselleştirilmiş damgalanma ve öz-şefkat ölçek puanlarının dâhil edildiği çoklu lineer regresyon modelinde; öz-şefkat puanlarının genel olarak içselleştirilmiş damgalanma puanlarını yordadığı görülmüştür.

Mevcut çalışmaya bipolar bozukluk tanılı hastalar dahil edilmiş olup hastalık süresi açısından herhangi bir kısıtlama konulmamıştır. Hastalık süresinin uzun olmasının bilişsel işlevler üzerinde yaptığı olumsuz etkiler üzerinde çalışmalar mevcuttur ve bu algılanan içselleştirilmiş damgalanmayı, öz-şefkati ve psikolojik dayanıklılığı etkiliyor olabilir. İleriki çalışmalarda nörokognitif süreçlerin araştırılması önem kazanmaktadır. Ayrıca araştırma kısıtlı bir örnek grubu ile yapılmıştır. Daha geniş bir örneklem ile bulguların tekrarlanmasına gereksinim vardır.

Öz-şefkatin ruhsal bozukluklarda hastalığın olumlu gidiş özellikleri göstermesi ve yaşam kalitesini artırması beklenen bir durumdur ve içselleştirilmiş damgalanmayı yordayan faktörlerden biri olduğu düşünüldüğünde, hastaların öz-şefkat düzeylerinin artırılmasına yönelik olarak yapılacak psikososyal müdahaleler hem hastalığın seyrini hem de yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemeye katkıda bulunabilir. Hastalarla bu anlamda etkili iletişim kurulması ve öz-şefkat temelli terapötik yaklaşımlarla farkındalık yaratılması, içselleştirilmiş damgalanma sebebiyle yardım alınamamasının önüne geçilmesini sağlayabilir.

Daha ileriki çalışmalar nitel ve nicel araştırma yöntemleri birarada kullanılarak katılımcı gözlemi, yapılandırılmış ya da yapılandırılmamış görüşme teknikleri vasıtasıyla çalışma içeriğine eklenebilir. Böylelikle sadece nitel veriler değil, daha subjektif olan hastanın yaşayış şekline ve düşünce yapısına olan etkileri de yorumlanabilir.

8. KAYNAKLAR

Akdemir, A., Örsel, S. D., Dağ, İ., Türkçapar, M.H., İşcan, N., Özbay, H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)*nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. (1996). *Psikiyatr Psikol Psikofarmakol Derg.* 4, 251–259.

Akın, Ü., Akın, A. ve Abacı, R. (2007). Öz-Duyarlık Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 33, 1-10.

Akkaya, C., Altın, M., Kora, K., Karamustafalıoğlu, N., Yaşan, A., Tomruk, N., Kurt, E. (2012). Türkiye’de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 22.1, 31-42.

Albayrak, G. (2018). Pozitif Psikolojide Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlık. *International Journal of Eurasia Social Sciences.* 9.34, 2498-2504.

Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Urosevic, S., Walshaw, P.D., Nusslock, R., Neeren, A.M. (2005). The psychosocial context of bipolar disorder: Enviromental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical Psychology Review.* 25, 1043-1075.

Altınbaş, K., Yeşilbaş, D., İnce, B., Cansız, A., Silan, F., Özdemir, Ö., Gülöksüz, S. (2018). İki Uçlu Bozukluk Hastalarında Lityuma Yanıt ile GSK-3β Polimorfizmi İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 29.2, 73-78.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). 2013, 991 p.

Aydemir, Ö., Eren, İ., Savaş, H., Kalkan Oğuzhanoglu, N., Koçal, N., Devrimci Özgüven, H., Akkaya, C., Devrim Başterzi, A., Karlıdağ, R.,

Yenilmez, Ç., Özerdem, A., Kora, K., Tamam, L., Gülseren, Ş., Oral, T., Vahip, S. (2007). Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 18.4, 344-352.

Basım, H.J. ve Çetin, F. (2011). Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 22,1-12.

Bassirnia, A., Briggs, J., Kopeykina, I., Mednick, A., Yaseen, Z., Galyanker, I. (2015). Relationship between personality traits and perceived internalized stigma in bipolar patients and their treatment partner. *Psychiatry Researchs*. 230.2, 436-440.

Bayramoğlu, A. (2011). Self-compassion in relation to psychopathology. Yayınlanmamış doktora tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Beyazyüz, M., Beyazyüz, M., Albayrak, Y., Baykal, S., Göka, E. (2015). Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerinin Bazı Tanı Grupları, Sosyodemografik Özellikler ve Benlik Saygısı İle İlişkisi. *Yeni Symposium*. 53.2, 2-13.

Blackwood, D.H.R., Visscher, P.M. ve Muir W.J. (2001). Genetic studies of bipolar affective disorder in large families. *British Journal of Psychiatry*. 178.41, 134-136.

Boyd-Ritsher, J. ve Phelan, J.C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*. 129, 257-265.

Cerit, C., Filizer A., Tural, Ü., Tufan A.E. (2012). Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 53, 484-489.

Choi, J.W., Cha, B., Jang, J., Park, C.S., Kim, B.J. (2015). Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 170, 172-177.

Corrigan, P.W. (1998). The Impact of Stigma on Severe Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice*. 5, 201-222.

Corrigan, P.W., Backs Edwards, A., Green A., Lickey Thwart, S., Perm, D.L. (2001). Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*. 27.2, 219-225.

Cousins, D.A., Butts, K. ve Young A.H. (2009). The role of dopamine in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 11, 787-806.

Craddock, N. ve Sklar, P. (2013). Genetics of bipolar disorder. *Lancet*. 381, 1654-1662.

Crowe, A., Averett, P. ve Glass, J.S. (2016). Mental illness stigma, psychological resilience, and help seeking: What are the relationships? *Mental Health & Prevention*. 4, 63-68.

Çam, O. ve Bilge, A. (2013). Türkiye’de Ruhsal Hastalığa / Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistemik Derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 4.2, 91-101.

Çam, O. ve Çuhadar, D. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2.3, 136-140.

Çetin, F., Yeloğlu, H.O., Basım, H.N. (2015). Psikolojik Dayanıklılığın Açıklanmasında Beş Faktör Kişilik Özelliklerinin Rolü: Bir Kanonik İlişki Analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 30.75, 81-92.

Dagani, J., Signorini, G., Nielsen, O., Bani, M., Pastore, A., Girolamo, G., Large, M. (2017). Meta-analysis of the Interval between the Onset and

Management of Bipolar Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 62.4, 247-258.

Dossing, M., Kahr Nilsson, K., Svejstrup, S.R., Sorensen, V.V., Nielsen Straarup, K., Hansen, T.B. (2015). Low self-compassion in patients with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 60,53-58.

Dudley, K.J., Li, X., Kobor, M.S., Kippin, T.E., Bredy, T.W. (2011). Epigenetic mechanisms mediating vulnerability and resilience to psychiatric disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 35, 1544-1551.

Ersoy, M.A. ve Varan, A. (2007). Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 18.2, 163-171.

Fletcher, K., Yang, Y., Johnson, S.L., Berk, M., Perich, T., Cotton, S., Jones, S., Lapsley, S., Michalak, E., Murray, G. (2019). Buffering against maladaptive perfectionism in bipolar disorder: The role of self-compassion. *Journal of Affective Disorders*. 250, 132-139.

Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J.H., Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 14.1, 29-42.

Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J.H., Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 12.2, 65-76.

Fung, K.M., Tshang, H.W., Corrigan, P.W. (2008). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry*. 53, 408-418.

Gigante, A.D., Bond, D.J., Lafer, B., Lam, R.W., Young, L.T., Yatham, L.N. (2012). Brain glutamate levels measured by magnetic resonance spectroscopy

in patients with bipolar disorder: a meta-analysis. *Bipolar Disorders*. 14, 478-487.

Goodwin, F.K. ve Redfield Jamison, K. (2007). *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. 2th ed., New York: Oxford University Press.

Goodwin, G.M., Martinez-Aran, A., Glahn, D.C., Vieta, E. (2008). Cognitive impairment in bipolar disorder: Neurodevelopment or neurodegeneration? An ECNP expert meeting report. *European Neuropsychopharmacology*. 18, 787-793.

Gümüş, F., akır, S., Kesebir, S., Michalak, E.E., Murray, G. (2018). Orijinal Makale Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Öleği Kısa Forumu'nun (BBYKÖ-KF) Türkçe psikometrik özellikleri.

Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 23,56-62.

Hanazawa, S., Nosaki, A., Yatabe, K., Nagai, Y., Tanaka, G., Nakane, H., Nakane, Y. (2012). Study of Understanding the Internalized Stigma of Schizophrenia in Psychiatric Nurses in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 66.2, 113-120.

Hayward, P., Wong, G., Bright, J.A., Lam, D. (2002). Stigma and self-esteem in manic depression: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders*. 69, 61-67.

Heath, P.J., Brenner, R.E., Lannin, D.G., Vogel, D.L. (2018). Self-Compassion Moderates the Relationship of Perceived Public and Anticipated Self-Stigma of Seeking Help. *Stigma and Health*. 3.1, 65-68.

Hilbert, A., Braehler, E., Schmidt, R., Löwe, B., Häuser, W., Zenger, M. (2015). Self-Compassion as a Resource in the Self-Stigma Process of Overweight and Obese Individuals. *The European Journal of Obesity*. 8, 293-301.

Howland, M., Levin, J., Blixen, C., Tatsuoka, C., Sajatovic, M. (2016). Mixed-methods analysis of internalized stigma correlates in poorly adherent individuals with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 70, 174-180.

Işık E., Işık U. ve Işık Taner (Ed.). (2013). *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar* içinde. Ankara: Rotatıp Kitabevi Tic. Ltd. Şti., 2013.

Judd LL, Akiskal HS, Schlettler PJ ve ark. (2003) A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of Bipolar II Disorder. *Arch Gen Psych* 60, 261-9.

Judd LL, Akiskal HS, Schlettler PJ ve ark. (2002) The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar 1 disorder. *Arch Gen Psych* 59: 530-7.

Kapczinski, F., Vieta, E., Andreazza, A.C., Frey, B.N., Gomes, F.A., Tramontina, J., Kauer-Sant Anna, M., Grassi-Oliveira, R., Post, R.M. (2008). Allostatic load in bipolar disorder: Implications for pathophysiology and treatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 32, 675-692.

Karadağ, F., Oral, T., Yalçın, F.A., Erten, E. (2001). Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 13.2, 107-114.

Karakelle, S. ve Saraç, S. (2007). Çocuklar İçin Üst Bilişsel Farkındalık Ölçeği (ÜBFÖ-Ç) A ve B Formları: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Yazıları*. 10.20, 87-103.

Kelly, R.E., Mansell, W., Wood, A.M., Alatiq, Y., Dodd, A., Searson, R. (2011). Extreme positive and negative appraisals of activated states interact to discriminate bipolar disorder from unipolar depression and non-clinical controls. *Journal of Affective Disorders*. 134, 438-443.

King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Pasetti, F., Weich, S., Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*. 190, 248-254.

Koyuncu, A., Tükel, R., Özyıldırım, İ., Meteris, H., Yazıcı, O. Impact of obsessive-compulsive disorder comorbidity on the sociodemographic and clinical features of patients with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 51, 293-297.

Kök Eren, H. ve Demir, S. (2018). Şizofreni ve Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek. *Çukurova Medical Journal*. 43.1, 114-122.

Lee, D., Cha, B., Park, C.S., Kim, B.J., Lee, C.S., Lee, S.J., Seo, J.Y., Ah Cho, Y., Hun Ha, J., Choi, J.W. (2017). Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder*. 207, 434-441.

Levine, L., Chengappa, K.N.R., Brar, J.S., Gershon, S., Kupfer, D.J. (2001). Illness characteristics and their association with prescription patterns for bipolar I disorder. *Bipolar Disorders*. 3, 41-49.

Link, B.G. ve Phalen, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 27, 363-385.

Luthar, S.S. (2003) *Resilience and vulnerability*. New York: Cambridge University Press.

Lysaker, P.H., Tsai, J., Yanos, P., Roe, D. (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 98.1-3, 194-200.

MacBeth, A. ve Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 32, 545-552.

Maçkalı, Z., Tosun, A., Çağın Tosun, Ö., Gürsu Hariri, A., Akkaya, C., İyidoğan, E., Süer Yalçın, Ö. (2013). Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği” Kısa Formunun Geçerlik ve Güvenirlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 24,1-9.

Mansell W, Morrison AP, Reid G ve ark. (2007) The interpretations of. and responses to. changes in internal states: An integrative cognitive model of mood swings and bipolar disorders. *Beh, Cogn. Ther.* 35, 515-39.

Masten, A.S., Best, K.M. ve Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. 2, 425-444.

Maylon, A.K. (1982). Psychotherapeutic Implications of Internalized Homophobia in Gay Men. *Journal of Homosexuality*. 7.2-3, 59-69.

Merikangas K.R., Jin, R., He, J.P., Kessler, R.C., Lee, S., Sampson, N.A., Viana, M.C., Andrade, L.H., Hu, C., Karam, E.G., Ladea, M., Medina Mora, M.E., Browne, M.O., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Zarkov, Z. (2011). Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 68.3, 241-251.

Merikangas, K.R., Akiskal, H.S., Angst J., Greenberg, P.E., Hirschfeld, R.M.A., Petukhova, M., Kessler, R.C. (2007). Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 64.5, 543-552.

Mizuno, Y., Hofer, A., Suzuki, T., Frajo-Apor, B., Wartelsteiner, F., Kemmler, G., Saruta, J., Tsukinoki, K., Mimura, M., Fleischhacker W.W., Uchida, H. (2016). Clinical and biological correlates of resilience in patients with schizophrenia and bipolar disorder: A cross-sectional study. *Schizophrenia Research*. 175, 148-153.

Morselli, P.L. ve Elgie, R.G. (2003). GAMIAN-Europe*/BEAM survey I – global analysis of a patient questionnaire circulated to 3450 members of 12

European advocacy groups operating in the field of mood disorders. *Bipolar Disorders*. 5, 265-278.

Muris, P., Van Den Broek, M., Otgaar, H., Oudenhoven, I., Lennartz, J. (2018). Good and Bad Sides of Self-Compassion: A Face Validity Check of the Self-Compassion Scale and an Investigation of its Relations to Coping and Emotional Symptoms in Non-Clinical Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*. 27, 2411–2421.

Neff, K.D. ve Vonk, R. (2009). Self-Compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself. *Journal of Personality*. 77.1, 23-50.

Neff, K. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*. 2, 85-101.

Neff, K. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*. 2, 223-250.

Neff, K. D. (2008). Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate self-concept. In J. Bauer & H. A. Wayment (Eds.) *Transcending Self-Interest: Psychological Explorations of the Quiet Ego* (95-105). APA Books, Washington DC.

Neff, K.D., Kirkpatrick, K.L.ve Rude, S.S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*. 41, 139-154.

Nivoli, A.M.A., Pacchiarotti, I., Rosa, A.R., Popovic, D., Murru, A., Valenti, M., Bonnin, C.M., Grande, I., Sanchez-Moreno, J. Gender differences in cohort study of 604 bipolar patients: The role of predominant polarity. *Journal of Affective Disorders*. 133, 443-449.

Öztürk, M. O., Uluşahin, N. A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Bayt.

Pal, A., Sharan, P. ve Chadda, R. K. (2017). Internalized stigma and its impact in Indian outpatients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*. 258, 158-165.

Paykel, E.S., Abbott, R., Morriss, R., Hayhurst, H., Scott, J. (2006). Sub-syndromal and syndromal symptoms in the longitudinal course of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 189.2, 118-123.

Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Clarkin, J.F., Sirey, J.A., Salahi, J., Struening, E.L., Link, B.G. (2001). Adverse Effects of Perceived Stigma on Social Adaptation of Persons Diagnosed With Bipolar Affective Disorder. *Psychiatric Services*. 52.12, 1627-1632.

Perlman, D., Patterson, C., Moxham, L., Taylor, E.K., Brighton, R., Sumskis, S., Heffernan, T. (2017). Understanding the influence of resilience for people with a lived experience of mental illness: A self-determination theory perspective. *J.CommunityPsychol*. 45, 1026–1032.

Phillips, M.L. ve Kupfer, D.J. (2013). Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *Lancet*. 381, 1663-1671.

Pickett-Schenk, S.A., Lippincott, R.C., Bennett, C., Steigman, P.J. (2008). Improving Knowledge About Mental Illness Through Family-Led Education: The Journey of Hope. *Psychiatric Services*. 59.1, 49-56.

Post, R.M. (2007). Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 31, 858-873.

Post, F., Pardeller, S., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Sondermann, C., Hausmann, A., Fleischhacker, W.W., Mizuno, Y., Uchida, H., Hofer, A. (2018). Quality of life in stabilized outpatients with bipolar I disorder: Associations with resilience, internalized stigma, and residual symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 238, 399-404.

Rüsch, N., Angermayer, MC., Corrigan, PW. (2005). Mental illness stigma. Concepts, consequences and initiatives to reduce stigma, *European Psychiatry*. 20, 529-539.

Sadock B.J. ve Sadock V.A. (2011). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.

Smoller, J.W. ve Finn, C.T. (2003). Family, Twin, and Adoption Studies of Bipolar Disorder. *American Journal of Medical Genetics Part C (Semin. Med. Genet.)*. 123C, 48-58.

Spiegel, D. ve Wissler, T. (1986). Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalization. *The American Journal of Psychiatry*. 143.1, 56-60.

Sprah, L., Dernovsek, M. Z., Wahlbeck, K. ve Haaramo, P. (2017). Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*. 17.2, 1-17.

Stainton, A., Chisholm, K., Kaiser, N., Rosen, M., Upthegrove, R., Ruhrmann, S., Wood, S.J. (2019). Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Intervention in Psychiatry*. 13, 725-732.

Strakowski, S.M., Adler, C.M., Almeida, J., Altshuler, L.L., Blumberg, H.P., Chang, K.D., DelBello, M.P., Frangou, S., McIntosh, A., Phillips, M.L., Sussman, J.E., Townsend, J.D. (2012). The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a consensus model. *Bipolar Disorders*. 14, 313-325.

Taktak, Ş., Erkıran, M., Karşıdağ, Ç., Özeren, M. ve Alpay, N. (2000). Şizofren olgularda aile işlevselliğinin algılanması, sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi üzerine bir çalışma. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 13.4, 196-203.

Taşkın, E.O. (Ed.). (2007). *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.

Tel, H., Saraç, B., Günaydın, Y., Medik, K., Doğan, S. (2010). Psikiyatrik Hastalık Tanılı Hastaların Primer Bakım Vericilerinin Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 1.3, 103-107.

Tournikioti, K., Ferentinos, P., Michopoulos, I., Alevizaki, M., Soldatos, C.R., Dikeos, D., Douzenis, A. (2016). Clinical and treatment-related predictors of cognition in bipolar disorder: focus on visual paired associative learning. *Eur. Arch. Psychiatry. Clin. Neurosci*.

Tuna Oran, N. ve Şenuzun, F. (2008). Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 5.1, 1-16.

Ukpong, D. (2012). Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Nijeryalılar Arasında Yük ve Ruhsal Sıkıntı: Pozitif ve Negatif Semptomların Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 23.1, 40-45.

Üçok, A. (2003). Şizofreni Hastası Neden Damgalanır? *Klinik Psikiyatri*. 1, 3-8.

Üstündağ, M.F. ve Kesebir, S. (2013). İki Uçlu Bozuklukta İçselleştirilmiş Damgalanma: Klinik Özellikler, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum İle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 24, 1-9.

Werner, E.E. ve Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.

Werner, E.E. ve Smith, R.S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. New York: Cornell University Press.

World Health Organization. (1993). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. World Health Organization.

Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J.J., Calderon, S., Charney, D.S., Mathe, A.A. (2013). Understanding resilience. *Behavioral Neuroscience*. 7.10, 1-15.

Yang, Y., Fletcher, K., Michalak, E.E., Murray, G. (2020). An investigation of self-compassion and nonattachment to self in people with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 262, 43-48.

Yanos, P.T., Roe, D. ve Lysaker, P.H. (2011). Narrative Enhancement and Cognitive Therapy: A New GroupBased Treatment for Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. *Int J Group Psychother*. 61.4, 576-595.

Yee Wong, C.C., Knee, C.R., Neighbors, C., Zvolensky, M.J. (2019). Hacking Stigma by Loving Yourself: a Mediated-Moderation Model of Self-Compassion and Stigma. *Mindfulness*. 10, 415–433.

Young, R.C., Biggs, J.T., Zeigler, V.E., Meyer, D.A. (1978). A Rating Scale for Mania: Reliability, Validity and Sensitivity. *Brit. J. Psychiat*. 133, 429-35.

Zhang, H., Watson-Singleton, N.N., Pollard, S.E., Pittman, D.M., Lamis, D.A., Fischer, N.L., Patterson, B., Kaslow, N.J. (2019). Self-Criticism and Depressive Symptoms: Mediating Role of Self-Compassion. *Journal of Death and Dying*. 80.2, 202–223.

9.EKLER

EK- 1 BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

1) BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, ÖZ-ŞEFKAT VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ başlıklı bir bilimsel araştırma planlamış bulunmaktayız.1

2) Toplum içerisinde yapılan tüm bilimsel araştırmalarda gerekli, bazı kimlik ve sosyoekonomik durumla ilgili bilgiler, ayrı bir soru formunda sorulacaktır. Kişisel ve tıbbi kayıtlarla ilgili gereken mahremiyete özen gösterilecek ve ilgili kayıtlar kişisel mahremiyet haklarınıza zarar vermemek koşuluyla bilimsel çalışmalarda kullanılabilir.

3) Yöntem olarak anket ve testler kullanılacağı için, çalışma sağlığınız açısından herhangi bir risk taşımamaktadır.

4) Araştırma için sizden herhangi bir maddi talepte bulunulmadığı gibi sağlık güvencenize de hiçbir maddi külfet yüklememektedir.

Görüşlerim ile ilgili bilgilerin katılımcı ismi açıklamaksızın sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacağı tarafıma açıklanmış bulunmaktadır. Testlerin içeriği, sözel olarak tarafıma anlatıldı. Bu çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı imza ile onaylamam gerektiği söylendi.

BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, ÖZ-ŞEFKAT VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ isimli araştırma hakkında bilgilendirilmiş olup, bu çalışmanın sonuçlarının hali hazırdaki sorun alanlarına katkısının olmayabileceğini anlamış ve kabul etmiş durumdayım. Yazılı onay vermiş olmama rağmen herhangi bir dönemde araştırmadan vazgeçme özgürlüğüne sahip olduğumu biliyorum. Üstte detayları anlatılan çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:

Açıklamayı Yapan Araştırmacı:

İmzası:

İmzası:

Tarih:

EK- 2 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Aşağıdaki sorular, bir araştırmada kullanılmak üzere, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu araştırmanın dışında başka hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Yardımlarınız için çok teşekkür ederim.

Saadet ÇETİNKAYA

A. DEMOGRAFİK ve SOSYAL BİLGİLER:

1. Cinsiyetiniz

- a. Erkek
- b. Kadın

2. Yaşınız

- a. 18-35 arasında
- b. 36-50 arasında
- c. 51 ve üzeri

3. Eğitim durumunuz

- a. Okuma-yazma biliyor, ilköğretim mezunu değil
- b. İlkokul mezunu (5 yıl)
- c. İlköğretim mezunu (8 yıl)
- d. Lise mezunu
- e. Yüksek okul ve üzeri

1. Aylık geliriniz;

- a. 1000 YTL' nin altında

- b. 1001 – 2000 YTL arasında
- c. 2001 YTL ve üzerinde
2. Medeni durumunuz
- a. Evli, eşiyle birlikte yaşıyor
- b. Bekâr, hiç evlenmemiş
- c. Yalnız yaşıyor (boşanmış, ayrı ya da eşini kaybetmiş)
3. şu an kiminle yaşıyorsunuz?
- a. Yalnız
- b. Eşi ve çocuklarıyla
- c. Aileyle birlikte
4. Mesleğiniz
- a. İşçi
- b. Memur
- c. Serbest Çalışan
- d. Emekli
5. şu an çalışıyor musunuz?
- a. Evet
- b. Hayır
9. Çocukluğunuzda kiminle yaşadınız?
- a. Anne, baba ve aile ile birlikte
- b. Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında

c Kurumda (Devlet çocuk esirgeme yurtları)

10. Ergenlik döneminizde kiminle yaşadınız?

a. Anne, baba ve aile ile birlikte

b. Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında

c. Kurumda (Devlet çocuk esirgeme yurtları)

B. HASTALIĞA DAİR BİLGİLER:

11. Size göre, psikolojik bir rahatsızlığınız var mı?

a. Evet, var

b. Hayır, yok

12. Psikolojik nitelikli şikâyetleriniz ne zaman başladı?

a. 0-2 yıl önce

b. 2-5 yıl önce

c. 5 yıldan fazla süre önce

13. Psikolojik şikâyetleriniz sebebiyle tedaviye ne zaman başlandı?

a. 0-2 yıl önce

b. 2-5 yıl önce

14. Psikolojik şikâyetler sebebiyle hastaneye yatış sayınız?

a. Yok

b. 1 kez

c. 1'den fazla

15. Ailenizde psikolojik bir rahatsızlık geçirmiş olan bireyler var mı?

- a. Evet, var
- b. Hayır, yok

16. 15. Soruya “evet “ dediyseniz; bu kişiler kimlerdir?

- a. Anne ve/veya baba
- b. Kardeşler
- c. Teyze, hala, amca, dayı, büyükanne, büyükbaba vb. yakın akrabalar
- d. Uzak akrabalar

17. 16. Soruda bir seçenek işaretlediyseniz; bu kişilerden hastaneye yatarak tedavi olanlar var mıdır?

- a. Evet, var
- b. Hayır, yok

18. 17. Soruya “evet “ dediyseniz; bu kişiler kimlerdir?

- a. Anne ve/veya baba
- b. Kardeşler
- c. Teyze, hala, amca, dayı, büyükanne, büyükbaba vb. yakın akrabalar
- d. Uzak akrabalar

19. Psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

20. Çocukluğunuzdan bu yana, ağır bir hastalık geçirdiniz mi?

a. Evet

b. Hayır

21. Çocukluğunuzdan bu yana, ağır şekilde fiziksel zarar veren bir olay yaşadınız mı?

a. Evet

b. Hayır

22. Herhangi bir şekilde, kafanıza ciddi bir darbe aldınız mı?

a. Evet

b. Hayır

23. Yaşam öyküsünde intihar teşebbüsü var mıdır?

a. Evet, var

b. Hayır, yok

24. Psikoaktif madde kullanımı (uyuşturucu madde) öyküsü var mıdır?

a. Evet, var b. Hayır, yok

EK- 3 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 görüşmeceye 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 içeriği

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) İçgörü

0. İgörsü 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- 4 HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

- 1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)
 - 0- Yok
 - 1- Yalnızca soruları cevaplariken anlaşılıyor.
 - 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
 - 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
 - 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

- 2) Suçluluk duyguları
 - 0- Yok
 - 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
 - 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
 - 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
 - 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

- 3) İntihar
 - 0- Yok
 - 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
 - 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
 - 3- İntiharını düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
 - 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

- 4) Uykuya dalamamak
- 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
- 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
- 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

- 5) Geceyarısı uyanmak
- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
- 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

- 6) Sabah erken uyanmak
- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
- 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

- 7) Çalışma ve aktiviteler
- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, müteredit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)

3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)

4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

0- Düşünceleri ve konuşması normal.

1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.

2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.

3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.

4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

0- Yok

1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.

2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psişik anksiyete

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Subjektif gerilim ve irritabilite.

2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.

3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.

4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

0- Yok

1- Hafif

- 2- İlimli
- 3- Şiddetli
- 4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

0- Yok

1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.

2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

0- Yok

1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.

2- Herhangi bir kesin şikayet 2 punla değerlendirilir.

14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

0- Yok

1- Hafif

2- Şiddetli

- 15) Hipokondriaklık
- 0- Yok
- 1- Kuruntulu.
- 2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
- 3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
- 4- Hipokondriak delüzyonlar.

16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

- 0- Kilo kaybı yok.
- 1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
- 2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

- 0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
- 1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

- 0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
- 1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru:

**EK- 5 RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA ÖLÇEĞİ**

Bu testte sık sık geçen ‘‘ruhsal hastalık’’ terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer
‘‘Kesinlikle aynı fikirde değilim’’ diyorsanız (1) rakamını ;
‘‘Aynı fikirde değilim’’ diyorsanız (2) rakamını ;
‘‘Aynı fikirdeyim’’ diyorsanız (3) rakamını ;
‘‘Kesinlikle aynı fikirdeyim’’ diyorsanız (4) rakamını daire içine alarak
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 yaklaŐmaktan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5.Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6.Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7.Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
8.Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4
9.Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10.Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11.İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12.Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4
13.Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4
14.Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4

15.Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18.İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19.Ruhsal 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 hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23.Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.	1	2	3	4
24.Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadelecı bir insan yaptı.	1	2	3	4

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

EK- 6 ÖZ-ŞEFKAT ÖLÇEĞİ

Bu anketten elde edilen sonuçlar bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. Sizden istenilen bu ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirmeniz ve sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koymanızdır. Her sorunun karşısında bulunan; (1) Hiç bir zaman (2) Nadiren (3) Sık sık (4) Genellikle ve (5) Her zaman anlamına gelmektedir. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.

1	Bir yetersizlik hissettiğimde, kendime bu yetersizlik duygusunun insanların birçoğu tarafından paylaşıldığını hatırlatmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
2	Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine ilişkin anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
3	Bir şey beni üzdüğünde, duygularıma kapılıp giderim.	1	2	3	4	5
4	Hoşlanmadığım yönlerimi fark ettiğimde kendimi suçlarım.	1	2	3	4	5
5	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, kendimi bu başarısızlıkta yalnız hissederim.	1	2	3	4	5
6	Zor zamanlarımda ihtiyaç duyduğum özen ve şefkati kendime gösteririm.	1	2	3	4	5
7	Gerçekten güç durumlarla karşılaştığımda kendime kaba davranırım.	1	2	3	4	5
8	Başarısızlıklarımı insanlık halinin bir parçası olarak görmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
9	Bir şey beni üzdüğünde duygularımı dengede tutmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
10	Kendimi kötü hissettiğimde kötü olan her şeye kafamı takar ve onunla meşgul olurum.	1	2	3	4	5
11	Yetersizliklerim hakkında düşündüğümde, bu kendimi yalnız hissetmeme ve dünyayla bağlantımı koparmama neden olur.	1	2	3	4	5
12	Kendimi çok kötü hissettiğim durumlarda, dünyadaki birçok insanın benzer duygular yaşadığını hatırlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
13	Acı veren olaylar yaşadığımda kendime kibar davranırım.	1	2	3	4	5
14	Kendimi kötü hissettiğimde duygularıma ilgi ve açıklıkla yaklaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
15	Sıkıntı çektiğim durumlarda kendime karşı biraz acımasız olabilirim.	1	2	3	4	5
16	Sıkıntı veren bir olay olduğunda olayı mantıksız biçimde abartırım	1	2	3	4	5
17	Hata ve yetersizliklerimi anlayışla karşılarım.	1	2	3	4	5
18	Acı veren bir şeyler yaşadığımda bu duruma dengeli bir bakış açısıyla yaklaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
19	Kendimi üzgün hissettiğimde, diğer insanların çoğunun belki de benden daha mutlu olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
20	Hata ve yetersizliklerime karşı kınayıcı ve yargılayıcı bir tavır takınırım.	1	2	3	4	5

21	Duygusal anlamda acı çektiğim durumlarda kendime sevgiyle yaklaşırım.	1	2	3	4	5
22	Benim için bir şeyler kötüye gittiğinde, bu durumun herkesin yaşayabileceğini ve yaşamın bir parçası olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
23	Bir şeyde başarısızlık yaşadığımda objektif bir bakış açısı takınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
24	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik duygularıyla kendimi harap ederim.	1	2	3	4	5
25	Zor durumlarla mücadele ettiğimde, diğer insanların daha rahat bir durumda olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
26	Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine karşı sabırlı ve hoşgörülü değilimdir.	1	2	3	4	5

EK- 7 YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki cümleleri okuyunuz. Sizin için hangi durum uygunsa o tarafa doğru “X” işareti koyunuz. Eğer kendinizi ortada hissediyorsanız, yani her iki duruma da nötr iseniz ortadaki kutuya “X” işareti koyunuz.

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...	
Her zaman bir çözüm bulurum	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...	
Başarılması zordur	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum	
Diğer kişilerle birlikte	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...	
Benimkinden farklıdır	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...	
Hiç kimseyle tartışmam	Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...	

Çözemem							Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...							
Nasıl başaracağımı bilirim							Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir iş/projeye başladığımda ...							
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım							Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak							
Önemli değildir							Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteken kendimi ... hissederim							
Çok mutlu							Çok mutsuz
12. Beni ...							
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir							Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...							
Olduğuna çok inanırım							Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum							
Ümit verici							Belirsiz

15. Şu konuda iyiyimdir...	
Zamanımı planlama	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	
Kolayca yapabildiğim	Yapmakta zorlandığım

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	
Birbirinden bağımsız	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...	
Zayıftır	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	
Çok fazla güvenmem	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	
Belirsizdir	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	
Günlük yaşamımda yoktur	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	
Benim için zordur	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	

Geleceğe pozitif bakar							Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...							
Bana hemen haber verilir							Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken							
Kolayca gülerim							Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:							
Birbirlerini desteklemez biçimde							Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım							
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden							Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır							
Her şeyi umutsuzca gören bir							Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...							
Zordur							Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...							
Bana yardım edebilecek kimse yoktur							Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır

31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...						
Başa çıkmaya çalışırım						Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...						
İşleri bağımsız olarak yapmayı						İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...						
Yeteneklerimi beğenirler						Yeteneklerimi beğenmezler

EK- 8 ETİK KURUL ONAYI



