



**T.C.**  
**SANKO ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE  
İNTİHAR OLASILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Şerafettin ÇAĞLAR**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Doç. Dr. Sibel POLAT OLCA**  
**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Safiye ÖZGÜÇ**  
**İKİNCİ DANIŞMAN**

**GAZİANTEP 2025**

**T.C.**  
**SANKO ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE**  
**İNTİHAR OLASILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Şerafettin ÇAĞLAR**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Doç. Dr. Sibel POLAT OLCA**  
**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Safiye ÖZGÜÇ**  
**İKİNCİ DANIŞMAN**

**2025**  
**GAZİANTEP**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

### KABUL VE ONAY SAYFASI

|                       |                                                                                           |                    |            |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------|
| Öğrencinin Adı Soyadı | Şerafettin ÇAĞLAR                                                                         | Tez Savunma Tarihi | 24.03.2025 |
| Tez Adı               | Bipolar Bozukluk Hastalarında Bilinçli Farkındalık ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişki |                    |            |

### LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

| Sınav Jürisi     | Unvanı, Adı Soyadı          | Üniversitesi / Anabilim Dalı                                         | İmzası |
|------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|
| Tez Danışman Üye | Doç. Dr. Sibel POLAT OLCA   | İstanbul Aydın Üniversitesi<br>Hemşirelik Anabilim Dalı              |        |
| Üye              | Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ  | Gaziantep Üniversitesi /<br>Psikiyatri Hemşireliği<br>Anabilim Dalı  |        |
| Üye              | Dr. Öğr. Üyesi Hatice GÜZEL | SANKO Üniversitesi / İç<br>Hastalıkları Hemşireliği<br>Anabilim Dalı |        |

### ONAY

### ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Tarih : ...../...../.....

Karar No : ...../.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayşen BAYRAM  
Enstitü Müdürü

## ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,

Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,

Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,

Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,

Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Şerafettin ÇAĞLAR

...../...../20...

## TEŞEKKÜR

Öncelikle yüksek lisans eğitimim boyunca engin bilgi ve tecrübelerini sunan, yol gösteren, yönlendiren, değerli tez danışmanlarım Doç. Dr. Sibel POLAT OLCA ve Doç. Dr. Safiye ÖZGÜÇ'e,

Tezi hazırlarken uzman görüşlerini aldığım, çalışmakta olduğum hastanenin değerli öğretim üyesi sayın Doç. Dr. Gülçin ELBOĞA'ya,

Çalışmam boyunca manevi desteklerini esirgemeyen ve her zaman desteğini gördüğüm çalıştığım servisin, servis sorumlusu hemşiremiz Ayten GÜLER'e,

Hastanemizdeki diğer tüm hemşire arkadaşlarıma, tez sürecimde manevi desteklerini esirgemeyen, bilgi ve deneyimiyle bana yol gösteren, beni motive eden çok değerli arkadaşlarım İslam ELAGÖZ'e ve Mehmet OK'a,

Bütün arkadaşlarıma, en çok da hayatımın her anında beni destekleyen, eğitim hayatım boyunca hep arkamda olan en değerli varlığım canım eşim ve aileme teşekkür ederim.

Şerafettin ÇAĞLAR

## ÖZET

### BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE İNTİHAR OLASILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu araştırma bipolar bozukluk tanılı hastaların bilinçli farkındalık düzeyleri ve intihar olasılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapıldı. Araştırmanın örneklemini Gaziantep Üniversitesi, Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi gören bipolar bozukluk tanılı 117 hasta oluşturdu. Veri toplama aracı olarak “Kişisel Bilgi Formu, Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BFÖ), İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE)” kullanıldı. Çalışmada yer alan parametrelerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemede ölçek skorlarının çarpıklık ve basıklık değerlerine bakıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerde ikili grup analizlerinde bağımsız student t-testi kullanıldı. Ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson korelasyon testi kullanıldı. Araştırmada yordayıcı etki basit doğrusal regresyon analizi ile değerlendirildi. Tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi 0,05 olarak alındı. Bu çalışmada bipolar bozukluk tanılı hastaların %53,8’i erkek, %58,8’i 18-35 yaş aralığında, %70,1’inin daha önce intihar girişimi olmadığı ve %52,1’inin intihar düşüncesinin olduğu belirlendi. Hastaların İÖÖ toplam puan ortalaması  $78,25 \pm 14,59$  ve YMDÖ toplam puan ortalaması  $15,67 \pm 8,73$  olarak belirlendi. BDE toplam puan ortalaması  $20,51 \pm 12,84$  olarak belirlendi. BİFÖ toplam puan ortalaması  $54,36 \pm 13,25$  olarak belirlendi. İÖÖ toplam puan ortalamaları ve BİFÖ puan ortalaması cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. İÖÖ toplam puan ortalaması ile BDE toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı ( $p=0,000$ ;  $r=0,551$ ), BİFÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ( $p=0,000$ ;  $r=-0,535$ ) görüldü. Yapılan regresyon analizi sonucunda katılımcıların depresyon düzeylerinin intihar olasılıklarının, %30’unu açıkladığı belirlendi ( $R=0,551$ ,  $R^2=0,304$ ). Ayrıca katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerini intihar olasılıklarının, %28’ini açıkladığı belirlenmiştir ( $R=0,535$ ,  $R^2=0,286$ ). Bu araştırmaya göre bipolar bozukluk tanılı katılımcıların intihar olasılığı şiddetli, depresyon ve bilinçli farkındalık düzeyleri orta düzeyde şiddetli olduğu tespit edildi. Ayrıca araştırmaya göre BFÖ düzeyi arttıkça, intihar olasılığı ve mani belirtilerinin azaldığı ve BFÖ düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin azaldığı tespit edildi. Araştırmanın bir diğer sonucu da kadınların intihar olasılıklarının daha yüksek olması ve erkeklerin BFÖ düzeylerinin daha yüksek olmasıdır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre psikiyatri hemşirelerinin bipolar bozukluk tanılı hastalarda düzenli tarama programlarıyla depresyon düzeyi, intihar riski ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi, yüksek risk taşıyan bireylerin erken müdahale için yönlendirilmesi önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Bipolar bozukluk; İntihar olasılığı; Bilinçli farkındalık; Psikiyatri hemşireliği.

## ABSTRACT

### RELATIONSHIP BETWEEN MINDFULNESS AND SUICIDE PROBABILITY IN BIPOLAR DISORDER PATIENTS

This study was conducted to investigate the relationship between the conscious awareness levels of patients diagnosed with bipolar disorder and the possibility of suicide. The sample of the study consisted of 117 patients diagnosed with bipolar disorder who were receiving inpatient treatment at the Psychiatry Clinic of the Şahinbey Research and Training Hospital, Gaziantep University. The data collection tools were ‘‘Personal Information Form, Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Suicide Probability Scale (SPS), Young Mania Rating Scale (YMRS), Beck Depression Inventory (BDI)’’. In order to determine whether the parameters in the study showed normal distribution, the skewness and kurtosis values of the scale scores were examined. In the parameters showing normal distribution, the independent student t-test was used in the paired group analyses. The Pearson correlation test was used to determine the relationship between the scales. The predictive effect in the study was evaluated with simple linear regression analysis. The statistical significance level was taken as 0.05 in all tests. In this study, it was determined that 53.8% of the patients diagnosed with bipolar disorder were male, 58.8% were between the ages of 18-35, 70.1% had not attempted suicide before and 52.1% had suicidal ideation. The patients' total mean SPS score was determined as  $78.25 \pm 14.59$  and the total mean YMRS score was determined as  $15.67 \pm 8.73$ . The total mean BDI score was determined as  $20.51 \pm 12.84$ . The total mean MAAS score was determined as  $54.36 \pm 13.25$ . The total mean SPS score and the total mean MAAS score differ significantly according to gender. It was observed that there was a positive significant relationship between the total mean score of the SPS and the total mean score of the BDI ( $p=0.000$ ;  $r=0.551$ ), and a negative significant relationship between the total mean score of the BDI ( $p=0.000$ ;  $r=-0.535$ ). According to this study, it was determined that the suicide probability of the participants d As a result of the regression analysis, it was determined that the participants' depression levels explained 30% of the suicide probability ( $R=0.551$ ,  $R^2=0.304$ ). It was also determined that the participants' conscious awareness levels explained 28% of the suicide probability ( $R=0.535$ ,  $R^2=0.286$ ). Diagnosed with bipolar disorder was severe, and the depression and mindfulness levels were moderately severe. In addition, it was determined that as the MAAS level increased, the suicide probability and mania symptoms decreased, and as the MAAS level increased, the depression level decreased. Another result of the study was that women had a higher probability of suicide and men had higher MAAS levels. According to the results of this study, it may be recommended that psychiatric nurses evaluate the depression level, suicide risk and awareness levels of patients diagnosed with bipolar disorder with regular screening programs and refer high-risk individuals for early intervention.

**Keywords:** Bipolar disorder; Suicide probability; Mindfulness; Psychiatric nursing.

|                                                              |            |
|--------------------------------------------------------------|------------|
| <b>KABUL VE ONAY SAYFASI.....</b>                            | <b>III</b> |
| <b>ETİK BEYAN .....</b>                                      | <b>IV</b>  |
| <b>TEŞEKKÜR.....</b>                                         | <b>VII</b> |
| <b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....</b>                   | <b>XI</b>  |
| <b>TABLolar DİZİNİ.....</b>                                  | <b>XII</b> |
| <b>1. GİRİŞ.....</b>                                         | <b>1</b>   |
| <b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>                                | <b>5</b>   |
| 2.1. Bipolar Bozukluk.....                                   | 5          |
| 2.1.1. Bipolar bozukluğun tarihçesi .....                    | 5          |
| 2.1.2 Bipolar bozukluk epidemiyolojisi.....                  | 6          |
| 2.1.3. Bipolar bozukluğun etiyolojisi.....                   | 7          |
| 2.1.3.1. Biyolojik nedenler.....                             | 7          |
| 2.1.3.2. Beyin çalışmaları .....                             | 8          |
| 2.1.3.3. Hormonlar .....                                     | 9          |
| 2.1.3.4. Biyolojik- biyokimyasal faktörler.....              | 10         |
| 2.1.3.5. Psikososyal etkenler ve çevresel faktörler .....    | 10         |
| 2.1.3.5.1. Psikodinamik görüşler .....                       | 10         |
| 2.1.4. Bipolar bozukluk türleri ve ilgili bozukluklar .....  | 11         |
| 2.1.4.1. Bipolar bozukluk I .....                            | 11         |
| 2.1.4.2. Bipolar bozukluk II.....                            | 11         |
| 2.1.4.3. Siklotimi bozukluğu.....                            | 12         |
| 2.1.4.4. Maddenin/ ilacın yol açtığı iki uçlu bozukluk ..... | 12         |
| 2.1.4.5. Başka bir tıbbi duruma bağlı iki uçlu bozukluk..... | 13         |
| 2.1.5. Manik epizod .....                                    | 13         |
| 2.1.5.1. Manik epizodda belirtiler .....                     | 13         |
| 2.1.5.1.1. Genel görünüm ve davranış .....                   | 13         |
| 2.1.5.1.2. Konuşma .....                                     | 13         |
| 2.1.5.1.3. Duygulanım .....                                  | 13         |
| 2.1.5.1.4. Bilişsel alan.....                                | 14         |
| 2.1.5.1.5. Fizyolojik alan .....                             | 14         |
| 2.1.5.2. DSM-5'e göre manik epizod tanı ölçütleri .....      | 14         |
| 2.1.6. Hipomani .....                                        | 15         |

|                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.1.6.1. DSM-5'e göre hipomani tanı ölçütleri.....                                      | 15        |
| 2.1.7. Bipolar bozuklukta tedavi .....                                                  | 16        |
| 2.2. İntihar.....                                                                       | 16        |
| 2.2.1. DSM-V intihar davranışı bozukluğu tanı kriterleri.....                           | 17        |
| 2.2.2. İntiharın epidemiyolojisi.....                                                   | 17        |
| 2.2.3. İntiharın etiyolojisi.....                                                       | 19        |
| 2.2.3.1. Psikososyal görüşler .....                                                     | 19        |
| 2.2.3.2. Nörobiyolojik görüşler.....                                                    | 20        |
| 2.2.4. İntihar için risk faktörleri.....                                                | 21        |
| 2.2.5. Bipolar bozukluk ve intihar .....                                                | 21        |
| 2.3. Bilinçli Farkındalık .....                                                         | 22        |
| 2.3.1. Bipolar bozukluk ve bilinçli farkındalık .....                                   | 23        |
| 2.3.2. İntihar ve bilinçli farkındalık ilişkisi .....                                   | 23        |
| 2.3.3. Bilinçli farkındalık (mindfulness) ile ilgili yapılan araştırmalar .....         | 24        |
| 2.4. İntihar Riski Olan Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Psikiyatri Hemşiresinin Rolü | 25        |
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>                                                          | <b>27</b> |
| 3.1. Araştırmanın Türü.....                                                             | 27        |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman .....                                          | 27        |
| 3.3. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi .....                                              | 27        |
| 3.4. Verilerin Toplanması .....                                                         | 27        |
| 3.4.1. Veri toplama araçları .....                                                      | 28        |
| 3.5. Araştırmanın Değişkenleri .....                                                    | 30        |
| 3.5.1. Bağımlı değişken .....                                                           | 30        |
| 3.5.2. Bağımsız değişken .....                                                          | 30        |
| 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....                                                  | 30        |
| 3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....                             | 30        |
| 3.8. Araştırmada Etik Kurallar.....                                                     | 30        |
| <b>4. BULGULAR.....</b>                                                                 | <b>32</b> |
| <b>5. TARTIŞMA.....</b>                                                                 | <b>41</b> |
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>                                                        | <b>47</b> |
| <b>7. KAYNAKLAR .....</b>                                                               | <b>48</b> |
| <b>8. EKLER .....</b>                                                                   | <b>60</b> |
| EK-1 Kişisel Veri Formu                                                                 |           |
| EK-2 Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)                                            |           |

- EK-3 Beck Depresyon Envanteri (BDE)
- EK-4 İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)
- EK-5 Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BFÖ)
- EK-6 İntihar Olasılığı Ölçeği Kullanım İzni
- EK-7 Bilinçli Farkındalık Ölçeği Kullanım İzni
- EK-8 Young Mani Derecelendirme Ölçeği Kullanım İzni
- EK-9 Beck Depresyon Ölçeği Kullanım İzni
- EK-10 Etik Kurul İzni
- EK-11 Kurum İzni
- EK-12 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu
- EK-13 Tez İntihal Raporu
- EK-14 Özgeçmiş

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

|              |                                               |
|--------------|-----------------------------------------------|
| <b>ACTH</b>  | : Adrenokortikotropik Hormon                  |
| <b>ANOVA</b> | : Analysis of Variance                        |
| <b>APA</b>   | : American Psychology Association             |
| <b>ASK</b>   | : Anterior Singulat Korteks                   |
| <b>BB</b>    | : Bipolar Bozukluk                            |
| <b>BDE</b>   | : Beck Depresyon Envanteri                    |
| <b>BİFÖ</b>  | : Bilinçli Farkındalık Ölçeği                 |
| <b>DDT</b>   | : Diyalektik Davranış Terapisi                |
| <b>DEHB</b>  | : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu    |
| <b>DSÖ</b>   | : Dünya Sağlık Örgütü                         |
| <b>DTG</b>   | : Difüzyon Tensor Görüntüleme                 |
| <b>EKT</b>   | : Elektrokonsülsif Tedavi                     |
| <b>FA</b>    | : Fraksiyonel Anisotropi                      |
| <b>FTSAP</b> | : Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı  |
| <b>FTBT</b>  | : Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi         |
| <b>GABA</b>  | : Gama Aminobütirik Asit                      |
| <b>HPA</b>   | : Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal                 |
| <b>ICD</b>   | : International Classification of Diseases    |
| <b>İÖÖ</b>   | : İntihar Olasılığı Ölçeği                    |
| <b>İUB</b>   | : İki Uçlu Bozukluk                           |
| <b>KKT</b>   | : Kabul ve Kararlılık Terapisi                |
| <b>MDB</b>   | : Majör Depresyon Bozukluğu                   |
| <b>MRG</b>   | : Manyetik Rezonans Görüntüleme               |
| <b>SPSS</b>  | : Statistical Package for the Social Sciences |
| <b>SSK</b>   | : Superior Singulat Korteks                   |
| <b>TSSB</b>  | : Travma Sonrası Stres Bozukluğu              |
| <b>TÜİK</b>  | : Türkiye İstatistik Kurumu                   |
| <b>WHO</b>   | : World Health Organization                   |
| <b>YMDÖ</b>  | : Young Mani Derecelendirme Ölçeği            |

|                                                                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri. ....                                                                                                                               | 32 |
| Tablo 4.2. Katılımcıların İÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile YMDÖ, BDE ve BİFÖ toplam puan ortalamaları. ....                                                              | 33 |
| Tablo 4.3. Katılımcıların İÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile YMDÖ, BDE ve BİFÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki.....                                             | 34 |
| Tablo 4.4. Katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin intihar olasılıklarını yordama gücünün belirlenmesi.....                                                                  | 34 |
| Tablo 4.5. Katılımcıların depresyon düzeylerinin intihar olasılıklarını yordama gücünün belirlenmesi.....                                                                             | 35 |
| Tablo 4.6. Katılımcıların cinsiyete göre İÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile YMDÖ, BDE ve BİFÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması .....                                 | 35 |
| Tablo 4.7. Katılımcıların intihar düşüncesi olup olmamasına göre İÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile YMDÖ, BDE ve BİFÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....          | 36 |
| Tablo 4.8. Katılımcıların daha önce intihar girişiminin olup olmamasına göre İÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları, YMDÖ, BDE ve BİFÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması..... | 37 |
| Tablo 4.9. Katılımcıların çalışma durumlarına göre İÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile YMDÖ, BDE ve BİFÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması .....                       | 38 |
| Tablo 4.10. Katılımcıların gelir durumlarına göre İÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile YMDÖ, BDE ve BİFÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması .....                        | 38 |
| Tablo 4.11. Katılımcıların medeni durumlarına göre İÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile YMDÖ, BDE ve BİFÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması .....                       | 39 |

## 1. GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BB), tekrarlayan mani, hipomani, karma dönemleri ve depresyon atakları ile tanımlanan kronik bir rahatsızlıktır. Bu hastalık, öfke patlamaları, düşüncelerde hızlanma, azalmış uyku ihtiyacı, abartılı özsaygı, artan konuşma isteği ve riskli haz verici davranışlara yönelme gibi klinik belirtilerle kendini göstermektedir (1). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) gerçekleştirilen Ulusal Epidemiyolojik İzlem çalışmasında, yaşam boyu yaygınlık oranları şu şekildedir: BB tip 1 için %0,8; BB tip 2 için %0,5 ve siklotimi için %0,8-1 aralığındadır (2). BB'nin iki yıl içindeki tekrarlama oranı yaklaşık %60'tır(3). BB başlangıç yaşı genellikle 17-25 yaşları arasında kabul edilmektedir (4). Yapılan bir çalışmada, belirtilerin hastaların yaklaşık %30'unda <21 yaş, %10'unda ise 50+ yaşında başladığı belirtilmiştir (5). ABD'deki son takip çalışmalarında ise hem BB tip 1 hem de tip 2 için başlangıç yaşının giderek düştüğü gözlemlenmiştir (6).

BB hastalarında intihar oranları, genel nüfusa kıyasla 20-30 kat daha yüksektir (7). Ayrıca, tüm psikiyatrik bozukluklar arasında en yüksek intihar oranlarına sahip olanlardan biridir (8). BB hastalarının %4 ila %19'u intihar nedeniyle hayatını kaybederken (9), bu hastaların %50'si yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunmakta ve yaklaşık %79'u depresyon aşamasında intihar düşünceleri yaşamaktadır (8). İntihar, yaygınlığı, tekrar etme ihtimali ve buna bağlı sağlık hizmetleri maliyetleri sebebiyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (10). İntihar, yaşamın getirdiği streslerle başa çıkma yöntemlerinin zayıfladığı kriz dönemlerinde ani bir şekilde ortaya çıkabilmektedir (11). Majör depresif bozukluk (MDB), şizofreni, şizoafektif bozukluk ve BB gibi psikiyatrik hastalıklar hem risk faktörleriyle bağlantılı olmaları hem de intihar davranışına neden olabilmeleri nedeniyle intihar ile en çok ilişkilendirilen psikiyatrik bozukluklardır (12). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, her yıl 700 binden fazla insan intihar nedeniyle hayatını kaybetmekte ve her intihar olayı ortalama 20 intihar girişimine yol açmaktadır. 2030 yılına kadar intihar sonucu ölen kişi sayısının bir milyonu aşması beklenmektedir. 2021 verilerine göre, intiharlar 15-29 yaş grubundaki bireyler arasında en yaygın üçüncü ölüm nedeni olup, intihar vakalarının %73'ü orta ve düşük gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir (13). Dünya genelinde intiharların %58'i 50 yaşın altındaki bireyler tarafından gerçekleşmektedir. Ölümle sonuçlanan intihar vakalarına kıyasla 20 kat daha fazla intihar girişimi olduğu dikkate alındığında, intihar davranışının bireyler ve toplumlar için önemli bir tehdit ve evrensel bir sorun olduğu ortaya çıkmaktadır (14).

2013-2023 döneminde Türkiye'de kaba intihar hızı ortalama 100 binde 4 olarak tespit edilmiştir. 2023 yılında intihar nedeniyle 4.061 kişi hayatını kaybetmiş, bu süreçte toplam 39 029 intihar vakası kaydedilmiştir. 1975-2023 yılları arasında ise Türkiye'de 100 binden fazla insan intihar sonucu yaşamını yitirmiştir (15).

BB, diğer tüm psikiyatrik hastalıklarla karşılaştırıldığında en yüksek intihar riskini taşıdığı görülmektedir. Ancak, BB intihar oranları, bipolar alt tipleri, cinsiyet, yaş veya hastalık şiddeti dikkate alındığında tutarsız bir şekilde bildirilmiştir. Araştırmalar, BB hastalarının intihar oranlarının genel nüfusa göre önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yıllık intihar girişimi riski %0,9 olarak tahmin edilmekte ve bu oran genel nüfusa göre 30 ila 60 kat daha fazla bir riski işaret etmektedir. Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaklaşık üçte biri ile yarısı yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunmakta ve bu hastaların %15-20'si intihar nedeniyle ölmektedir (16). Baldessarini ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada bipolar bozukluk tanısı alan hastaların yaklaşık %15'inin yaşamlarının bir noktasında intihar nedeniyle hayatını kaybettikleri bildirilmiştir (17). Literatür incelendiğinde BB hastalarında intihar girişimlerinin intihar nedeniyle ölümlere oranının (yani, ölümcül endeks) genel nüfusa kıyasla çok daha düşük olduğu ve bunun BB tanılı bireylerin genellikle genel nüfusa kıyasla daha ölümcül intihar yöntemleri kullanması olabileceği varsayılmaktadır (18-20).

Bilinçli farkındalık, kökleri çok eski Budist uygulamalara dayanan bir kavramdır ve temel olarak bilinçli bir yaşam sürme sanatını ifade eder. Bu kavram, bireyin dikkatini mevcut anın deneyimlerine yargılamadan ve kabul ederek odaklayabilmesi olarak tanımlanmaktadır (21). Bilinçli farkındalık, bireyin olumsuz duygularını yargılamadan, bastırmadan veya değiştirmeye çalışmadan açık bir şekilde deneyimlemesi ve bu duygular hakkında açık ve alıcı bir şekilde düşünmesidir (22).

Bilinçli farkındalık ile ilgili yapılan bilimsel araştırmalar, bilinçli farkındalığın bireylerin iyi oluşu üzerindeki olumlu etkilerini göstermektedir. Çalışmalar, bilinçli farkındalık ile iyi oluşun bilişsel ve duyuşsal göstergeleri arasında anlamlı bağlantılar bulunduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle yüksek öznel iyi oluş ile işlevsel-psikolojik iyi oluş arasında bu ilişki daha belirgin hale gelmektedir (23-25). Araştırmacılar, bilinçli farkındalığın bireylerin iyi oluşuna hem doğrudan hem de dolaylı yollarla katkıda bulunduğunu belirtmektedir (23-26). Bilinçli farkındalığın artması, sevgi, şefkat ve affedicilik gibi olumlu duyguların gelişimini desteklerken, bireylerin olumsuz duygulardan daha az etkilenmelerine ve öz anlayışlarının artmasına yardımcı olmaktadır (27).

Bilinçli farkındalık, bireyin kendisi ve çevresi hakkında derin bir bilinç düzeyine sahip olmasıdır. Bu, uyanık kalmayı ve çevresinin farkında olarak yaşamayı içermektedir. Yüksek bilinçli farkındalık, ruhsal ve fiziksel sağlığı iyileştirir, kişilerarası ilişkileri olumlu etkiler ve ağrı ile stresi yönetme yeteneği kazandırmaktadır (28).

Konan ve Yılmaz (2020) tarafından yapılan bir araştırmada, 365 son sınıf üniversite öğrencisinin bilinçli farkındalık düzeyleri çeşitli değişkenler açısından incelenmiştir. Araştırma sonuçları, bilinçli farkındalık düzeyinin cinsiyetler arasında farklılık göstermediğini ortaya koymuştur (29). Azak (2018) çalışmasında, hemşirelik öğrencilerinin bilinçli farkındalık düzeylerini incelemiş ve orta gelir grubundaki öğrencilerin bilinçli farkındalık düzeylerinin, düşük gelir grubundaki öğrencilerinkinden anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (28). Kara ve Ceyhan (2017) tarafından yapılan araştırma, bilinçli farkındalık düzeyi yüksek olan katılımcıların öz kontrol düzeyleri arttıkça depresyon seviyelerinin azaldığını göstermektedir (30). Tunçer (2022) tarafından gerçekleştirilen araştırmaya göre, genç yetişkinlerde intihar olasılığı ile bilinçli farkındalık puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu bulgu, genç yetişkinlerin intihar olasılığı puanlarının, bilinçli farkındalık puanları ile ters orantılı olduğunu göstermektedir (31). Lamis ve Dvorak (2014) araştırmalarında, bilinçli farkındalık ile intihar davranışı arasında olumsuz bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (32).

Pollak ve arkadaşlarına (2019) göre bilinçli farkındalık, yaşamın her alanına etki eden ve gelişimi için zaman ve çaba gerektiren bir beceridir. Bilinçli farkındalık uygulamaları üç ana kategoriye ayrılabilir. İlk kategori, informal yani günlük bilinçli farkındalık (yemek yerken, yürürken, araba kullanırken vb. durumlarda farkındalık) uygulamalarıdır. İkinci kategori ise formal uygulamalardır. Bu tür uygulamalar, belirli bir yer, zaman ve yöntemle gerçekleştirilen (beden taraması veya farkındalıkla nefes alma gibi) yapılandırılmış etkinliklerdir. Bilinçli farkındalık temelli müdahaleler bu formal uygulamalardan yararlanmaktadır. Son olarak, inziva uygulamaları, bireyin birkaç gün boyunca günlük rutinlerini farkındalıkla sürdürmesi, yapılandırılmış uygulamalar için zaman ayırması ve başkalarıyla iletişimi ertelemesi gibi davranışları kapsamaktadır (33). Hayes (2016), bilinçli farkındalığın merkezde olduğu terapilerin, önceki nesil davranışsal ve bilişsel terapilere yeni bir form ve sentez kazandırdığını belirterek bu yaklaşımları "üçüncü dalga bilişsel-davranışçı terapiler" olarak adlandırmaktadır (34). Bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin temel mekanizması, yaşantıları bastırmak yerine o anki yaşam deneyimlerini kabul etme ve düzenleme arzusunu artırmak olarak tanımlanmaktadır (35).

Son yıllarda Türkiye'de bilinçli farkındalık odaklı çalışmaların sayısında belirgin bir artış gözlemlenmektedir. Kısmetoğlu (2019) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, düşük düzeydeki bilinçli farkındalığın kaygı seviyesinin yükselmesi ve duygu düzenlemenin etkisiz hale gelmesiyle bağlantılı olduğu tespit edilmiştir. Öte yandan, yüksek düzeydeki bilinçli farkındalıkta ise bu durumun tersine sonuçlar ortaya çıkmıştır (36).

Psikiyatrik rahatsızlık yaşayan bireylerin, hastalıkları nedeniyle aksayan yaşamlarını iyileştirme potansiyelini, hemşireler ortaya çıkarmada kritik bir rol oynamaktadır (37). Hemşireler, bireylerin sağlık durumlarını değerlendirmelerine ve iyileşme planlarına sağlık davranışlarını entegre etmelerine yardımcı olan önemli bir rol oynamaktadır. Değerlendirme araçları, motivasyonel görüşme teknikleri ve iyileşme planlamaları kullanarak, bireylerin sağlıklarıyla ilgili kararlar almalarına ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimsemelerine destek sağlarlar (38). Bireylerin duygusal ve fiziksel güvenliğini sağlayarak iyileşme süreçlerini desteklerken, profesyonellerin yanı sıra aile ve arkadaşların rollerini de keşfetmelerine yardımcı olmaktadır. İyileşme odaklı yaklaşım, psikiyatri hastalarının tedavisinde birey merkezli ve kişisel iyileşmeyi ön plana çıkaran bir süreç olarak büyük bir önem taşır. Psikiyatri hemşireleri, sahip oldukları bilgi ve becerilerle hastaların iyileşme süreçlerine katkıda bulunarak, bu süreçte onlara yol arkadaşlığı yaparak modern yaklaşımların önemli bir parçasını oluştururlar (39).

Literatür incelendiğinde bipolar bozukluk tanılı hastalarda bilinçli farkındalık temelli bilişsel davranışçı terapi müdahalelerin uygulandığı görülmektedir (40-44). Bilinçli farkındalık ve intihar arasındaki ilişki; üniversite öğrencilerinde, kalp hastalarında ve ergenlerde incelenmiştir (45-47). Ancak, bipolar bozukluk tanılı hastalarda bilinçli farkındalık ve intihar olasılığı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaya gördüğümüz kadarıyla rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırma bipolar bozukluk tanılı hastalarda bilinçli farkındalık ve intihar olasılığı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk mani, hipomani, karma ve depresyon dönemlerinin tekrarlarıyla karakterize edilen, öfke patlamaları, düşüncelerde hızlanma, uyku ihtiyacında azalma, abartılı özsaygı, artan konuşma hızı veya baskılı konuşma, amaca yönelik aktivitelerde artış ve tehlikeli olabilecek zevk verici davranışlara yönelme gibi klinik belirtiler gösteren kronik bir hastalıktır (1). Genellikle anksiyete bozuklukları, somatizasyon bozukluğu, kişilik bozuklukları ile birlikte görülmekte ve alkol ile madde kullanım bozuklukları da sıkça eşlik etmektedir (48.). Bu nedenlerle kişinin toplumsal, mesleki ve diğer önemli alanlarda işlevselliği olumsuz etkilenmektedir (49).

#### 2.1.1. Bipolar bozukluğun tarihçesi

"Melankoli" terimi, kökeni "siyah" ve "safra" anlamına gelen kelimelerden gelerek "siyah safra" anlamını taşımaktadır. M.Ö. 5. yüzyılda Hipokrat, bu terimi enerjisizlik, umutsuzluk, hüzün ve sinirlilik gibi olumsuz duyguları tanımlamak için kullanmıştır. Aynı dönemde, sarı safra artışının coşkulu durumu ifade etmek için "mani" kelimesi kullanılmıştır; bu kelimenin kökeni ise eski Yunanca'daki "Ania" veya "Manos" kelimelerine dayandığı düşünülmektedir (49). BB'nin klinik seyrini en iyi şekilde tanımlayan ilk kişi Kapadokyalı Areatus olmuştur. Areatus, M.S. 2. yüzyılın ortalarında mani ve melankoli durumlarını aynı bireyde farklı zaman dilimlerinde gözlemlemiştir (50). İbn-i Sina, "Tıbbın İlkeleri" adlı eserinde Orta Çağ'daki ruhsal çöküntüyü tanımlarken melankoli, taşkınlık ve mani gibi terimlere de yer vermiştir (51). 19. yüzyılın başlarında hem normal hem de patolojik durumlar için "melankoli" teriminin kullanılması nedeniyle, duygusal belirtileri tanımlamak amacıyla "tristimania" (Benjamin Rush, 1745-1815), "lypemia" (Esquirol, 1772-1840) ve "duygusal ya da acıklı çılgınlık" (Henry Maudsley, 1835-1918) gibi yeni terimler geliştirilmiştir. Ancak bu isimlendirmeler evrensel olarak kabul görmediği için melankoli Almanya ve İngiltere'de varlığını sürdürmeye devam etmiştir. Ancak 19. yüzyılın sonuna doğru gelindiğinde 'melankoli' teriminin yerini 'zihinsel depresyon' aldı ve 'melankoli' psikotik depresyonun bir alt türü olarak kalmıştır (52). 1882 yılında Kahlbaum'un siklotimiye tanımlaması, Kraepelin'e ilham vermiştir. Bu ilhamla Kraepelin, 1895 yılında günümüzdeki bipolar bozuklukları, çeşitli klinik belirtilerini dikkate alarak "manik depresif psikoz" terimiyle ilk kez tanımlamıştır. 1930'lu yıllara gelindiğinde ise Bleuler, bu klinik tabloları "affektif bozukluklar" olarak yeniden adlandırmıştır (53). Kraepelin'in öne çıkan somatik

yaklaşımının aksine, Sigmund Freud (1856-1939) ve Adolf Mayer (1866-1950) etiolojide psikolojik yaklaşımları benimsemişlerdir. Bununla birlikte, biyolojik faktörlerin de hastalığın seyrinde etkili olduğunu kabul ederek bu unsurlara da değinmişlerdir (52). Hagop Akiskal ve William McKinney (1973), duygudurum bozukluklarını tanımlamak amacıyla fizyolojik ve biyolojik temellere dayanan bir kavramsal çerçeve oluşturma çabası içinde olmuşlardır. Bu çalışmada, etiolojik açıdan fizyolojik ve psikolojik faktörler üzerinde durulmuştur (54). Goodwin ve Jamison'un (1990) belirttiğine göre, Meyer'in mani ve depresyonun beynin psikolojik ve sosyal uyaranlara tepki verme biçiminden etkilendiği görüşü temel alınarak, 1952 yılında Amerika Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilen DSM-I' de ilk kez "manik depresif reaksiyon" tanımı ortaya konmuştur (55). Bipolar bozukluk tanımı, manik nöbetleri olan hastaları kapsarken, sadece depresif dönemleri olan hastalar "unipolar" olarak adlandırılmıştır. 1976'da Dunner, bipolar bozukluğun Bipolar 1 ve Bipolar 2 olmak üzere iki alt tipe ayrılmasını önermiştir (56). DSM-III'te majör depresyon ve bipolar bozukluk, affektif bozukluklar olarak tanımlanmıştır. DSM-III-R'de ise bu tanım, daha geniş bir çerçevede duygudurum bozuklukları olarak yeniden adlandırılmıştır. DSM-IV ve DSM-IV-R'de duygudurum bozuklukları arasında yer alan bipolar bozukluk, 2013'te yayımlanan DSM-5'te bipolar ve ilişkili bozukluklar olarak incelenmiştir (57).

### **2.1.2 Bipolar bozukluk epidemiyolojisi**

Psikiyatrik hastalıkların bir ülkedeki yaygınlığını bilmek önemlidir; zira bu bozuklukların görülme sıklığı, farklı gruplar ve durumlar arasında değişkenlik gösterebilir (58). BB yaşam boyu yaygınlığı %0,4-1,6 arasında (ortalama %1,2) olup, bipolar spektrumda bu oran %5'i aşmaktadır (59-60). BB'nin yaşam boyu yaygınlığı, farklı ırk ve kültürlerde değişiklik göstermemekte, bu da hastalığın çevresel etkenlerden bağımsız olduğu görüşünü desteklemektedir (61). Ülkemizde BB'nin yaygınlığına dair gerçekleştirilen bir araştırmada, Binbay ve ekibi İzmir şehir merkezinde DSM-IV tanı kriterlerine dayanarak psikotik bulgular içeren depresyon ve bipolar bozukluk I tanı kategorisinin yaygınlığını %0,92 olarak rapor etmiştir (62).

Majör Depresyon, kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazla görülürken, BB cinsiyet oranı açısından eşit dağılıma sahiptir. BB'nin başlangıcı, majör depresyona göre daha erkendir; majör depresyon genellikle 30'lu yaşlarda başlarken, BB yaklaşık 20'li yaşlarda başlamaktadır (4). BB, her iki cinsiyette eşit oranda görüldüğü için cinsiyet farklılıkları yeterince incelenmemiştir. Ancak, yaşam boyu yaygınlık açısından kadın ve erkek arasında bir fark yoktur. Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler ise kadınlarda

daha sık görülmektedir (63). BB tanısı olan hastaların birinci derece akrabalarında, BB tanısı almış hasta görülme riskinin %3 ile %8 arasında değiştiği belirtilmiştir (4). Normal popülasyonda duygu durum bozukluğu oranı %0,4-1,6 arasında iken hem anne hem de babada bu bozukluk varsa çocuklarda gelişme olasılığı %50-75'tir (64). Boşanmış ve ayrı yaşayan kişilerde bu bozukluk daha sık görülmektedir, ancak bu durumun evliliğin olumsuz sonuçlarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (65-66).

### **2.1.3. Bipolar bozukluğun etiyolojisi**

#### **2.1.3.1. Biyolojik nedenler**

Uzun yıllardır bu hastalığın bazı ailelerde daha sık görüldüğü ve önemli bir kalıtsal boyutu olduğu bilinmektedir (68). Bu durum, konuyla ilgili yapılan hemen her çalışmada farklı oranlarla doğrulanmıştır. Literatürde, BB kalıtımıyla ilgili birçok aile, ikiz, evlat edinme, kromozomal bölge ve aday gen araştırması bulunmaktadır. Genetik faktörlerin BB gelişiminde yaklaşık %60-80 oranında etkili olabileceği ifade edilmektedir (69). Bir çalışmada, birinci derece akrabalarında BB bulunan bireylerin hastalığa yakalanma riskinin 10 kat, majör depresyon geliştirme riskinin ise 3 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (70). BB tip 1 ile ilgili gerçekleştirilen ikiz araştırmalarında, tek yumurta ikizleri arasında gen konkordansının hastalık için yaklaşık %40, çift yumurta ikizleri arasında ise yaklaşık %5 olduğu belirlenmiştir (64). Monozigot ikizlerde depresyon konkordans oranı %67 ile %90 arasında, dizigot ikizlerde ise %19 ile %23 arasındadır. Monozigot ikizlerde %100 konkordans olmaması, psiko-sosyal etiyolojik etkenlerin de önemli olduğunu göstermektedir. Ayrıca hem hasta hem de hasta olmayan ikizlerin çocuklarında BB gelişme riski eşit bulunmuştur (71). Yapılan çalışmalarda monozigot ikizlerden birinin hasta olması durumunda, diğer ikiz bireyde de hastalığın görülme olasılığının %79,5, dizigot ikizlerden birinin hasta olması durumunda ise diğer ikizde de hastalığın görülme olasılığının ise %23 olduğu saptanmıştır (67). BB'de ankyrin G (ANK3) proteininin rolü olduğu bilinmektedir. Bazı çalışmalarda lityum karbonatın ANK3 proteini salgılanmasını azalttığı bulunmuştur. Alpha 1C subunit of the L-type voltage-gated calcium channel (CACNA1C) proteini hücrelerde kalsiyum akış ve çıkışını düzenleyip, BB tedavisinde kullanılan kalsiyum kanal blokerlerinin etkisinin olduğunu desteklemektedir. BB I' de özgül genlerden X ve 5, 11, 18 kromozomları arasında bir ilişki olabileceği varsayılmaktadır (67).

### 2.1.3.2. Beyin çalışmaları

Bipolar bozuklukta aşırı duyguların yeniden ortaya çıkması ve duygusal düzenlemedeki bozulmalar, ventral-limbik yolaktaki aşırı uyarılma ile kortikal-bilişsel yolaktaki uyarılma eksikliği arasındaki dengenin bozulmasından kaynaklanmaktadır. Duyguların kontrolü, dorsolateral prefrontal korteks, anterior singulat korteks, prekuneus ve limbik yapılar dahil bir ağ tarafından sağlanmaktadır. Bu nedenle, BB hastalarında subkortikal yapıların duygusal kontrolü sağlama kapasitesinin yetersiz olduğu düşünülmektedir (72). Hoenou ve arkadaşlarının yaptığı meta-analiz, yapısal nörogörüntüleme çalışmalarında bipolar hastalarda belirli beyin bölgelerinde değişiklikler olduğunu ortaya koymuştur. Sağ presentral girus, sağ anterior singulat ve sol inferior frontal girus gri maddesinde kontrol grubuna göre azalma gözlemlenirken, işlevsel çalışmalarda kortikal-bilişsel yollarda nöral aktivasyonda azalma ve ventral-limbik yapılar (parahipokampal girus ve amigdala) üzerinde artış tespit edilmiştir. Parahipokampal hiperaktivasyonun, bipolar hastaların ötimik, manik ve depresif dönemlerinde ortak bir bulgu olması, limbik hiperaktivasyonun bu hastalığın nörobiyolojik bir göstergesi olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, bipolar bozuklukta hiperaktif subkortikal ağ ve hipoaktif kortikal-kognitif ağın varlığı da vurgulanmıştır (73). Ellison ve ekibinin meta-analiz çalışmasında, bipolar hastalarda sağ insulada ve sağ anterior singulata yakın bölgelerde gri madde azalması gözlemlenmiştir (74).

Bipolar hastalarda beyaz cevher anormallikleri yaygın olarak gözlemlenmektedir ve bu anormalliklerin BB'nin endofenotipi ve potansiyel biyobelirteç olabileceği düşünülmektedir (75). Ancak bu anormalliklerin altında yatan patofizyoloji henüz bilinmemektedir (76). Federine ve ekibi, Difüzyon Tensor Görüntüleme (DTG) yöntemiyle BB hastalarında beyaz cevher anormalliklerini inceleyen çalışmalarının sonuçlarını derledikleri yazılarında, parahipokampal girusa yakın sağ beyaz cevher ile sağ anterior singulat korteks (ASK) ve sağ superior singulat korteks (SSK) bölgelerinde, fraksiyonel anisotropi (FA) değerlerinde azalma tespit ettiklerini bildirmişlerdir (77). Bu bölgede bulunan önemli iletişim yolları; superior longitudinal fasikül, inferior fronto-okspital fasikül, inferior longitudinal fasikül ve posterior talamik fasiküldür. Bu dört yol, ana iletişim yolları olarak kabul edilmektedir. Bu yollar, yüz ifadelerindeki duyguları tanıma yeteneğinde önemli bir rol oynamaktadır. Rostral anterior singulat korteks (ASK) ve subgenual korteks (SSK), duygusal uyarıcıların tanınmasında, bilinçli duygusal deneyimlerde ve otomatik duygusal işlemlerde etkili işlevler üstlenmektedir (78). Bipolar hastalarda duygusal işlemler bozulmuştur; bu durum, duyguları tanıma ve işleme sürecini düzenleyen beyin bölgelerindeki işlevsel iletimdeki değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir (77).

Dager ve arkadaşları, tedavi edilmemiş bipolar tip I bozukluğu olan hastalarda kolin, kreatin, N asetil aspartat, myoinozitol ve laktat konsantrasyonlarının frontal ve pariyetal beyaz cevherde benzer olduğunu, ancak bipolar tip II hastalarda glutamat, glutamin ve Gama aminobütirik asit (GABA)'ın frontal beyaz cevherde kontrol grubuna göre arttığını bulmuşlardır (79). Manik veya karma dönemindeki hastalarda kontrol grubuna kıyasla orbitolateral beyaz cevherde glutamat ve glutamin seviyelerinde artış gözlemlenmiştir (80). Valproat tedavisi, glutamat ve glutamin düzeylerinde azalmaya yol açmıştır. Bu durum, lityum ve valproatın glutamat geri alımını artırdığını göstermektedir (81).

Bipolar bozukluğu olan hastalarda bilişsel işlevlerdeki bozulma ile superior temporal girus, unkus ve parahipokampal girustaki manyetizasyon transfer oranı (MTR) azalması arasında bir ilişki bulunmuştur. Bu durum, bipolar hastalarda frontotemporal bölgedeki myelin ve aksonal anormallikler ile bilişsel işlevlerdeki azalma arasında bir bağlantı olabileceğini göstermektedir (82).

Bipolar hastalarda yapılan SPECT çalışmaları, depresif dönemlerde frontal lobda kan akımının arttığını, manik dönemlerde ise sol frontal, sol anterior singulat, parietal korteks ve sağ anterior temporal bölgelerde kan akımının azaldığını göstermiştir. Ayrıca, psikotik belirtilerdeki artış ile kan akımındaki azalma arasında bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgular, frontal subkortikal yapılardaki kan akımının azalmasının bipolar hastalara özgü bir belirteç olabileceğini öne sürmektedir (83).

Bipolar tip I ve II bozukluk tanısı almış hastalarda yapılan PET çalışmaları, dinlenme durumunda amigdala ve ventral striatal limbik subkortikal aktivitede kontrol grubuna göre artış olduğunu göstermiştir (76). Üzgün duygu durum indüksiyonu sırasında ise, remisyonadaki ve depresyondaki hastalarda medial prefrontal kortekste değişiklik gözlenmezken, yalnızca depresyondaki hastalarda lateral prefrontal kan akımında azalma tespit edilmiştir (84).

### **2.1.3.3. Hormonlar**

Bilişsel bozuklukların ve depresif belirtilerin patogenezisinden hiperkortizolemi sorumlu tutulmuştur. Kortizol düzeyinde yükselmenin nörotoksik etkiler göstermesi ile mani döneminde hiperkortizoleminin beyinde benzer etkilere sebep olduğu düşünülmektedir. Manik dönemde adrenokortikotropik hormonun (ACTH) arttığı ve işlevsellikte bozulmaya sebep olduğu düşünülmektedir. Melatonin seviyesinin, depresyonda azalıp, manide ise geceleri arttığı belirtilmektedir. Normal olmayan tiroid fonksiyonlarının BB'nin gidişatını etkilediği bilinmektedir. Yapılan araştırmalarda BB'nin, depresif belirtilerinin tiroid

hormonu replasman tedavisinde gerilediği bulunmuştur. Ek olarak hipertiroidinin maniye sebep olduğu bildirilmiştir (67).

#### **2.1.3.4. Biyolojik- biyokimyasal faktörler**

Bipolar bozukluğu olan hastalarda nörepileptik ilaçların biyolojik amin düzeyini etkilemesi nedeniyle beyindeki amin salgılayıcı hücrelerde yoğunluk artışına sebep olduğu düşünülmektedir. BB’de dopamin düzeyinin artışı aşırı hareketliliğe sebep olmaktadır. Antimanik olarak kullanılan antipsikotikler dopamin reseptör inhibitörleridir. Merkezi sinir sistemi düzenleyicisi bir nörotransmitter olan seratonin hormonunun depresyon ve mani döneminde düzeyinde azalma olduğu bilinmektedir. Lityum seratonin stabilizasyonu sağlamaktadır. Bipolar bozuklukta noradrenalinde artış olmakta ve öforizan etki yapmaktadır. Nöradrenalin ambarı olan lokus seruleus, substantia nigra üzerinde inhibitör etki yaparak dopaminerjik aktivite artmasına ve hiperaktiviteye yol açmaktadır. Mizaç, uyku, elektroensefalogram ve nöroendokrin fonksiyon üzerinde önemli etkileri olan kolinerjik ajanların ise manide yetersiz, depresyonda ise fazla olduğu düşünülmektedir (67).

#### **2.1.3.5. Psikososyal etkenler ve çevresel faktörler**

Kişilik özellikleri, stresli hayat olayları, destek sistemlerinin olup olmaması gibi psikososyal etmenler atakların ortaya çıkış ve şiddetini, ataklar arasındaki süreçte işlevselliğini ve sağlık düzeyini belirlemektedir (67).

##### **2.1.3.5.1. Psikodinamik görüşler**

Psikanalitik Görüş’e göre; mani, depresyona karşı bir savunma amacıyla gelişen bir durum olarak açıklanmaktadır (85). Sigmund Freud, depresyonda gerçek veya hayali nesne kaybının olduğunu düşünmekte ve bu kayıp duygusunun bireyde özlem, sevgi, intikam ve nefret duygusunu da tetiklediğini savunmaktadır. Katı süper egodan dolayı ortaya çıkan kin ve nefret duygularını bireyin kendisine yöneltmesi sebebiyle kişi kendisini değersiz, suçlu görmeye başlamakta, bunun sonucunda ise birey depresyona girmektedir(86). Depresyona sebep olan bir diğer etken ise oral dönemdeki anne-bebek ilişkisinin bozuk olması olduğu bilinmektedir (87). Ayrıca, BB tanısı olan hastalarda, bağımlı kişilik örüntüsü ve başarıya dair işlevsiz inançlar belirgin bir şekilde gözlemlenmiştir (88). Hastalığın akut ve remisyon dönemlerinde, kişisel felaketleştirme, kötümserlik, aşağılık ve yükseklik kompleksleri gibi bilişsel stiller öne çıkmaktadır (89). Melanie Klein’ e göre mani; başkalarını idealize etme, yıkıcılığını yadsıma, agresyon ve kaybedilen sevgi objesini eski veya ilk durumuna getirmek

amacıyla oluşturulmuş bir savunma olarak tanımlanmaktadır. Manik savunmalar, anne ve babaya karşı zafer kazanma ve ebeveyn ile çocuk ilişkisini tersine çevirme isteğini göstermektedir. Bu zafer kazanma durumu sebebiyle bireyde suçluluk duyguları ve depresyon oluşmaktadır. Bu sebepten dolayı manik atak esnasında depresif duygu durum dönemleri de gözlemlenebilmektedir. BB tanısı almış bireylerin inkâr mekanizmasını etkili biçimde kullanması, gerçek dünyayı inkâr etmesine sebep olmaktadır. Bibring'e göre ise mani, depresyona karşı geliştirilen ikincil bir ödünleme tepkisi ya da narsistik beklentilerin hayal gücüyle tatmin edilme çabasıdır. Varoluşçu yaklaşıma göre mani, katı ve baskıcı süperegoya karşı kazanılan zafer, iyimserlik hali ve özgeci yaşam biçimi olarak açıklanmaktadır(67).

#### **2.1.4. Bipolar bozukluk türleri ve ilgili bozukluklar**

2013'te yayımlanan DSM-5'te Bipolar Bozukluk, "İki Uçlu Bozukluklar ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında ele alınmıştır. Bu sürümde karma epizod kaldırılmış ve yerine "karma özellikli mani/hipomani ya da depresif epizod" terimi getirilmiştir (57). BB, DSM-5 ile birlikte "duygu durum bozuklukları" kategorisinden çıkarılarak "depresif bozukluklar" ve "bipolar ve ilişkili bozukluklar" olarak iki ayrı başlık altında sınıflandırılmıştır. Bipolar ve ilişkili bozukluklar başlığı altında yedi alt başlık tanımlanmıştır:

- (i) Bipolar I bozukluk,
- (ii) Bipolar II bozukluk,
- (iii) Siklotimik bozukluk,
- (iv) Madde/ilaçla indüklenen bipolar ve ilişkili bozukluk,
- (v) Başka tıbbi duruma bağlı bipolar ve ilişkili bozukluk,
- (vi) Tanımlanmış diğer bipolar ve ilişkili bozukluk ve
- (vii) Tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk (90).

##### **2.1.4.1. Bipolar bozukluk I**

Bipolar I bozukluğu tanısı için, manik epizot için aşağıdaki kriterlerin karşılanması gerekir. Manik epizot, hipomanik veya majör depresif epizotlardan önce veya sonra gelmiş olabilmektedir. (90).

##### **2.1.4.2. Bipolar bozukluk II**

Bipolar bozukluk tip-II, bipolar bozukluk tip-I' den, manik atakların olmaması ve hipomani belirtilerinin varlığı ile farklılık göstermektedir (90).

#### **2.1.4.3. Siklotimi bozukluğu**

Siklotimik bozukluk, birbirinden farklı çok sayıda hipomanik belirti dönemi ve depresif belirti dönemi içeren kronik, dalgalanan bir ruh hali bozukluğudur. Hipomanik belirtiler, hipomanik epizod için tam kriterleri karşılayacak kadar yeterli sayıda, şiddette, yaygınlıkta veya sürede değildir ve depresif semptomlar, majör depresif epizod için tam kriterleri karşılayacak kadar yeterli sayıda, şiddette, yaygınlıkta veya sürede değildir. İlk iki yıllık dönemde (çocuklar veya ergenler için bir yıl), semptomlar kalıcı olmalıdır (hiç olmamasından daha fazla gün mevcut olması) ve semptomsuz aralıklar iki aydan uzun sürmemelidir (90).

#### **2.1.4.4. Maddenin/ ilacın yol açtığı iki uçlu bozukluk**

Bu bozukluğun herhangi bir ilaç ya da maddenin fizyolojik etkilerinin doğrudan sonucu olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Ruh hali bozukluğu, uyku ihtiyacının azalması, dikkat dağınıklığı, sinirli ruh hali gibi belirtileri olan, mani, hipomani ve depresyona benzemektedir (90).

##### **Tanı kriterleri:**

A. Klinik tabloda belirgin ve kalıcı bir ruh hali bozukluğu, depresif ruh hali ile ya da olmadan, baskın olarak yükselmiş, genişleyen veya sinirli bir ruh hali ile ya da tüm ya da neredeyse tüm aktivitelere karşı belirgin bir ilgi veya zevk kaybı ile tanımlanır.

B. (1) ve (2) kriterleri öyküsünden, fiziksel muayenesinden veya laboratuvar bulgularından açıklanamelidir:

1. Kriter A'daki belirtiler, madde zehirlenmesi veya yoksunluğu sırasında, hemen sonrasında ya da bir ilaca maruz kaldıktan sonra ortaya çıkmıştır.

2. İlgili madde veya ilaç, Kriter A'daki belirtileri tetikleyebilir.

C. Bozukluk, madde veya ilaç kaynaklı olmayan bir bipolar ya da ilgili bozuklukla daha iyi açıklanamamaktadır. Bağımsız bir bipolar veya ilgili bozukluğa dair kanıtlar şunları içerebilmektedir: Semptomların madde veya ilaç kullanımının başlamasından önce ortaya çıkması; semptomların akut yoksunluk veya şiddetli zehirlenmenin sona ermesinden sonra önemli bir süre (örneğin yaklaşık 1 ay) devam etmesi; ya da bağımsız bir madde veya ilaç kaynaklı olmayan bipolar ve ilişkili bozukluğun varlığını destekleyen başka kanıtların bulunması (örneğin, tekrarlayan madde veya ilaç kaynaklı olmayan epizotların geçmişi).

D. Bu bozukluk sadece bir deliryum esnasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Bu bozukluk, klinik olarak önemli bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açmaktadır (90).

#### **2.1.4.5. Başka bir tıbbi duruma bağlı iki uçlu bozukluk**

Başka bir tıbbi duruma bağlı bipolar ve ilişkili bozukluğun temel özellikleri şunlardır: anormal derecede yükselmiş, genişleyen veya sinirli ruh halinin belirgin ve kalıcı bir döneminin varlığı ve klinik tabloda baskın olan ve başka bir tıbbi duruma atfedilebilen anormal derecede artmış aktivite veya enerjidir. Çoğu durumda manik veya hipomanik tablo tıbbi durumun ilk sunumu sırasında ortaya çıkabilmekte (yani, bir ay içinde); ancak, özellikle kötüleşebilen veya nüksedebilen ve manik veya hipomanik tablonun ortaya çıkmasını haber veren kronik tıbbi durumlarda istisnalar bulunmaktadır (90).

#### **2.1.5. Manik epizod**

Anormal ve ısrarlı bir şekilde yükselen, genişleyen veya sinirli ruh halinin belirgin bir dönemi anormal ve ısrarlı bir şekilde artan hedef odaklı aktivite veya enerji, en az bir hafta süren ve günün çoğunda, neredeyse her gün (veya hastaneye yatış gerekliyse herhangi bir süre) mevcuttur (90).

##### **2.1.5.1. Manik epizodda belirtiler**

###### **2.1.5.1.1. Genel görünüm ve davranış**

Hareketlerde artma ve hızlanma görülebilmektedir. Riskli davranışlarda bulunma, sonuçları düşünülmeden o an için zevk veren davranışlara yönelme söz konusu olabilmektedir (91).

###### **2.1.5.1.2. Konuşma**

Hastanın konuşmasında artma nedeniyle ve konuşması hızlı, yüksek sesli olabilmektedir (logore). Konuşma basınçlı olduğu için araya girmek, yorum yapmak, soru sormak gibi şeyler mümkün olmayabilir. Ayrıca konudan konuya atlama (fikir uçuşması) görülebilmektedir. Hasta bazen sizi dinlemese bile konuşmasına devam edebilir. Her zaman aşırı güvenli bir ses tonu ile davranış sergilemektedir (92).

###### **2.1.5.1.3. Duygulanım**

Duygulanımda coşku, aşırı neşeli ruh hali (öfori), sıklıkla da öfke nöbetleri görülmektedir. Aşırı neşeli, hareketli olduğundan dolayı uyarıldığı zaman çabuk öfkelenip, saldırgan davranabilmektedir (92).

#### **2.1.5.1.4. Bilişsel alan**

Manik hastalarda benlik saygısındaki artış, büyüklük ve olağandışı güç duygularına yol açmaktadır (63). Bu hastaların %75'inde sanrılar görülür; genellikle aşırı zenginlik, yetenek ve güçle ilişkilidir (71). Büyüklük düşünceleri bazen sanrısız hale gelebilir ve perseküsyon, büyüklük sanrıları, varsanılar ve referans fikirleri de gözlemlenebilmektedir (63).

#### **2.1.5.1.5. Fizyolojik alan**

Manik epizodun en önemli belirtilerinden biri hastaların uyku ihtiyacının azaldığını ifade etmesidir. Birçok hasta 3-4 gündür uyumamış olabilir. Cinsel istek ve performansı çok artmış olabilir. Bipolar bozukluğun manik ve hipomanik dönemlerinde libidoda artış, uygunsuz cinsel ilişkiler ve hiperseksüalite görülebilmektedir(71).

#### **2.1.5.2. DSM-5'e göre manik epizod tanı ölçütleri**

A. Yükselmiş, taşkın ya da çabuk öfkelenen, olağan dışı ve sürekli bir duygu durumu, amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte belirgin bir artışın yaşandığı, en az bir hafta süren (veya hastaneye yatmayı gerektiren herhangi bir süre) ayrı bir dönem boyunca, neredeyse her gün, günün büyük bir kısmında gözlemlenmektedir.

B. Duygu durumu bozukluğu döneminde, aşağıdaki belirtilerden üçü veya daha fazlası (duygu durumu irritabl ise dördü) belirgin bir şekilde ortaya çıkar:

1. Benlik saygısında aşırı artış veya büyüklük hissi.
2. Uyku ihtiyacında azalma.
3. Normalden daha fazla konuşma veya konuşmaya devam etme.
4. Düşüncelerin hızla birbirini takip ettiği veya düşünce uçuşması yaşandığına dair öznel deneyim.
5. Dikkat dağınıklığı (önemsiz veya ilgisiz dış uyarıcılara kolayca dikkat çekilmesi) olduğu bildirilir veya gözlemlenir.
6. Amaca yönelik faaliyetlerde artış veya psikomotor ajitasyon.
7. Olumsuz sonuçlar doğurma ihtimali yüksek, keyif veren aktivitelere aşırı katılım.

C. Duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde veya başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bozulmaya yol açacak veya kendisine veya başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

D. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (antidepresan veya Elektrokonvülsif Tedavi (EKT) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde hastalık tablosu düzeyinde süren tam bir manik dönem hariç) (90).

### **2.1.6. Hipomani**

Hipomani, tipik olarak ciddi bozulmaya sebep olmayan veya hastaneye yatışı gerektirmeyen daha ılımlı mani durumu olarak tanımlanmaktadır. Bazı hipomani vakalarında, mesleki işleyişte üretkenlik artışı ve iyi bir mizahi mizaca sahip olmaları nedeniyle geçici olarak gelişebilir (56). Hipomani ruh halinde hastalar psikotik özellikler göstermezler (92).

#### **2.1.6.1. DSM-5'e göre hipomani tanı ölçütleri**

A. Yükselmiş, taşkın veya çabuk öfkelenen, olağan dışı ve sürekli bir duygusal durum ile etkinlik ve içsel güçte belirgin ve sürekli bir artışın en az dört ardışık gün boyunca, neredeyse her gün, günün büyük bir kısmında gözlemlenmesi.

B. Duygudurum bozukluğu döneminde, aşağıdaki belirtilerden üçü veya daha fazlası (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin bir şekilde ortaya çıkar:

- 1- Benlik saygısında aşırı bir artış veya büyüklük hissi.
- 2- Uyku ihtiyacında azalma.
- 3- Normalden daha fazla konuşma veya konuşmaya devam etme.
- 4- Düşüncelerin hızlı bir şekilde birbirini takip etmesi veya düşünce uçuşmaları yaşanması.
- 5- Dikkat dağınıklığı olduğu bildirilir veya gözlemlenir.
- 6- Amaca yönelik faaliyetlerde artış ya da psikomotor huzursuzluk.
- 7- Olumsuz sonuçlar doğurma ihtimali yüksek, keyif veren aktivitelere aşırı katılım.

C. Bu atak sırasında, kişinin normalde belirti göstermediği dönemlere kıyasla işlevselliğinde belirgin bir değişiklik meydana gelir.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik, başkaları tarafından da gözlemlenebilecek bir seviyededir.

E. Bu atak, toplumsal veya mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya neden olacak ya da hastaneye yatışı gerektirecek kadar ağır değildir. Eğer psikotik özellikler mevcutsa, bu durum mani dönemi olarak tanımlanmaktadır.

F. Bu belirtiler, bir maddenin ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (antidepresan veya elektrokonvülsif tedavi (EKT) sırasında ortaya çıkan ve bu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde süren tam bir hipomani dönemi hariç) (90).

### 2.1.7. Bipolar bozuklukta tedavi

Tedavinin belirtilerin kontrol altına almak amacıyla ve akut epizodu düzeltilmek, işlevselliği arttırmak, hastalığın ve atakların tekrarlamasını önlemek, morbidite ve mortaliteyi azaltmak amacıyla yapılmaktadır (92) BB, kronik bir rahatsızlık olup ataklarla seyrettiği için tedavi süreci, atakların yönetimi ve sürdürücü tedavi olarak iki aşamada planlanmaktadır (93). Yüksek intihar riski, düzenli bir şekilde sürdürmeyen tedavi ve hastaların riskli davranışlarda bulunması nedeniyle hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gerekmektedir (94). Lityum, duygu durum düzenleyici olarak kullanılan temel ilaçlardan birisidir (95). Lityumun, BB'nin önleyici tedavisinde bilişsel işlevleri iyileştirmenin yanı sıra, nüksetmeyi, intiharı ve erken ölümleri azalttığı bildirilmiştir (96). Bir çalışmada, lityumun sürekli kullanım süresinin ortalama 76 gün olduğu belirtilmektedir (97). Başka bir araştırmada ise, BB tanılı hastaların yarısının iki yıl içinde koruyucu lityum tedavisini bir veya daha fazla kez aksattığı, yaklaşık üçte birinin ise iki veya daha fazla kez tedaviyi ihmal ettiği bulunmuştur (98). BB tanılı hastaların yarısından fazlası altı ay içinde tedaviyi bırakmakta ve üçte biri yıllarca tedavi arayışında bulunmamaktadır. Bu durum, hastaların tedavisini zorlaştırmakta ve en az %30'unun önerilen tedaviyi uygulamada büyük oranda başarısız olmasına yol açmaktadır (99). Ayrıca, BB tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar arasında anti epileptik olarak valproat ve karbamazepin ile antipsikotikler ve benzodiazepinlerde bulunmaktadır (95). İlaçlarla yapılan tedaviler ile yeterli yanıt alınamadığı zaman, psikoterapi, psikoeğitim gibi uygun psikososyal müdahaleler, EKT gibi somatik tedaviler gibi farklı alternatif tedaviler kullanılmaktadır (93). Psikososyal tedavilerin intihar davranışının engellenmesinde olumlu etkileri olmaktadır. Bu tedavilerin ana amacı ilaç uyumsuzluğunu engellemek, hasta ve yakınlarına nüks etmenin erken belirtilerinin anlatmak, erken tedavinin öneminin anlamasını sağlamak, aile ve diğer kişiler arası sorunları azaltmaktır (94). Erken tedavi, bireylerin intihar riskini azaltmaktadır (100).

### 2.2. İntihar

İntihar davranışı, kişinin kendi ölümüne yol açabilecek bir şiddet eylemidir ve tedavi edilemeyen ruhsal hastalıkların en ciddi komplikasyonudur. Çok sayıda nedeni ve karmaşık bir yapısı bulunmaktadır. En temel risk faktörü, majör duygu durum bozukluğu öyküsü ve önceki intihar girişiminin olmasıdır. Ayrıca, ailesel-genetik, klinik ve psikososyal etkenler de intihar sürecinde önemli rol oynamaktadır (101). İntihar davranışı, intihar düşüncesinden başlayarak ölümle sonuçlanmaya kadar varan geniş ve önemli bir konudur. Bu nedenle bir

hastalık olmasa dahi önemli bir halk sağlığı problemidir. Dünya genelindeki ölüm sebepleri arasında intihar 10. sırada bulunmaktadır (102). ABD’de intihar, ölüm nedenleri arasında sekizinci sırada yer almaktadır. Her yıl en az 31.000 kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu rakam, toplam ölümlerin yaklaşık %1,4’ünü oluşturmaktadır(103). Gerçekleşmeyen intihar düşünce ve davranışı, intihar düşüncesi, intihar planı, intihar girişimi şeklinde olmak üzere üç aşamada incelenmiştir (104). Durkheim'a göre intiharlar, bireyin toplumla olan ilişkisine göre sınıflandırılmaktadır. Özgeci intiharlar, kişinin toplumla fazla bütünleşmesi sonucu ortaya çıkar; bencil intiharlar, az bütünleşme sonucunda gerçekleşmektedir. Anomik intiharlar, toplumsal düzenin yetersizliğinden kaynaklanırken, yazgısal intiharlar aşırı düzenlilikten doğmaktadır (105).

### **2.2.1. DSM-V intihar davranışı bozukluğu tanı kriterleri**

A. Son iki yıl içinde, birey bir intihar girişiminde bulunmuştur.

Not: İntihar girişimi, kişinin kendi iradesiyle başlattığı bir dizi davranıştır. Bu davranışın başlangıç anında, birey bu eylemlerin kendi ölümüne yol açabileceğini öngörmüştür (uygulanan yöntemin gerçekleştiği an, "başlangıç anı" olarak tanımlanır).

B. Eylem, intihar olmayan kendine zarar verme kriterlerini karşılamaz. Yani, olumsuz duygusal veya bilişsel bir durumdan kurtulmak ya da olumlu bir duygu durumu elde etmek amacıyla vücudun dış yüzeyine yönelik yapılan kendine zarar verme eylemlerini içermez.

C. Tanı, intihar düşünceleri veya hazırlayıcı eylemler için geçerli değildir.

D. Eylem, bir kafa karışıklığı veya deliryum durumu sırasında gerçekleşmemiştir.

E. Eylem, yalnızca politik veya dini bir amaçla gerçekleştirilmemiştir.

Varsa belirtiniz: Son girişimden bu yana geçen süreye göre iki durumu tanımlamaktadır: "Devam eden" durumda 12 aydan fazla zaman geçmişken, "erken remisyonunda" 1-2 yıl geçmiştir (90).

### **2.2.2. İntiharın epidemiyolojisi**

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, gelişmiş ülkelerde intihar, ölüm nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır. 2000 yılında dünya genelinde 815.000 kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmiştir ve intihar girişimlerinin bu sayının 10-20 katı olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca, 15-24 yaş aralığındaki her 100 000 gençten 13'ü intihar etmektedir (103). İstatistikler, intihar nedeniyle meydana gelen ölümlerin 15-29 yaş grubunda ikinci, 30-49 yaş grubunda ise beşinci sırada bulunduğunu göstermektedir (106). ABD’de 2019 yılında yapılan bir araştırmaya göre, en yüksek intihar oranları 45-64 arası ve 85 üstü yaş

gruplarında görülmektedir (107). İntihar sıklığı oranları ülke, cinsiyet, yaş, intiharın nasıl gerçekleştirildiği gibi değişkenlere bağlı olarak önemli ölçüde değişebilmektedir(108).

DSÖ verilerine göre dünyada tamamlanmış intiharların yaklaşık %75'i düşük ve orta gelirli olan ülkelerde gerçekleşirken, intihar sonucu gerçekleşen ölümlerin erkek/kadın oranı 1,7 civarında olduğu görülmektedir (12). Ayrıca intihar hızı, ülkeler ve kültürler arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Örneğin, Çin'de intihar nedeniyle ölümlerin toplam ölümler içinde %3,6 oranında olduğu belirlenmiştir (109). Hindistan'daki ulusal suç kayıt bürosunun verilerine göre, intihar ölümleri arasında en yaygın on sebep arasında bulunmaktadır. Ayrıca, intihar, Hindistan'da 16-35 yaş aralığındaki bireyler için en önemli ölüm sebepleri arasında ilk üçte yer almaktadır (110). Japonya, dünyada en yüksek intihar oranlarına sahip ülkelerden biridir. Ulusal polis teşkilatının verilerine göre, 1998 yılında 32 863 intihar vakası kaydedilirken, 2001 yılında bu sayı 31 042'ye düşmüştür (111). Litvanya, 1995 yılından bu yana intihar mortalite oranlarının stabil kalmasına rağmen, Avrupa'nın en yüksek mortalite oranlarına sahip ülkesi olmaya devam etmektedir. 2002 yılında intihar oranı 44 : 100 000 olarak belirlenmiş olup, bu rakam Avrupa Birliği ortalamasının yaklaşık dört katı, İskandinav ülkelerine göre ise ortalama üç kat daha fazladır(112). Son yıllarda Hong Kong'da intihar oranlarında belirgin bir artış gözlemlenirken, intihar nedeniyle meydana gelen ölümlerin çoğunluğunun 25-39 yaş arasındaki erkeklerde gerçekleştiği belirtilmektedir (113).

İntihar girişiminde bulunmaları nedeniyle ölüm ile karşılaşan bireylerin ruh sağlığı önemli bir şekilde etkilenmektedir (114). İntiharın ruh sağlığı üzerindeki etkileri, yalnızca intihar eden kişinin ailesiyle sınırlı kalmayıp, bu kişiyle bağlantılı olan birçok insanı da etkilemektedir. Cerel ve arkadaşlarının araştırmasına göre, her intihar, intihar eden kişiyi tanıyan 135 kişiyi etkilemektedir (115). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ise Türkiye'de 2019'da 3406 birey hayatını intihardan dolayı kaybederken kaba intihar hızı yüz binde 4,12 olarak hesaplanmıştır. İntihar eden kişilerin %22,9'u kadın, %77,1'i ise erkekler olurken, intiharın en sık görüldüğü yaş aralıkları kadınlarda 15-19 yaşları aralığında %15,8, erkeklerde 20-24 yaşları arasında %11,6; genel olarak ise 20-24 yaşları aralığında ise %12,2 oranlarında hesaplanmıştır. Aynı verilere göre intiharların %43,1'i 15-34 yaş aralığındaki bireyler tarafından gerçekleşmektedir (116.).

İntihar girişimi oranları genellikle kadınlarda erkeklerden daha yüksek olurken, fakat tamamlanmış intihar eylemi oranı ise erkeklerde kadınlardan daha yüksek orana sahip olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak erkek bireylerin kullanmış olduğu intihar yöntemleriyle alakalı olduğu düşünülmektedir (117). Türkiye'de 2019 yılında yapılan

araştırmaya göre ası yöntemiyle intihar hem kadınlarda hem erkeklerde en çok tercih edilen yöntem olurken toplam vakaların %47,8'ini oluşturmaktadır. İkinci sırada en çok tercih edilen intihar yöntemi ise kadınlarda %24 oranında yüksekten atlama, erkeklerde ise %31,9 ile ateşli silah kullanımı olmuştur (116).

### **2.2.3. İntiharın etiyolojisi**

#### **2.2.3.1. Psikososyal görüşler**

İntiharla alakalı bazı psikososyal görüşler şöyledir. Freud' a göre hayali ya da gerçekte kaybedilen sevgi nesnesine karşı bir özlem duygusu vardır ve sonra bu sevgi nesnesine yönelik olan özlem yerine bilinç dışı nefret duygusu meydana gelmektedir. Bu nefret sonrasında süper ego, egoyu yaşama hakkı olmadığını veya içe alınmış nesnelerin cezalandırılması gerektiğini söyleyerek cezalandırmaktadır. Bunun sonucunda, yaşama hakkı olmadığını düşünen birey intiharı düşünmektedir (92). Durkheim'e göre ise intihar bireysel bir eylem değildir. Bireyin kendini içinde bulunduğu toplumun bir parçası olarak gördüğü ve gerçekçi olmayan istekleri toplumsal olarak kontrol edilmeye çalışıldığı için isteklerinin bu baskıya karşı zayıf veya çok baskın olması nedeniyle intihar eylemi oluşmaktadır (105). Emile Durkheim, birey ve toplum arasındaki farklı ilişki türlerine göre intihar türlerini sınıflandırmıştır. Egoist intihar, birey sosyal olarak soyutlandığında veya toplumda yeri olmadığı düşüncesine kapıldığında kendini yok etmektedir. Bu intihar şekli, özgecil duyguları olmayan, genellikle benmerkezci olan kişilerin yaptığı intihar türüdür (118). Fedakâr intihar türünde ise birey ve toplum aşırı bütünleşme içindedir. Birey, kendi eceliyle ölmekten utanç duyarken, savaş veya toplumun uygun gördüğü şekilde ölmeyi kutsal saymaktadır (119). Anatomik intihar türünde ise bunalım, güç ve servette beklenmedik bir artış veya ekonomik çöküntü gibi sebepler nedeniyle aniden ortaya çıkan bir durum sonucu bireyin dengesi bozulduğu için intihara sürüklenmektedir (118).

Menninger intiharı, insanın içinde var olan "ölme, öldürme ve öldürülme" arzularının sonucu olduğunu düşündüğü için bir tür savaş hali olarak görmektedir. Bireyin başkasını öldürme arzusunun başarısız olması nedeniyle, birey bu isteği kendine yönelterek intihar davranışında bulunmaktadır (120). Beck' e göre ise intihar, bilişsel üçlü kavramı ile açıklanmıştır. Bu kavramlar bireyin kendisine, başka kimselere ve geleceğe karşı olan olumsuz düşünceleridir. Beck kişilik bozukluğu olan bireylerin akut sıkıntılı zamanlarında, depresyondaki bireylerin ise kendini, evreni ve geleceğini olumsuz görmesi nedeniyle intihar ettiğini bildirmiştir (121). Sheneidman'a göre bireyin ruhsal ihtiyaçlarının engellenmesinden kaynaklanan dayanılmayacak acı ve problemler nedeniyle egonun

zayıflaması ve çözüm olarak intiharı düşünmesi şeklinde açıklamıştır (122). Joiner'a göre bireyin tekrar tekrar acı veren olaylara maruz kalması nedeniyle birey acı, yaralanma ve ölüme karşı "edinilmiş intihar kapasitesi" diye adlandırılan bir korkusuzluk kazanmaktadır. Joiner ve arkadaşları tarafından geliştirilen Kişilerarası İntihar Teorisi'ne göre birey sadece hem ölme arzusu hem de kendini öldürme eylemini gerçekleştirebilme gücüne sahip olduğu zaman ciddi bir intihar davranışında bulunmaktadır (123).

#### **2.2.3.2. Nörobiyolojik görüşler**

Aile, ikiz ve evlat edinme araştırmaları incelendiğinde, intiharın kalıtsal bir yönü olduğu ortaya çıkmaktadır (124). İntihar ve duygu durum bozuklukları klinik olarak birbirleriyle örtüşmekte ve intihar riskinin en çok mevcut bir psikiyatrik bozukluk tarafından artırıldığı bilinmektedir. Ancak bazı hastaların intihar girişiminde bulunmamaları, intihar davranışının yapısal yatkınlık veya genetik eğilimle ilişkili olabileceğini ve bunun mevcut psikiyatrik hastalıklardan bağımsız olabileceğini göstermektedir. Bu durum, "intihar beyni" kavramını gündeme getirmektedir (125). İntiharın nörobiyolojisinde, serotonerjik sistemin disfonksiyonu, Hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin hiperaktivitesi, noradrenerjik hiperaktivite, dopaminerjik ve glutamaterjik sistemlerdeki bozukluklar, glial hücrelerdeki anormallikler, sinyalizasyon hataları ve mikrogliozis gibi faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir (126).

Schlegel ve ekibi (1989) tarafından gerçekleştirilen intihar davranışıyla ilgili ilk beyin Bilgisayarlı Tomografi (BT) çalışmasında, depresyon tanısı almış 44 hastanın beyin ventrikül boyutları ile intihar eğilimleri arasında bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (127). İntihar davranışıyla ilgili gerçekleştirilen ilk Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) çalışmasında, Alzheimer hastalığı tanısı almış 28 bireyin psikiyatrik belirtilerinin sıklığı ile derin beyaz cevher lezyonları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Sonuçlar, psikiyatrik belirtileri olan ve olmayan gruplar arasında derin beyaz cevher lezyonları açısından anlamlı bir fark bulunmadığını göstermiştir (128). Ancak, aynı çalışmada intihar düşünceleri gibi ciddi septomlar ile frontal beyaz cevher lezyonları arasında bir bağlantı olduğu vurgulanmıştır (125). Bir çalışmada, intihar girişimi öyküsü bulunan ve bulunmayan majör depresyon tanısı almış gruplar karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada, intihar girişimi öyküsü olan hastaların manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulgularında subkortikal gri cevherde hiperintens odaklar tespit edilmiştir. Yazarlar, özellikle bazal gangliyonlardaki gri Pompili ve arkadaşları (2008), majör duygulanım bozukluğu (bipolar bozukluk tip I, tip II ve unipolar MDB) tanısı olan 99 hastanın beyin MRG çalışmalarını incelemişlerdir. Çalışma sonucunda,

intihar girişiminde bulunan hastaların beyaz cevher hiperintensitelerinin farklı olduğu bulunmuştur. Yazarlar, yaş değişkeni dışlansa bile periventriküler beyaz cevher hiperintensitelerinin intihar davranışı ile önemli bir ilişki taşıdığını belirtmişlerdir (130).

#### **2.2.4. İntihar için risk faktörleri**

Çeşitli araştırmalar, ergenler arasında kızların erkeklere kıyasla intihar düşüncelerine daha fazla sahip olduğunu ve intihar girişiminde bulunma olasılıklarının da daha yüksek olduğunu göstermektedir (135). Erkeklerde, ergen veya ileri yaşta olmak intihar riskini arttırırken, kadınlarda, genç yaşta olmak intihar davranışı riskini arttırmaktadır (106). Yaş dağılımlarına bakıldığında ise intihar 15-24 yaş aralığında yoğunlaşmakta, İntihar oranı ise 45-65 yaşları arasında hızla artmaktadır (136).

Durkheim ve Halbwachs'e göre evlilik ve çocuk sahibi olmak intiharı önleyici bir etmendir. İntihar evlilere oranla bekârlarda, boşanmış veya ayrı yaşayan çiftlerde daha sık görülmektedir (137). Ancak tersi sonuçları veren çalışmalarda mevcuttur. (138, 139). Lezbiyen, gey, biseksüel ve transseksüel bireylerde intihar riski diğer bireylere göre daha çok artmaktadır, hatta bazı ülkelerde transseksüel bireylerde yaşam boyu intihar girişimi oranlarının %30-50'ye kadar ulaşmaktadır (140).

İntihar ile ilgili psikolojik otopsi çalışmalarında, bireyin geçmişteki intihar girişimlerinin, gelecekte intihar davranışının gelişmesine zemin hazırladığı belirtilmektedir(141-143). Ruhsal bozukluğu olan ve intihar eden bireylerin %25'inin, hayatlarını kaybetmeden önce bir ruh sağlığı kliniğinde tedavi geçmişi bulunmaktadır (144). Yaşam boyu risk açısından incelendiği zaman mortalite riski majör depresyon için 20 kat, BB için 15, distimi bozukluğu için 12 kat, şizofreni için 8,43 kat, obsesif kompulsif bozukluk için 11,5 kat, panik bozukluk için 10 kat, kişilik bozuklukları için yedi kat, yeme bozukluğu için 23 kat arttığı görülmektedir. Ayrıca BB'de yaşam boyu intihar riskinin genel olarak tek kutuplu majör depresyona benzer olduğu tespit edilmiştir (145).

#### **2.2.5. Bipolar bozukluk ve intihar**

Dünyanın farklı ülkelerindeki intihar istatistikleri incelendiğinde, intihar vakalarının %90'ından fazlasında ölüm öncesi dönemde bir veya daha fazla Eksen 1 bozukluğu bulunduğu tespit edilmiştir. İntihar olaylarından önce en yaygın görülen temel tanılar arasında majör depresif bozukluklar, şizofreni ve madde kullanım bozuklukları yer almaktadır. Psikiyatrik bozukluklar ile intihar riski üzerine yapılan araştırmalarda, unipolar majör depresyon ve iki uçlu bozukluk (İUB) ayrı ayrı ele alınmıştır (146). Unipolar majör

depresyon tanısı almış bireylerde intihar riski, İUB tanısı olan bireylere göre daha yüksektir. Bunun arkasında yatan neden, unipolar depresyon tanısının izleme sürecinde daha sık konulması ve İUB II hastalarının çoğunun unipolar majör depresyon alt grubuna dahil edilmesidir. İUB I ve II hastalarının yaşam boyu intihar girişimi oranları, unipolar depresyon hastalarına göre belirgin şekilde yüksektir. Ancak, İUB I ve II alt grupları karşılaştırıldığında, intihar girişimi öyküsü İUB II hastalarında daha fazladır(101). Tamamlanmış intihar vakaları incelendiğinde de İUB II hastalarının İUB I hastalarından daha çok olduğu görülmektedir (147).

### **2.3. Bilinçli Farkındalık**

Türk Dil Kurumu'na göre "farkında olmak" terimi, "görülmesi ya da bilinmesi gereken konulardan haberdar olmak, anlaşılması gereken bir duruma dikkat etmek" şeklinde tanımlanmaktadır (148). Farkındalık, uyarıların bilinçli bir şekilde kaydedilmesi ve gerçeklikle en yakın ve doğrudan etkileşimimizdir (26). Farkında olma durumu, üç basamakta incelenebilir: temel farkındalık, kendilik farkındalığı ve bilinçli farkındalıktır. Temel farkındalık, canlıların hayatta kalması ve dış faktörlerden korunması için gereklidir (149). Kendilik farkındalığı, bireyin kendisini algılama ve fark etme yeteneğidir (150). En üst basamak olan bilinçli farkındalık ise, anı önyargılardan arınmış bir şekilde dikkatle yaşama durumunu ifade etmektedir (151).

Bilinçli farkındalık, şu anı deneyimleyerek odaklanmayı ifade etmektedir. Bu kavram, bireylerin düşünceleri, duyguları, eylemleri ve çevreleri hakkında net bir farkındalık geliştirmelerini vurgulayarak ve "saf ve berrak dikkat" olarak tanımlamaktadır. Bilinçli farkındalığı hayata geçirmek basit bir mantığa sahip olsa da, bunu başarmak için yoğun pratik ve tutum değişiklikleri gereklidir (152-155).

Germer, bilinçli farkındalık uygulamalarının üç temel bileşenini durmak, gözlemlemek ve geri dönmek olarak tanımlamaktadır. Durdurmak farkındalığı davet ederken, gözlemlemek yaşanan deneyimle duygularının farkına varmasını sağlar ve geri dönme ise kişi dikkatinin dağıldığını fark ettiğinde, zarifçe onu odağına geri döndürür (156).

Alan yazın incelendiğinde, farkında olmanın yani bilinçli farkındalığın ana merkezinde kişinin deneyimlerinin nezaketle ve yargılama olmaksızın kabul edilmesi, yani kabullenme olduğu görülmektedir (157-158). Hayes (2016), bilinçli farkındalığın odak noktası olduğu terapileri "üçüncü dalga bilişsel-davranışçı terapiler" olarak tanımlamakta ve bu terapilerin önceki nesil davranışsal ve bilişsel terapileri yeniden şekillendirme ve sentezleme

yeteneğine sahip olduğunu vurgulamaktadır (159). Hepsinin temelinde, yaşantıları bastırmak yerine anı yaşama ve onları düzenleme arzusunun artması yatmaktadır (35).

### **2.3.1. Bipolar bozukluk ve bilinçli farkındalık**

Bipolar Bozukluk (BB) tanısı almış hastalar üzerinde gerçekleştirilen klinik ve epidemiyolojik araştırmalar, farmakoterapiye rağmen bu hastaların ötimik evrede bile sıkça kalıntı belirtiler yaşadıklarını ortaya koymaktadır (160).Bilinçli farkındalık (BF), bir bireyin mevcut an içinde gerçekleşen olaylara yargılamadan ve kabul edici bir tutumla dikkatini yönlendirmesi olarak tanımlanır. Her insan, farklı derecelerde de olsa BF yeteneğine sahiptir (161). BF düzeyi yüksek olan bireylerin uyumlu başa çıkma stratejilerini daha çok kullanırken, kaçınan başa çıkma becerilerini daha az kullandıkları gözlenmektedir (162). BB hastalarında, bilinçli farkındalık (BF) artırıcı müdahalelerin mani/hipomani ve depresif belirtiler üzerindeki etkileri konusunda çelişkili bulgular bulunmaktadır. Ancak, bu çalışmaların sonuçları, remisyon döneminde BF düzeylerini artırmanın atak gelişimini koruyucu bir şekilde etkileyebileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle, BB hastalarında mevcut BF düzeyleri ile atak sıklığı arasındaki ilişkiyi araştırmak önem kazanmıştır(163). BB'de tedaviye uyumsuzluk, içgörü eksikliği, hastalığın farkında olmama durumu ve bilişsel eksiklikler, atakların ortaya çıkmasını veya gelişme eğilimini kolaylaştıran etkenler olarak belirtilmektedir (164). İçgörü eksikliği, bazı hastaların manik belirtileri istemesine ve bu nedenle ilaç kullanmayı ertelemelerine veya reddetmelerine yol açmaktadır. BB olan bireylerin ilaç uyumu ile içgörü düzeyleri arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır (165). Farkındalığın artırılması, mani ve depresyonun erkenbelirtilerinin tanınmasını kolaylaştırarak, belirtilere zamanında müdahale edilmesini sağlayabilir ve yeni atak dönemlerini önleyebilir. Bu durum, yüksek BF düzeyine sahip BB hastalarının tedaviye uyumlarının ve içgörü düzeylerinin daha yüksek olabileceğini, dolayısıyla daha az atak yaşayabileceklerini öngörmektedir (163).

### **2.3.2. İntihar ve bilinçli farkındalık ilişkisi**

Kara ve Ceyhan (2017) tarafından yapılan bir çalışmada, üniversite öğrencileri arasında depresyon ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma bulguları, bilinçli farkındalık düzeyi yüksek olan katılımcıların öz kontrol düzeyleri arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığını göstermektedir (30). Alanyazının incelenmesi sonucunda, bilinçli farkındalığın acıyı ve bu acıya verilen duygusal tepkileri azalttığı tespit edilmiştir (166-167). Ayrıca bilinçli farkındalığın, stres hormonlarının etkili olduğu alanların aktivitesini azalttığı

ve iyi olma hali ile öğrenme üzerinde olumlu etkiler yarattığı gözlemlenmiştir (168-169). Literatürdeki bu bilgilere bakıldığında intihar ile bilinçli farkındalığın ilişkili pozitif yönde bir ilişkisi olabileceğine işaret etmektedir.

### **2.3.3.Bilinçli farkındalık (mindfulness) ile ilgili yapılan araştırmalar**

Farkındalık becerilerini geliştirmek amacıyla, Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (FTSAP), Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (FTBT), Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), Diyalektik Davranış Terapisi (DDT) gibi standartlaştırılmış tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Bu yöntemlerin olumlu etkileri çeşitli araştırmalarla kanıtlanmıştır (170). FTSAP, 1980'lerin başında Jon Kabat-Zinn tarafından bilinçli farkındalık uygulamaları için oluşturulan en eski ve en yaygın yöntemdir (171). Norouzi ve ekibinin (2019) gerçekleştirdiği çalışmada, İranlı futbolcular üzerinde FTSAP'nin stres, kaygı ve depresyon üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Katılımcılar, deney ve kontrol grubu olarak iki gruba ayrılmış ve deney grubuna sekiz hafta süresince FTSAP uygulanmıştır. Araştırma bulgularına göre, kontrol grubunda herhangi bir değişiklik gözlemlenmezken, deney grubundaki katılımcıların stres, kaygı ve depresyon seviyelerinde azalma, psikolojik iyilik hallerinde ise artış meydana gelmiştir (172). Teasdale ve ekibi (1995) tarafından oluşturulan FTBT müdahale programı, majör depresyon Atia ve Sallam (2019) tarafından gerçekleştirilen yarı-deneysel araştırmada, bilinçli farkındalık teknikleri eğitiminin depresyon, stres ve kaygı üzerindeki etkileri incelenmiştir. Eğitimde, bilinçli farkındalık ile nefes alma ve yeme gibi teknikler depresyon tanısı olan bireylere öğretilmiştir. Ön-test ve son test sonuçları, bu tekniklerin bireylerin depresyon, stres ve kaygı seviyelerinde anlamlı bir azalma sağladığını göstermiştir (174). Medvedev ve ekibinin 2018 yılında yaptığı araştırmada, yüksek bilinçli farkındalık eğiliminin düşük depresyon, stres ve kaygı seviyeleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (175). Le Pera (2011) tarafından gerçekleştirilen bir araştırma, bilinçli farkındalık seviyesinin artmasıyla birlikte kaygı, depresyon ve madde bağımlılığında azalma gözlemlendiğini ortaya koymuştur (176). Schneider ve ekibinin (2019) gerçekleştirdiği araştırmada, düşük bilinçli farkındalık seviyesinin depresyon, kaygı ve uykusuzluk ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (177). Kısmetoğlu (2019) tarafından yapılan araştırma, düşük düzeyde bilinçli farkındalığın kaygı düzeyinin artması ve duygu düzenlemenin işlevsizliği ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Buna karşın, yüksek düzeyde bilinçli farkındalık, kaygıyı kontrol etmede olumlu etkiler sağlamaktadır. Bilinçli farkındalığın, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve kaygı ile ilişkili bozukluklarda kaygıyı yönetmede etkili olabileceği sonucuna varılmıştır (170).

#### **2.4. İntihar Riski Olan Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Psikiyatri Hemşiresinin Rolü**

Kronik hastalıklarda, hemşirelik bakımının sistematikleşmesi ve bütüncül değerlendirme imkânı sunması, kuram ve modeller çerçevesinde bireylere verilecek bakımın önemini vurgulamaktadır (178). Dülgerler, hemşirelik sürecinde oluşturulan bakım planının, hastanın bireyselliğine dikkat edilerek ve hasta ile ailenin katılımı sağlanarak geliştirildiğini belirtmektedir. Bu yaklaşım, bireyin kendi sağlığı ve davranışları hakkında öğrenme fırsatları sunarak gerçekçi katılımını desteklemektedir (179). Ruh sağlığı hemşireleri, bireyin iyileşme sürecini destekleyen çeşitli müdahaleleri klinik ortama entegre etme ve etkinliklerini değerlendirme konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Psikiyatri hemşireleri, kronik ruhsal hastalığı olan hastalarla sık etkileşimde bulunarak, hemşirelik tanıları ve uyguladıkları bakım faaliyetleri ile öz yönetimi desteklemektedir (180). Yapılan araştırmalar, psikiyatri hemşirelerinin kronik ruhsal hastalığı olan bireyler için geliştirdiği hemşirelik modellerine dayalı bakım planlarının, bireylerin iyileşmelerine olumlu etkiler sağladığını göstermektedir. Psikoeğitim, ruhsal hastalığı olan bireylere bakım veren psikiyatri hemşirelerinin, bireylerin iç görü kazanmasını ve uyum sürecine katkı sağlamayı hedefleyen bir faaliyetidir. Bu süreç, öz yönetim bileşenleri ile ilişkilidir. (181-183).

Gelişmiş ülkelerde intihar girişimlerinin önlenmesi, okul, toplum ve sağlık sistemi gibi üç alanda yürütülürken, ülkemizde bu konuda yeterli önlemler alınmamaktadır ve müdahaleler genellikle intihar olaylarından sonra gerçekleştirilmektedir (184-185). Hemşireler, hastaların rollerine ve aktivitelere geçişini kolaylaştırmak amacıyla çeşitli girişimlerde bulunabilirler. Bu girişimler arasında bilgi sağlama, hedef ve amaçları birlikte belirleme, becerileri geliştirme, anksiyete ile başa çıkma yöntemleri sunma, kaynaklara erişim sağlama, sorunlarla karşılaşıldığında danışmanlık yapma, destek gruplarına yönlendirme ve yasal çerçeve içinde rehberlik etme yer almaktadır (39). Bu nedenle intihar girişiminde bulunan bireylerin bakımında hemşireler önemli bir rol oynamaktadır. Hemşireler, bütüncül yaklaşımları ve hasta ile aileleriyle uzun süreli ilişkileri sayesinde ihtiyaçları erken tespit edip karşılayabilirler. Araştırmalar, psikiyatri hemşirelerinin bu hastalara acil servis hemşirelerine göre daha olumlu yaklaştığını göstermektedir (186). İntihar riski taşıyan bireylerle çalışan hemşireler,

- Hastalarının intihar düşüncelerini sorgulamalı ve gerektiğinde güçlü kararlar alabilmeli. Bu sorular, intihar riskini artırmak yerine hastaların problemlerini paylaşmalarına yardımcı olarak tedavi edici bir etki yaratır.

- Hemşireler, değerlendirme yapmadan önce hastayı dinlemeli ve duygusal ifadelerini cesaretlendirmeli.
- İntihar düşüncelerinin açıkça tartışılması, hastanın ümitsizliğini anlamaya yönelik bir adım olup terapötik ilişkiyi güçlendirir. Ayrıca, intihar düşüncelerinin konuşulması sırasında, hastanın neden ölmek istediği belirlenmeli ve konuşma, yaşamın ve ölümün avantajları ile dezavantajlarını kapsayacak şekilde yönlendirilmeli.
- Hastalarla yargılamadan ve küçümsemeden konuşulmalı, hastaya ahlaki dersler vermekten kaçınılmalı.
- Hemşirenin, kendi sözlü veya sözsüz ifadelerine dikkat etmesi önemlidir. Sorunsuz ya da tüm sorunları çözebilen bir insan imajı çizmekten kaçınılmalı ve kişisel açıklamalarını yalnızca güvenli ortamı oluşturulduktan sonra yapmalı.
- Hastanın intihar isteği yoğunlaştığında hem özgüven hem de başkalarına güven duyma hissinin gelişmesi için bu durumu ifade etmesi teşvik edilebilir. Bu yaklaşım, hastanın her zaman ulaşabileceği bir destek kaynağı bulabilmesi anlamına gelmektedir (186).

Dolayısıyla hemşireler, intiharların önlenmesinde yalnızca hastane ortamında değil, aynı zamanda toplumsal düzeyde de önemli bir rol oynamaktadır. Birçok ülkede intiharı önlemek amacıyla hemşirelerin aktif olarak yer aldığı ve eğitimin ön planda olduğu çeşitli programlar bulunmaktadır. Örneğin, ABD'de Akıl Sağlığı Merkezi tarafından yürütülen "Signs of Suicide - SOS", Kanada'da Gençlik Ruh Sağlığı Merkezi tarafından uygulanan "Applied Suicide Intervention Skills Training - ASIST" ve Avustralya'da yürütülen "Suicide Prevention Strategy - NSPS" gibi programlar bu kapsamda öne çıkmaktadır (187-189).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı desende yürütülmüştür.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastalar ile yapıldı. Araştırma verileri Mart 2024 ve Aralık 2024 tarihleri arasında toplandı.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın kapsamı, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören bireylerden oluştu. "Bipolar bozukluğu olan bireylerde hemşire gözlemi ile mani belirtileri ve intihar olasılığının değerlendirilmesi" başlıklı çalışmada, intihar olasılığı ölçeği puan ortalaması ( $77.57 \pm 11.32$ ) göz önünde bulundurularak,  $\alpha=0.05$  ve güç= $0.80$  değerleri ile 3 birimlik sapma dikkate alınarak minimum örneklem büyüklüğü 112 olarak hesaplandı (190). Araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan 117 hasta araştırmanın örneklemi oluşturdu.

##### Araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

- 18 yaş ve üstü olan,
- DSM 5 Kriterlerine göre Bipolar bozukluk tanısı alan,
- Okuma yazma biliyor olan,
- Çalışmaya katılım için gönüllü olan bireyler dâhil edildi.

##### Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Görüşmeyi sürdürmeye ve anketleri doldurmaya fiziksel ve bilişsel engelleri olan ya da dâhil edilme kriterlerini karşılamayan hastalar dâhil edilmedi.

#### 3.4. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından Psikiyatri Servisi'nde yatarak ve Psikiyatri Polikliniği'nde ayakta tedavi gören hastalar ile yüz yüze görüşülerek araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra toplandı. Verilerin toplanması yaklaşık 20-25 dakika sürdü.

### **3.4.1. Veri toplama araçları**

Veriler; Sosyodemografik Bilgi Formu, Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE), İntihar olasılığı ölçeği (İÖÖ), Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BFÖ) ile toplandı.

#### **3.4.1.1. Kişisel veri formu (EK-1)**

Sosyodemografik bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm katılımcının sosyodemografik özelliklerinden oluşmaktadır. İkinci bölüm ise psikiyatrik veya fiziksel bir rahatsızlık durumu, ilaç kullanımı, intihar düşüncesi veya intihar girişimi gibi sorulardan oluşmaktadır.

#### **3.4.1.2. Young mani derecelendirme ölçeği (YMDÖ) (EK-2)**

Ölçek, üç kişilik bir ekip tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve ardından İngilizceyi iyi bilen bir psikiyatrist tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Türkçe'den İngilizce'ye yapılan çeviri, ölçeğin orijinal haliyle karşılaştırılarak yeterli bulunmuştur. Bu ölçek, tanı koymak amacıyla değil, mevcut manik durumun şiddetini belirlemek için kullanılmaktadır. Ölçekteki her bir üst basamağın, kendisinden önceki alt basamakları kapsadığı kabul edilmektedir. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), 11 maddeden oluşan ve her madde için beş şiddet derecesi içeren bir ölçektir. İletişim kurması zor olan hastaların daha iyi değerlendirilmesi amacıyla bazı maddelere iki katı ağırlık verilmiştir. Ölçek, deneyimli bir klinisyen tarafından 15-30 dakikalık bir görüşme ile uygulanmakta ve hastanın son 48 saat içindeki öznel kanaatleri ile klinisyenin (Hemşire) gözlemlerine dayanarak şiddet derecelendirmesi yapılmaktadır. Görüşme sırasında klinisyenin değerlendirmesi önceliklidir, ancak servis personeli ve hasta ailesinden de bilgi alınabilir. İlerleyen yıllarda hastaların değerlendirilme süresi bir haftaya kadar uzatılmış ve bu süreçte hastanın yakınları ile servis çalışanlarının gözlemlerine de başvurulmuştur. Bir geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, 0-4 puan aralığındaki maddelerde klinisyenin karar verememesi durumunda (örneğin, 2 mi yoksa 3 mü olduğu konusunda) daha yüksek puanın verilmesi önerilmektedir. 0-8 puan aralığındaki maddelerde ise, aradaki değer alınması (örneğin, 2 mi yoksa 4 mü karar verilemiyorsa 3 puan verilmesi gibi) tavsiye edilmektedir. Ölçekten alınabilecek puan aralığı en az 0, en fazla ise 60'dır. 12 puan ve üzeri mani belirtisi olarak kabul edilmektedir. Karadağ ve arkadaşları, Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini incelemişlerdir. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0.79 olarak belirlenmiştir (191).

#### **3.4.1.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE) (EK-3)**

Hisli, ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışmasını gerçekleştirmiştir (192). Beck Depresyon Envanteri (BDE), depresyon belirtilerinin yoğunluğunu değerlendirmek için kullanılan bir araçtır (193,194). Bu ölçek, 21 maddeden oluşmakta ve dört farklı seçenek sunmaktadır. Ölçekten alınan 9 veya daha düşük bir puan, depresyonun bulunmadığını gösterirken, 24 ve üzeri bir puan ciddi düzeyde depresyonun varlığını işaret etmektedir. BDE'de toplam puan 9 veya daha az ise "depresyon yok", 10-16 arası "hafif", 17-23 arası "orta" ve 24 veya daha fazla ise "şiddetli depresyon" olarak sınıflandırılmaktadır (194). Bu testin geçerliliği ve güvenilirliği çeşitli kültürlerde incelenmiştir (195). BDE kullanılarak yapılan benzer araştırmalarda, kesim noktası ("cut off" değeri) olarak genellikle 17 değeri belirlenmiştir (192). Ölçeğin cronbach alfa katsayı değeri 0,854 olarak bulunmuştur (196).

#### **3.4.1.4. İntihar olasılığı ölçeği (İÖÖ) (EK-4)**

Cull ve Gill (1988) tarafından geliştirilen ölçek, yetişkinler ve ergenlerde intihar riskini belirlemek için kullanılmaktadır. Dört alt boyuttan oluşan ölçekte umutsuzluk (12 madde), intihar düşünceleri (8 madde), saldırganlık (7 madde) ve olumsuz benlik değerlendirmesi (9 madde) şeklindedir (197). Şahin ve Durak, 2000 yılında bir ölçeği Türk toplumuna uyarlayarak geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını gerçekleştirmiştir. Bu ölçek, 36 maddeden oluşmakta ve dört alt ölçeğe sahiptir: intihar düşüncesi, öfke-dürtüsellik, sosyal destek-benlik algısı ve umutsuzluk-yalnızlık (198). Ölçeğin özgün formunda, maddelere verilen yanıtlar şu şekildedir: "hiçbir zaman veya nadiren" (1), "bazen" (2), "sık sık" (3) ve "çoğu zaman veya her zaman" (4). Toplamda 36 maddeden oluşan ve 1-4 arası likert tipi puanlama kullanılan bu ölçeğin puan aralığı 36 ile 144 arasında değişmektedir. Yüksek puan alınması, intihar olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,93; test tekrar test güvenilirlik katsayısı ise 0,92 olarak belirlenmiştir (197).

#### **3.4.1.5. Bilinçli farkındalık ölçeği (BFÖ) (EK-5)**

Ölçek, Brown ve Ryan tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir ve bireylerin bilinçli farkındalık düzeylerini ölçmeyi amaçlamaktadır (26). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması Özyeşil ve arkadaşları (2011) tarafından gerçekleştirilmiştir (27). Toplamda 15 maddeden oluşan bu ölçek, tek bir alt boyuta sahiptir. Maddeler, 6 dereceli Likert ölçeği kullanılarak (1) Hemen hemen her zaman, (2) Çoğu zaman, (3) Bazen, (4) Nadiren, (5) Oldukça seyrek ve (6) Hemen hemen hiçbir zaman şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçek maddeleri 1 ile 6 arasında puanlanmakta ve bu puanlar toplanarak toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten

alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan ise 90'dır. Yüksek puanlar, bireyin bilinçli farkındalık düzeyinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise bu düzeyin düşük olduğunu göstermektedir (27). Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,80; test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise 0,86 olarak belirlenmiştir (199).

### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **3.5.1. Bağımlı değişken**

İntihar Olsılığı Ölçeği puan ortalaması.

#### **3.5.2. Bağımsız değişken**

Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Young Mani Derecelendirme Ölçeği puan ortalamaları.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 27.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümler ortalama ve standart sapma olarak verildi. Çalışmada yer alan parametrelerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemede ölçek skorlarının çarpıklık ve basıklık değerlerine bakıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerde ikili grup analizlerinde bağımsız student t-testi kullanıldı. Ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson korelasyon testi kullanıldı. Araştırmada yordayıcı etki basit doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi 0,05 olarak alındı.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Çalışma sonucu yalnızca araştırma kapsamındaki Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Psikiyatri Bölümünde yatarak tedavi gören 18-65 yaş arası, bipolar bozukluk tanısı dışında ek bir ruhsal hastalık tanısı almamış olan, bipolar bozukluk tanısı ile yatarak tedavi alan hastalara genellenebilir. Araştırmanın tek bir merkezde, sadece yatan hastalarla yürütülmesi araştırmanın sınırlılıklarındandır.

### **3.8. Araştırmada Etik Kurallar**

Araştırmaya başlamadan önce kullanılan ölçeklerin Türkçe için geçerlilik güvenirlik çalışması yapan yazarlardan ölçek izni (EK-6, EK-7, EK-8, EK-9) SANKO Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nda etik kurul izni (EK-10) Gaziantep

Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden kurum izni (EK-11) alındı. Araştırmaya katılan bipolar bozukluk tanılı bireylere araştırmanın amacı ve konusu hakkında bilgi verilip gönüllü olanların çalışmaya katılması sağlanarak onamları (EK-12) alındı.



#### 4. BULGULAR

Araştırmaya dâhil edilen katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’de verilmiştir. Tablo 4.1’e göre araştırmaya katılımcıların %53,8’i erkek, %46,2’si kadın, %29,9’u 18- 25 yaş aralığında, %29,9’u 26-35 yaş aralığında, %33,3’ü lise mezunu, %77,8’i çalışmıyor, %44,4’ünün geliri gideri eşit, %47,0’ı bekar, %51,3’ünün çocuğu yok, %50,4’ü ailesiyle yaşamakta, %65,0’ı sigara kullanmakta, %93,2’si alkol kullanmamakta, %92,3’ü madde kullanmamakta, %83,8’inin fiziksel bir hastalığı bulunmamakta, %86,3’ü duygu düzenleyici ilaç kullanmakta, %79,5’i antipsikotik ilaç kullanmakta, %76,1’i antidepresan kullanmamakta, %52,1’inin intihar düşüncesi bulunmakta, %70,1’inin daha önce intihar girişimi olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.)

**Tablo 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri(n=117).**

| Sosyodemografik Özellikleri      | n  | %    |
|----------------------------------|----|------|
| <b>Cinsiyet</b>                  |    |      |
| Erkek                            | 63 | 53,8 |
| Kadın                            | 54 | 46,2 |
| <b>Yaş</b>                       |    |      |
| 18-25                            | 35 | 29,9 |
| 26-35                            | 35 | 29,9 |
| 36-45                            | 30 | 25,6 |
| 46-56                            | 10 | 8,5  |
| 56 ve üzeri                      | 7  | 6,0  |
| <b>Eğitim Durumu</b>             |    |      |
| İlkokul                          | 31 | 26,5 |
| Ortaokul                         | 23 | 19,7 |
| Lise                             | 39 | 33,3 |
| Lisansve üstü                    | 24 | 20,5 |
| <b>Çalışma_durumu</b>            |    |      |
| Çalışıyor                        | 22 | 18,8 |
| Çalışmıyor                       | 91 | 77,8 |
| Emekli                           | 4  | 3,4  |
| <b>Gelir_Durumu</b>              |    |      |
| Gelir giderden az                | 51 | 43,6 |
| Gelir giderden fazla             | 14 | 12,0 |
| Gelir gidere eşit                | 52 | 44,4 |
| <b>Medeni_Durum</b>              |    |      |
| Evli                             | 43 | 36,8 |
| Bekar                            | 55 | 47,0 |
| Boşanmış                         | 19 | 16,2 |
| <b>Çocuk Durumu</b>              |    |      |
| Evet                             | 57 | 48,7 |
| Hayır                            | 60 | 51,3 |
| <b>Birlikte_Yaşadığınız_Kişi</b> |    |      |
| Yalnız                           | 10 | 8,5  |
| Aile                             | 59 | 50,4 |
| Eş çocuk                         | 31 | 26,5 |
| Diğer                            | 17 | 14,5 |

**Tablo 4.1. (Devamı)**

|                                                     |            |              |
|-----------------------------------------------------|------------|--------------|
| <b>Sigara_Kullanma_Durumu</b>                       |            |              |
| Evet                                                | 76         | 65,0         |
| Hayır                                               | 41         | 35,0         |
| <b>Alkol Kullanım Durumu</b>                        |            |              |
| Evet                                                | 8          | 6,8          |
| Hayır                                               | 109        | 93,2         |
| <b>Madde_Kullanma_Durumu</b>                        |            |              |
| Evet                                                | 9          | 7,7          |
| Hayır                                               | 108        | 92,3         |
| <b>Fiziksel_Hastalık</b>                            |            |              |
| Evet                                                | 19         | 16,2         |
| Hayır                                               | 98         | 83,8         |
| <b>Duygu_Durum_Düzenleyici_İlaç_Kullanma_Durumu</b> |            |              |
| Evet                                                | 101        | 86,3         |
| Hayır                                               | 16         | 13,7         |
| <b>Antipsikotik_İlaç_Kullanma_Durumu</b>            |            |              |
| Evet                                                | 93         | 79,5         |
| Hayır                                               | 24         | 20,5         |
| <b>Antideprasan_İlaç_Kullanma_Durumu</b>            |            |              |
| Evet                                                | 28         | 23,9         |
| Hayır                                               | 89         | 76,1         |
| <b>İntihar_Düşüncesi</b>                            |            |              |
| Evet                                                | 61         | 52,1         |
| Hayır                                               | 56         | 47,9         |
| <b>Daha_Önceki_Intihar_Girişimi</b>                 |            |              |
| Evet                                                | 35         | 29,9         |
| Hayır                                               | 82         | 70,1         |
| <b>Total</b>                                        | <b>117</b> | <b>100,0</b> |

**Tablo 4.2'ye** göre katılımcıların; İÖÖ umutsuzluk alt boyut puan ortalaması  $26,79 \pm 5,88$ , intihar düşüncesi alt boyut ortalaması  $19,12 \pm 5,30$ , kendini olumsuz değerlendirme alt boyut puan ortalaması  $19,33 \pm 5,54$ , düşmanlık alt boyut puan ortalaması  $13,01 \pm 4,143$  ve İÖÖ toplam puan ortalaması  $78,25 \pm 14,59$  dur. YMDÖ toplam puan ortalaması  $15,67 \pm 8,73$  olarak belirlendi. BDE toplam puan ortalaması  $20,51 \pm 12,84$  tür. BİFÖ toplam puan ortalaması  $54,36 \pm 13,25$  olarak belirlendi (Tablo 4.2.).

**Tablo 4.2. Katılımcıların İÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile YMDÖ, BDE ve BİFÖ toplam puan ortalamaları.**

| Ölçekler | Ölçek Toplam ve Alt Boyutları    | Minimum | Maximum | Ort.  | SS    |
|----------|----------------------------------|---------|---------|-------|-------|
| İÖÖ      | İntihar Olasılığı Ölçeği         | 40,00   | 121,00  | 78,25 | 14,59 |
|          | Umutsuzluk                       | 15,00   | 41,00   | 26,79 | 5,88  |
|          | İntihar düşüncesi                | 8,00    | 31,00   | 19,12 | 5,30  |
|          | Kendini olumsuz değerlendirme    | 9,00    | 35,00   | 19,33 | 5,54  |
|          | Düşmanlık                        | 7,00    | 28,00   | 13,01 | 4,143 |
| YMDÖ     | Young Mâni Derecelendirme Ölçeği | 2,00    | 44,00   | 15,67 | 8,73  |
| BDE      | Beck Depresyon Envanteri         | 0,00    | 63,00   | 20,51 | 12,84 |
| BİFÖ     | Bilinçli Farkındalık Ölçeği      | 24,00   | 88,00   | 54,36 | 13,25 |

İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği; YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği; BDE: Beck Depresyon Envanteri; BİFÖ: Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Tablo 4.3.'e göre; İÖÖ toplam puan ortalaması ile YMDÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). İÖÖ toplam puan ortalaması ile BDE toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p=0,000$ ;  $r=0,551$ ). İÖÖ toplam puan ortalaması ile BİFÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p=0,000$ ;  $r=-0,535$ ). YMDÖ toplam puan ortalaması ile İÖÖ alt boyutu olan umutsuzluk ( $p=,010$ ;  $r=,238$ ), ve düşmanlık alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır ( $p=,017$ ;  $r=,221$ ). YMDÖ toplam puan ortalaması ile BİFÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır ( $p=0,010$ ;  $r=-0,237$ ). YDMÖ toplam puan ortalaması ile BDE toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). BDE toplam puan ortalaması ile BİFÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p=0,007$ ;  $r=-0,248$ ) (Tablo 4.3.)

**Tablo 4.3. Katılımcıların İÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile YMDÖ, BDE ve BİFÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki.**

| Ölçekler ve Alt boyutları        | 1.      | 2.      | 3.      | 4.      | 5.      | 6.     | 7.      | 8. |
|----------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|----|
| 1. İÖÖ Toplam                    | 1       |         |         |         |         |        |         |    |
| 2. Umutsuzluk                    | 0,771** | 1       |         |         |         |        |         |    |
| 3. İntihar düşüncesi             | 0,645** | 0,295** | 1       |         |         |        |         |    |
| 4. Kendini olumsuz değerlendirme | 0,634** | 0,219*  | 0,220*  | 1       |         |        |         |    |
| 5. Düşmanlık                     | 0,753** | 0,624** | 0,282** | 0,303** | 1       |        |         |    |
| 6. YMDÖ Toplam                   | 0,161   | 0,238** | 0,062   | -0,055  | 0,221*  | 1      |         |    |
| 7. BDE Toplam                    | 0,551** | 0,506** | 0,244** | 0,368** | 0,418** | 0,073  | 1       |    |
| 8. BİFÖ Toplam                   | -,535** | -,436** | -,349** | -,272** | -,454** | -,237* | -,248** | 1  |

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). \*\* $p<0,01$ ; \* $p<0,05$ . İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği; YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği; BDE: Beck Depresyon Envanteri; BİFÖ: Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin intihar olasılıklarını, yordayıp yordamadığını ortaya koymak için basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Modelde katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin intihar olasılıklarını, hangi şekilde yordadığını saptamak için yapılan regresyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $F=19,541$ ,  $p<0,001$ ). Modele göre katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerini intihar olasılıklarının, %28'ini açıkladığı belirlenmiştir ( $R=0,535$ ,  $R^2=0,286$ ) (Tablo 4.4.).

**Tablo 4.4. Katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin intihar olasılıklarını yordama gücünün belirlenmesi.**

| Ölçekler                            | B       | Standardize hata       | Beta   | t                   | p     |
|-------------------------------------|---------|------------------------|--------|---------------------|-------|
| Sabit                               | 110,259 | 4,854                  |        | 22,715              | 0,000 |
| BİFÖ                                | -0,589  | 0,087                  | -0,535 | -6,786              | 0,000 |
| R: 0,535                            |         | R <sup>2</sup> : 0,286 |        | F: (46,050;p<0,000) |       |
| Predictors: (Constant), BİFÖ Toplam |         |                        |        |                     |       |

Katılımcıların depresyon düzeylerinin intihar olasılıklarını, yordayıp yordamadığını ortaya koymak için basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Modelde katılımcıların depresyon düzeylerinin intihar olasılıklarını, hangi şekilde yordadığını saptamak için yapılan regresyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (F=50,144, p<0,001). Modele göre katılımcıların depresyon düzeyleri intihar olasılıklarının, %30'unu açıkladığı belirlenmiştir (R=0,551, R<sup>2</sup>=0,304) (Tablo 4.5.).

**Tablo 4.5. Katılımcıların depresyon düzeylerinin intihar olasılıklarını yordama gücünün belirlenmesi.**

| Ölçekler                           | B      | Standardize Hata      | Beta                | t      | P     |
|------------------------------------|--------|-----------------------|---------------------|--------|-------|
| Sabit                              | 65,400 | 2,138                 |                     | 30,595 | 0,000 |
| BDE                                | 0,626  | 0,088                 | 0,551               | 7,081  | 0,000 |
| R: 0,551                           |        | R <sup>2</sup> :0,304 | F: (50,144;p<0,000) |        |       |
| Predictors: (Constant), BDE Toplam |        |                       |                     |        |       |

Katılımcıların İÖÖ toplam puanı, YMDÖ toplam ve alt boyut puanları, BDE toplam puanı ve BİFÖ toplam puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 4.6.'te verilmiştir. İÖÖ toplam puan ortalaması kadınların 82,06±11,32, erkeklerin 74,98±16,29 olduğu tespit edilmiştir. İÖÖ toplam puan ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Katılımcıların YMDÖ toplam puan ortalaması kadınların 16,63±8,86, erkeklerin 14,84±8,60 olduğu tespit edilmiştir. Kadın katılımcıların YMDÖ puan ortalamaları erkek katılımcıların puan ortalamalarından yüksek olsa da aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p>0,05). Katılımcıların BDE toplam puan ortalaması kadınların 22,76±11,45, erkeklerin 18,59±13,71 olduğu tespit edilmiştir. Kadın katılımcıların BDE puan ortalamalarının toplamı erkek katılımcıların puan ortalamalarından yüksek olsa da aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). BİFÖ toplam puan ortalaması kadınların 49,96±11,43, erkeklerin 58,12±13,62 olduğu ve ortalamaların cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi. BİFÖ puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır (p<0,05) (Tablo 4.6.).

**Tablo 4.6. Katılımcıların cinsiyete göre İÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile YMDÖ, BDE ve BİFÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.**

| Ölçeklerin Toplam ve Alt boyutları   | Cinsiyet | N  | Ort. ± SS   | t        | p                |
|--------------------------------------|----------|----|-------------|----------|------------------|
| <b>İÖÖ Toplam</b>                    | Erkek    | 63 | 74,98±16,29 | t=-2,756 | <b>p=0,007*</b>  |
|                                      | Kadın    | 54 | 82,06±11,32 |          |                  |
| <b>Umutsuzluk</b>                    | Erkek    | 63 | 25,49±6,13  | t=-2,636 | <b>p=0,010*</b>  |
|                                      | Kadın    | 54 | 28,30±5,25  |          |                  |
| <b>İntihar Düşüncesi</b>             | Erkek    | 63 | 18,123±5,49 | t=-2,226 | <b>p=0,028*</b>  |
|                                      | Kadın    | 54 | 20,28±4,86  |          |                  |
| <b>Kendini Olumsuz Değerlendirme</b> | Erkek    | 63 | 18,84±5,75  | t=-1,037 | p=0,302          |
|                                      | Kadın    | 54 | 19,91±5,29  |          |                  |
| <b>Düşmanlık</b>                     | Erkek    | 63 | 12,52±4,45  | t=-1,372 | p=0,173          |
|                                      | Kadın    | 54 | 13,57±3,71  |          |                  |
| <b>YMDÖ</b>                          | Erkek    | 63 | 14,84±8,60  | t=-1,105 | p=0,271          |
|                                      | Kadın    | 54 | 16,63±8,86  |          |                  |
| <b>BDE</b>                           | Erkek    | 63 | 18,59±13,71 | t=-1,768 | p=0,080          |
|                                      | Kadın    | 54 | 22,76±11,45 |          |                  |
| <b>BİFÖ</b>                          | Erkek    | 63 | 58,12±13,62 | t=3,478  | <b>p=0,001**</b> |
|                                      | Kadın    | 54 | 49,96±11,43 |          |                  |

\*Independent sample t-test; \*\*p<0,01; \*p<0,05. **İÖÖ**: İntihar Olasılığı Ölçeği; **YMDÖ**: Young Mani Derecelendirme Ölçeği; **BDE**: Beck Depresyon Envanteri; **BİFÖ**: Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Katılımcıların İÖÖ toplam puanı, YMDÖ toplam ve alt boyut puanları, BDE toplam puanı ve BİFÖ toplam puan ortalamalarının intihar düşüncesinin olup olmamasına göre karşılaştırılması Tablo 4.7.'te verildi. İÖÖ toplam puan ortalaması intihar düşüncesi olanların 81,18±14,46, intihar düşüncesi olmayanların 75,05±14,17 dir. İÖÖ puan ortalamaları intihar düşüncesinin olup olmamasına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır (p<0,05). İÖÖ puan ortalamaları intihar düşüncesinin olup olmamasına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır (p<0,05). İntihar düşüncesi olan katılımcıların YMDÖ toplam puan ortalaması 16,11±8,51, intihar düşüncesi olmayanların 15,18±9,01dir. Katılımcıların intihar düşüncesinin olup olmamasına göre YMDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). İntihar düşüncesi olan katılımcıların BDE toplam puan ortalaması 23,1±13,77, intihar düşüncesi olmayanların 17,64±11,16 olduğu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p<0,05). İntihar düşüncesi olan katılımcıların BİFÖ toplam puan ortalaması intihar düşüncesi olanların 53,02±12,48, intihar düşüncesi olmayanların 55,82±14,00 dır. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05) (Tablo 4.7.).

**Tablo 4.7. Katılımcıların intihar düşüncesi olup olmasına göre İÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile YMDÖ, BDE ve BİFÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.**

| Ölçekler | Ölçekler ve Alt boyutları     | İntihar Düşüncesi | n  | Ort. ± SS   | t        | p                |
|----------|-------------------------------|-------------------|----|-------------|----------|------------------|
| İÖÖ      | İÖÖ Toplam                    | Evet              | 61 | 81,18±14,46 | t=2,311  | <b>*p=0,023</b>  |
|          |                               | Hayir             | 56 | 75,05±14,17 |          |                  |
|          | Umutsuzluk                    | Evet              | 61 | 26,95±5,83  | t=0,314  | p=0,754          |
|          |                               | Hayir             | 56 | 26,61±5,98  |          |                  |
|          | İntihar düşüncesi             | Evet              | 61 | 20,64±4,86  | t=3,380  | <b>**p=0,001</b> |
|          |                               | Hayir             | 56 | 17,46±5,29  |          |                  |
|          | Kendini olumsuz değerlendirme | Evet              | 61 | 20,15±5,48  | t=1,671  | p=0,098          |
|          |                               | Hayir             | 56 | 18,45±5,52  |          |                  |
|          | Düşmanlık                     | Evet              | 61 | 13,44±4,05  | t=1,185  | p=0,239          |
|          |                               | Hayir             | 56 | 12,53±4,22  |          |                  |
| YMDÖ     | YMDÖ Toplam                   | Evet              | 61 | 16,11±8,51  | t=0,578  | p=0,565          |
|          |                               | Hayir             | 56 | 15,18±9,01  |          |                  |
| BDE      | BDE Toplam                    | Evet              | 61 | 23,1±513,77 | t=2,362  | <b>*p=0,020</b>  |
|          |                               | Hayir             | 56 | 17,64±11,16 |          |                  |
| BİFÖ     | BİFÖ Toplam                   | Evet              | 61 | 53,02±12,48 | t=-1,145 | p=0,254          |
|          |                               | Hayir             | 56 | 55,82±14,00 |          |                  |

Independent sample t-test; \*\*p<0.01; \*p<0.05. İÖÖ:İntihar Olasılığı Ölçeği; YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği; BDE: Beck Depresyon Envanteri; BİFÖ: Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Katılımcıların İÖÖ toplam puanı, YMDÖ toplam ve alt boyut puanları, BDE toplam puanı ve BİFÖ toplam puan ortalamalarının daha önce intihar girişiminin olup olmasına göre karşılaştırılması Tablo 4.8.'de verilmiştir.

Katılımcılardan daha önce intihar girişimi olanların İÖÖ toplam puan ortalaması 84,68±14,14, intihar girişimi olmayanların 75,50±13,97 dir. Katılımcıların intihar düşüncesinin olup olmasına göre İÖÖ puan ortalamaları anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır (p<0,05).

Daha önce intihar girişimi olan katılımcıların YMDÖ toplam puan ortalaması 14,57±7,06, intihar girişimi olmayanların 16,13±9,35 olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların daha önce intihar girişiminin olup olmasına göre YMDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Daha önce intihar girişimi olan katılımcıların BDE toplam puan ortalaması 26,57±14,34, daha önce intihar girişimi olmayanların 17,92±11,26 dır. BDE toplam puan ortalamaları intihar düşüncesinin olup olmasına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır (p<0,001).

Daha önce intihar girişimi olan katılımcıların BİFÖ toplam puan ortalaması 51,34±12,86, daha önce intihar girişimi olmayanların 55,64±13,27 olarak belirlenmiştir. BİFÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05) (Tablo 4. 8.).

**Tablo 4.8. Katılımcıların daha önce intihar girişiminin olup olmamasına göre İÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları, YMDÖ, BDE ve BİFÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.**

| Ölçekler | Ölçekler Toplam ve Alt boyutları | Daha önceki intihar girişi | n  | Ort. ± SS   | t        | p                |
|----------|----------------------------------|----------------------------|----|-------------|----------|------------------|
| İÖÖ      | İÖÖ Toplam                       | Var                        | 35 | 84,68±14,14 | t=3,243  | <b>p=0,002*</b>  |
|          |                                  | Yok                        | 82 | 75,50±13,97 |          |                  |
|          | Umutsuzluk                       | Var                        | 35 | 28,37±5,96  | t=1,926  | p=0,057          |
|          |                                  | Yok                        | 82 | 26,11±5,75  |          |                  |
|          | İntihar düşüncesi                | Var                        | 35 | 21,74±4,76  | t=3,683  | <b>p=0,001**</b> |
|          |                                  | Yok                        | 82 | 18,00±5,14  |          |                  |
|          | Kendini olumsuz değerlendirme    | Var                        | 35 | 20,65±5,40  | t=       | p=0,092          |
|          |                                  | Yok                        | 82 | 18,76±5,54  |          |                  |
|          | Düşmanlık                        | Var                        | 35 | 13,91±4,23  | t=1,554  | p=0,123          |
|          |                                  | Yok                        | 82 | 12,62±4,06  |          |                  |
| YMDÖ     | YMDÖ Toplam                      | Var                        | 35 | 14,57±7,06  | t=-,885  | p=0,378          |
|          |                                  | Yok                        | 82 | 16,13±9,35  |          |                  |
| BDE      | BDE Toplam                       | Var                        | 35 | 26,57±14,34 | t=3,492  | <b>p=0,001**</b> |
|          |                                  | Yok                        | 82 | 17,92±11,26 |          |                  |
| BİFÖ     | BİFÖ Toplam                      | Var                        | 35 | 51,34±12,86 | t=-1,620 | p=0,108          |
|          |                                  | Yok                        | 82 | 55,64±13,27 |          |                  |

Independent sample t-test; \*\*p<0,01; \*p<0,05. İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği; YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği; BDE: Beck Depresyon Envanteri; BİFÖ: Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Tablo 4.9.'a göre bipolar bozukluk tanılı hastaların çalışma durumlarına göre İÖÖ toplam puan ortalaması ile İÖÖ umutsuzluk ve intihar düşüncesi alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p<0,05). Çalışan bipolar bozukluk tanılı hastaların İÖÖ toplam puan ortalaması çalışmayan ve emekli olanlardan daha düşük olarak belirlenmiştir. Benzer şekilde çalışan bipolar bozukluk tanılı hastaların YMDÖ ve BDE puan ortalamaları çalışmayanlardan daha düşük bulunmuştur ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). Çalışan bipolar hastaların BİFÖ puan ortalaması ise çalışmayan ve emekli olanlardan yüksektir ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

**Tablo 4.9. Katılımcıların çalışma durumlarına göre İÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile YMDÖ, BDE ve BİFÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.**

| Ölçekler ve Alt boyutları |                               | Çalışma durumu |             |             | Test değeri | Anlamlılık    |
|---------------------------|-------------------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
|                           |                               | Çalışıyor      | Çalışmıyor  | Emekli      |             |               |
| Ölçekler                  | Alt boyutları                 | X± SS          | X± SS       | X± SS       | F           | p             |
| İÖÖ                       | İÖÖ Toplam                    | 68,77±13,65    | 80,81±14,11 | 72,25±6,34  | 7,104       | <b>0,001*</b> |
|                           | Umutsuzluk                    | 23,90±15,21    | 27,43±5,92  | 27,75±4,500 | 3,380       | <b>0,037*</b> |
|                           | İntihar düşüncesi             | 16,13±5,73     | 19,99±4,84  | 15,75±7,04  | 5,997       | <b>0,003*</b> |
|                           | Kendini olumsuz değerlendirme | 17,50±6,27     | 19,89±5,29  | 16,75±5,44  | 2,137       | 0,123         |
|                           | Düşmanlık                     | 11,18±3,47     | 13,49±4,21  | 12,00±3,55  | 2,982       | 0,055         |
| YMDÖ                      | YMDÖ Toplam                   | 13,95±6,87     | 15,83±8,65  | 21,20±17,50 | 1,263       | 0,287         |
| BDE                       | BDE Toplam                    | 16,22±10,51    | 21,53±13,39 | 20,75±7,36  | 1,531       | 0,221         |
| BİFÖ                      | BİFÖ Toplam                   | 59,10±16,60    | 53,28±11,64 | 52,75±24,21 | 1,753       | 0,178         |

Independent sample t-test; \*\*p<0,01; \*p<0,05. İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği; YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği; BDE: Beck Depresyon Envanteri; BİFÖ: Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Tablo 4.10.'a göre; bipolar bozukluk tanılı hastaların İÖÖ toplam puan ortalaması ve İÖÖ düşmanlık alt boyut puan ortalamalarının gelir durumuna göre karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Geliri giderinden az olan bipolar bozukluk tanılı hastaların İÖÖ toplam puan ortalaması, geliri giderinden fazla olan ve geliri giderine eşit olan bipolar bozukluk tanılı hastalardan yüksektir. Gelir durumuna göre hastaların YMDÖ, BDE ve BİFÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.10. Katılımcıların gelir durumlarına göre İÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile YMDÖ, BDE ve BİFÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.**

| Ölçekler ve Alt Boyutları |                               | Gelir Durumu      |                      |                   | Test değeri | Anlamlılık    |
|---------------------------|-------------------------------|-------------------|----------------------|-------------------|-------------|---------------|
|                           |                               | Gelir Giderden Az | Gelir Giderden Fazla | Gelir Gidere Eşit |             |               |
| Ölçekler                  | Alt Boyutları                 | X± SS             | X± SS                | X± SS             | F           | p             |
| İÖÖ                       | İÖÖ Toplam                    | 81,29±15,57       | 70,07±15,27          | 77,46±12,59       | 3,533       | <b>0,032*</b> |
|                           | Umutsuzluk                    | 27,70±5,81        | 24,00±5,67           | 26,63±5,86        | 2,259       | 0,109         |
|                           | İntihar düşüncesi             | 19,90±5,35        | 16,64±5,85           | 19,01±4,97        | 2,136       | 0,123         |
|                           | Kendini olumsuz değerlendirme | 19,82±5,54        | 18,64±5,16           | 19,03±5,69        | 0,377       | 0,687         |
|                           | Düşmanlık                     | 13,86±4,67        | 10,78±2,83           | 12,76±3,66        | 3,313       | <b>0,040*</b> |
| YMDÖ                      | YMDÖToplam                    | 15,66±8,43        | 13,78±7,01           | 16,17±9,48        | 0,408       | 0,666         |
| BDE                       | BDEToplam                     | 22,76±13,44       | 17,35±10,71          | 19,15±12,59       | 1,512       | 0,225         |
| BİFÖ                      | BİFÖToplam                    | 55,23±13,31       | 55,50±15,11          | 53,19±12,83       | 0,361       | 0,698         |

Independent sample t-test; \*\* $p<0,01$ ; \* $p<0,05$ . İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği; YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği; BDE: Beck Depresyon Envanteri; BİFÖ: Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Tablo 4.11.'e göre bipolar bozukluk tanılı hastaların İÖÖ'nin düşmanlık alt boyut puan ortalamalarının medeni duruma göre karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Evli olan bipolar bozukluk tanılı hastaların İÖÖ düşmanlık alt boyut puan ortalaması bekâr ve boşanmış olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Medeni duruma göre İÖÖ YMDÖ, BDE ve BİFÖ toplam puan ortalamaları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.11. Katılımcıların medeni durumlarına göre İÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile YMDÖ, BDE ve BİFÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.**

| Ölçekler ve Alt Boyutları |                               | Medeni Durumu |             |             | Test değeri | Anlamlılı k   |
|---------------------------|-------------------------------|---------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
|                           |                               | Evli          | Bekâr       | Boşanmış    |             |               |
| Ölçekler                  | Alt Boyutları                 | X± SS         | X± SS       | X± SS       | F           | p             |
| İÖÖ                       | İÖÖ Toplam                    | 75,93±14,02   | 78,47±15,15 | 82,84±13,74 | 1,504       | 0,227         |
|                           | Umutsuzluk                    | 26,86±6,42    | 26,10±5,41  | 28,58±5,81  | 1,256       | 0,289         |
|                           | İntihar düşüncesi             | 18,86±4,59    | 18,89±5,63  | 20,37±5,85  | 0,626       | 0,539         |
|                           | Kendini olumsuz değerlendirme | 18,28±5,43    | 20,31±5,84  | 18,89±4,58  | 1,709       | 0,189         |
|                           | Düşmanlık                     | 11,93±3,48    | 13,16±4,45  | 15,00±3,972 | 3,873       | <b>0,024*</b> |
| YMDÖ                      | YMDÖToplam                    | 15,11±10,34   | 16,03±7,15  | 15,84±9,32  | 0,136       | 0,873         |
| BDE                       | BDE Toplam                    | 22,162±13,480 | 19,12±13,23 | 20,79±10,00 | 0,676       | 0,511         |
| BİFÖ                      | BİFÖToplam                    | 56,90±12,77   | 54,12±13,29 | 49,26±13,31 | 2,257       | 0,109         |

Independent sample t-test; \*\*p<0.01; \*p<0,05. İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği; YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği; BDE: Beck Depresyon Envanteri; BİFÖ: Bilinçli Farkındalık Ölçeği

## 5. TARTIŞMA

Bipolar bozukluk, yaşamın birçok alanını etkilediği içi küresel olarak engelliliğin önde gelen nedenlerinden biridir ve dünya çapında yaklaşık 40 milyon insanın bipolar bozuklukla yaşadığı tahmin edilmektedir. BB'ye sahip olmak ayrıca intihar, anksiyete ve madde kullanım bozukluğu riskini artırmaktadır (13). Bu doğrultuda mevcut araştırma bipolar bozukluk hastalarında bilinçli farkındalık ve intihar olasılığı arasındaki ilişkiyi incelemektedir.

Araştırma sonucunda BB tanılı hastaların intihar olasılık düzeyleri  $78,25 \pm 14,59$  olarak belirlenmiştir. İntihar olasılıkları ölçeğine göre 75-100 puan aralığında puan alan kişilerin intihar olasılıklarının şiddetli düzeyde olduğu bildirilmiştir (200). Bu sonuca göre mevcut çalışmada katılımcıların şiddetli düzeyde intihar riskine sahip olduğu görülmektedir. Bipolar bozuklukta yaşam beklentisinin azalmasına katkıda bulunan faktörlerden birinin intihar olduğu bilinmektedir. Ayrıca intihar, bipolar depresyonun sık görülen ve trajik bir sonucudur (201). BB tanısı almış hastalarda intihar oranı, genel nüfusa göre 10-30 kat daha fazladır. Araştırmalar, bu hastaların %20'sinin intihar ettiğini ve %20-60'ının yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunduğunu göstermektedir (9). Baldessarini ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada bipolar bozukluk tanısı alan hastaların yaklaşık %15'inin yaşamlarının bir noktasında intihar nedeniyle hayatını kaybettikleri bildirilmiştir (17). Nordentoft ve arkadaşları (2011) ise mani epizodlarına göre depresyon veya karma epizodlarda intihar riski belirgin şekilde yüksek olduğunu ifade etmiştir (202). Goodwin ve Jamison (2007) ise intihar riskinin özellikle tedavi edilmeyen hastalarda daha yüksek olduğunu belirtmiştir (56). Sonuç olarak, intihar düşüncesi, intihar girişimleri ve intihara nedeni ile ölümlerin tümü BB tanılı olan hastalarda genel nüfusa kıyasla çok daha yüksektir (203). İntihar davranışının önlenmesi ile ilgili bireysel özelliklerin (kişisel intihar geçmişi, dürtüsel özellikler), depresyon özelliklerinin (karma depresyon, bipolar bozukluğun alt tipi), psikiyatrik komorbiditelerin ve psikososyal stres faktörlerinin değerlendirilmesi gerekmektedir (201). Bu doğrultuda, BB, intihar riski açısından yüksek öneme sahiptir. Tedaviye erken başlanması, düzenli izlem yapılmasının, psikososyal destek sağlanması ve koruyucu önlemlerin bu riski önemli ölçüde azaltacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın bir diğer sonucu da katılımcıların YMDÖ toplam puan ortalaması  $15,67 \pm 8,73$  olarak belirlenmiştir. YMDÖ'ne göre 12 puan ve üzeri maniye işaret etmektedir. Ortalama puanın 12'nin üzerinde olması, katılımcıların genel olarak mani semptomları gösterdiğine işaret etmektedir. Ayrıca katılımcıların %61.5'inin YMDÖ'nden 12 ve üzeri puan aldıkları

belirlenmiştir. Bu sonuç çalışmanın yapıldığı örnekleme mani belirtilerinin oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda, ilgili örnekleme mani semptomlarının yaygınlığının araştırılması, erken tanı ve müdahale açısından önemlidir. Aynı zamanda, bu sonuçlar ileride yapılacak çalışmalar için ruh sağlığı alanında hedeflenmesi gereken önleyici ve koruyucu müdahale programları geliştirilmesi açısından da önemli ipuçları sunmaktadır.

Katılımcıların depresyon düzeyleri  $20,51 \pm 12,84$  olarak belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların % 63.2'sinin depresyon puanlarının 17 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bu kesme değerinin, genellikle klinik olarak anlamlı depresif belirtileri yansıttığı kabul edilmektedir. Dolayısıyla, bu oranın yüksekliği, çalışmanın yapıldığı örnekleme depresif semptomların oldukça yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuç, örnekleme bireylerin ruhsal anlamda ciddi bir psikolojik yük taşıyor olabileceğini düşündürmektedir. Depresif belirtilerin bu düzeyde yaygın olması, bireylerin duygu durum sürekliliğinde dengesizlik, enerji düşüklüğü, umutsuzluk ve işlevsellikte azalma gibi sorunlar yaşayabileceğine işaret etmektedir. BB hastalarında depresyon önemli düzeyde klinik zorluklar sunmaktadır. Tedavi edilen BB'de depresyon yalnızca aşırı morbidite ile değil, aynı zamanda eş zamanlı genel tıbbi bozukluklardan kaynaklanan ölüm oranı ve yüksek intihar riski ile de ilişkilidir (204). Bipolar depresyon, psikososyal bozulma, iş üretkenliğinin kaybı ve yüksek oranda madde kötüye kullanımı nedeniyle bipolar bozukluğu olan hastalarda uzun vadeli işlev bozukluğuna önemli bir katkıda bulunmaktadır. Bipolar mani ile karşılaştırıldığında, bipolar depresyon, hastanede geçirilen zaman miktarı, daha yüksek düzeyde işlevsel bozulma ve daha yüksek hastalık yükü ile ilişkilidir. Hastalığın ilerleyici doğası ve önemli karşılanmamış ihtiyaçları göz önüne alındığında, bipolar depresyonun hızlı teşhisi ve uygun tedavisi hayati önem taşımaktadır (205). BB'de depresif dönemlerin etkisi, yaşamın tüm alanlarında işlevsellik kaybına ve intihar riski gibi ciddi sonuçlara yol açacağından hastaların depresyon düzeylerinin etkin bir şekilde değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi oldukça önemlidir. Ayrıca çalışmanın yapıldığı grupta özellikle depresyonun bu denli yaygın olması, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde etkileri olabilecek bir durumdur ve ruh sağlığı politikalarının bu tür gruplara yönelik önleyici müdahaleleri kapsayacak şekilde yapılandırılmasının önemini vurgulamaktadır.

Araştırma sonucunda katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin  $54,36 \pm 13,25$  olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre; katılımcıların bilinçli farkındalık seviyeleri orta düzeydedir. BB tanılı bireylerde, özellikle duygu düzenleme becerilerinde zorluk yaşanabilir. Bilinçli farkındalık, bireylerin duygu düzenleme stratejilerini geliştirmesine ve olumsuz duygularla

başa çıkmasına yardımcı olabilir. Farkındalığı sürdürmek, güçlü bağlanmadan kendini kurtarmak ve böylece daha iyi bir duygusal denge ve refah duygusu geliştirmek amacıyla 'an'da bulunmayı ve yargılayıcı olmayan bir kabul tutumunu uygulamayı içerir (206). Literatür incelendiğinde BB ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların oldukça sınırlı olduğu dikkati çekmektedir. Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapinin, BB tanısı almış hastalarda anksiyete belirtilerini yönetmede olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir. Bu terapi, hastaların odaklanma becerilerini artırmalarına, kabullenme yeteneklerini geliştirmelerine ve olumsuz düşünceleri yönetme becerilerini güçlendirmelerine yardımcı olmaktadır (207). Farkındalık temelli müdahalelerin bireylerde duygusal dalgalanmayı azalttığını ve genel yaşam kalitesini artırdığını gösterilmektedir (208). Ives-Deliperi et al., (2016) tarafından bipolar bozukluğu olan hastalarda farkındalık temelli bilişsel terapinin etkinliği üzerine yapılan çalışmada, duygu düzenlemede ve dikkatte iyileşmeler olduğu gösterilmektedir. Ayrıca, müdahale süresi boyunca meditasyon yapılan gün sayısı arttıkça, 12 ay sonra depresyon semptomları üzerindeki etkinin de arttığını gösteren kanıtlar vardır. Bu veriler, farkındalık temelli müdahalelerin bipolar bozuklukta farkındalığı ve duygu düzenlemesini iyileştirdiğini, bunun da bilişsel esneklikle ilişkili ve daha önce bozuklukta patofizyolojinin temel bir alanı olarak önerilen bir bölge olan prefrontal kortekste artan aktivasyonlara karşılık geldiğini göstermektedir (209). Bilinçli farkındalık temelli uygulamaların önerilen çalışma mekanizmalarından biri, depresif ruminasyon gibi otomatik maladaptif bilişsel süreçlerden ayrılma yeteneğinin artmasıdır. Bilinçli farkındalık temelli uygulamalar sırasında öğrenilmesi gereken temel becerilerden biri, kendi kendini sürdüren ruminatif düşünce kalıplarının farkına varma ve bunları bırakma yeteneğidir. Otomatik maladaptif bilişsel süreçlerin giderek daha fazla farkına vararak ve bunlardan uzaklaşmayı ve merkezden uzaklaşmayı öğrenerek hastalar, aksi takdirde depresyon semptomlarını ağırlaştırabilecek bir kısır döngüye girmelerini önlerler (210). Duygu düzenleme stratejilerindeki bireysel farklılıkların ruh sağlığını nasıl etkilediği ve duygu düzensizliğinin birçok psikopatolojik durumdaki kapsamlı rolü göz önüne alındığında, duygu düzenleme/düzenleme bozukluğuna odaklanan klinik müdahalelerin bu psikolojik bozukluklar için önemli faydaları olabileceğine inanmak mantıklıdır (211). Sonuç olarak bipolar bozukluk tanılı bireylerin bilinçli farkındalık seviyelerinin orta düzeyde olması, bu becerinin potansiyel olarak geliştirilebileceğini göstermektedir. Klinik müdahalelerde, bireylerin farkındalık düzeylerini artırmayı hedefleyen terapötik yaklaşımların kullanılması önerilebilir. Daha yüksek düzeyde bilinçli farkındalık, bu

bireylerin duygusal düzenleme becerilerini güçlendirerek yaşam kalitesini artırabilecektir. Ancak bu tür müdahalelerin bireyselleştirilmiş olması önemlidir.

Araştırmanın sonuçlarından birisi de katılımcıların depresyon düzeyleri arttıkça intihar olasılıkları da artmaktadır. Yapılan regresyon analizi sonucunda katılımcıların depresyon düzeyleri intihar olasılıklarının, %30'unu açıklamaktadır. Bu sonuç depresyonun şiddeti arttıkça intihar girişiminin ciddiyeti ve ölme niyetinin de de arttığı bilinmektedir (212). Depresyonun intiharlara da yol açabildiği, intihar vakalarının yüzde 11-17'sinin bu şekilde hayatına son verdiği düşünüldüğünde durumun ciddiyeti daha da belirginleşmektedir (213). Pompili ve arkadaşlarının (2008) majör duygusal bozukluklardan etkilenen kişilerle yaptıkları çalışma sonucunda çalışmada hastaların %52'sinden fazlası yüksek intihar riskine sahip olduğu bildirilmiştir (214). Risk altında olanlar daha şiddetli depresif-anksiyete semptomatoloji, daha fazla dürtüsellik ve daha fazla düşmanlık bildirmişlerdir. Sonuç olarak yüksek depresyon seviyeleri, umutsuzluk, çaresizlik ve intihara yönelik düşünceler gibi olumsuz duygusal durumlarla ilişkilidir. Bu, intihar riskini artırabilecek önemli psikolojik faktörlerden biridir. Bu sonuçtan hareketle katılımcıların depresyon düzeylerinin intihar olasılıklarının %30'unu açıklaması, tek başına depresyonun intihar davranışı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu ortaya koyarken, aynı zamanda intihar riskini etkileyen başka değişkenlerin de bulunduğuna işaret etmektedir. Bu durum, intiharın çok boyutlu bir olgu olduğunu; sadece depresyon değil, bireyin sosyal destek düzeyi, travmatik yaşantıları, kayıpları, umutsuzluk düzeyi, kişilik özellikleri gibi birçok etkenin de bu riski artırabileceğini göstermektedir. Ancak depresyonun intihar olasılığı üzerinde bu düzeyde açıklayıcı olması, özellikle ruh sağlığı alanındaki müdahalelerde depresif belirtilerin erken tespiti ve tedavisinin ne denli kritik olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, depresyonu hedef alan psikolojik destek hizmetlerinin yaygınlaştırılması, intihar davranışının önlenmesine yönelik etkili bir strateji olarak değerlendirilebilir.

Bu araştırma sonucunda katılımcıların bilinçli farkındalık düzeyleri arttıkça intihar olasılıkları azalmaktadır. Farkındalık, mevcut ana odaklanmayı ve yargılamadan uzak, kabul edici bir bilinç hali geliştirmeyi amaçlayan temel kavramlara dayanan, bireyin zihinsel ve bedensel durumunu düzenlemeye yönelik bir egzersizdir (215). Yapılan bir çalışmada genel farkındalığın ve özellikle yargılamama konusunda dikkatli davranışın intihar düşüncesinde azalmaya yol açtığını gösterilmektedir (216). Lisans öğrencilerinde farkındalık ve intihar riskinin araştırıldığı bir çalışma sonucunda farkındalık ile intihar riskinin negatif bir ilişki olduğunu belirlenmiştir (45). Araştırmalar farkındalığın intihar için önemli bir koruyucu faktör olabileceğini göstermektedir (217). Literatür incelendiğinde; düşük depresif ruh hali,

daha az dikkat güçlüğü, artan duygu düzenleme yetenekleri, psikolojik iyilik hali ve psikososyal işlevsellik ta artış bildirilmiştir (208). Sonuç olarak; intihar riski, genellikle depresif dönemlerde daha yüksek olsa da, mani veya hipomani dönemlerinde dürtüsellik intihar girişimlerini tetikleyebilir. Bipolar bozuklukta bilinçli farkındalık, özellikle duygusal dalgalanmaları düzenleme, stresle başa çıkma ve umutsuzluk gibi intihar riskini artıran faktörleri azaltmada önemli olabilir.

Katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin intihar olasılıklarını yordayıp yordamadığını ortaya koymak için yapılan analiz sonucunda katılımcıların intihar olasılıklarının, bilinçli farkındalık düzeylerinin %28'ini açıkladığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinin intihar olasılıkları üzerinde önemli bir etkisi olduğu görülmektedir. Bu durum, bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin intihar riski taşıyan bireylerde umut verici bir yaklaşım olarak ele alınmasını desteklemektedir.

Bu araştırmanın sonuçlarından biri de katılımcıların bilinçli farkındalık düzeyi arttıkça Young mani derecelendirme ölçeğinden aldıkları puan azalmaktadır. Literatür incelendiğinde yapılan bir çalışmada bilinçli farkındalığın arttırılmasının gelecekteki mani/hipomani ataklarına karşı koruma sağlamadığı belirtmiştir (163). Bunu yanı sıra bilinçli farkındalık temelli uygulamaların katılımcılarda artan farkındalık ve artan duygusal düzenleme yetenekleri olduğunu bildirmişlerdir (208). Bipolar bozuklukta duygusal işleme, farkındalık temelli bilişsel terapi ile iyileştirilmektedir (218). Mani belirtilerinin yoğunlaştığı durumlarda aşırı heyecan, riskli davranışlar ve kontrol kaybı yaşanabilmektedir. Bilinçli farkındalık, bireyin o anki duygularını ve düşüncelerini fark etmesini sağlayarak, dürtüsel davranışları engelleyebilir. Bu doğrultuda bilinçli farkındalığın, duygu düzenleme ve düşünce döngülerini fark etmek kaydıyla duygusal düzenlemeyi ve stresle başa çıkmayı sağlayarak mani belirtilerini azalttığı söylenebilir.

Araştırma sonucunda katılımcıların farkındalık düzeyleri arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Bunun nedeni, bipolar bozukluk hastalarının temel özelliklerinden biri, majör depresif bozukluk hastalarında da görülen depresif ruminasyon gibi uyumsuz duygu düzenleme stratejilerine başvurma eğilimleridir (219-221). Depresif ruminasyon, kişinin olumsuz duyguları ve sorunları ile bunların olası nedenleri ve sonuçları hakkında ısrarcı bir şekilde düşünme süreci olarak tanımlanabilir ve depresif semptomlarla ilişkilidir (222), ayrıca bipolar bozuklukta da görülür (223). Yapılan araştırmada bilinçli farkındalığın depresif atak sıklığı üzerindeki etkisinden söz edilmektedir. Farkındalık arttığında depresyonda görülen ve işlevsel olmayan bilişlerin tanınmakta ve hastanın yeni bir depresif döneme girmesinin engellendiği öne sürülmektedir (224). Perich ve ark. (2013), bipolar

bozukluk tanılı bireylerde, bilinçli farkındalık düzeyi ile depresyon, mani ve genel ruh sağlığı arasında güçlü bir ilişki olduğunu ifade etmiştir (225). Yapılan çalışmalar incelendiğinde bilinçli farkındalık temelli uygulamaların, intihara meyilli bipolar ve unipolar hastalarda depresif semptomlarda azalmalar gösterdiğini belirtmiştir (226). Sonuç olarak, bilinçli farkındalığın psikopatolojiler üzerindeki etkisi incelendiğinde, öncelikle, depresyon ve kaygı gibi dünya genelinde yaygın olarak görülen psikolojik sorunlar üzerinde belirgin etkiler yarattığı gözlemlenmektedir (227).

Bu araştırma sonucunda kadınların intihar olasılıkları ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Literatür incelendiğinde Hu et al., (2023) tarafından yapılan çalışmada bipolar bozukluğu olan hastalarda, kadınlarda intihar girişimi prevalansının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (203). Benzer şekilde bipolar bozukluğu olan 218 kişi ile yapılan çalışma sonucunda da en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş bipolar hastalarda kadınların sayısının erkeklerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir (228). Büyükbodur'un (2019) yaptığı çalışmada kadınlarda intihar girişiminin, erkeklerde ise intihar nedeniyle ölümlerin daha çok olduğu bildirilmektedir (143).

Araştırmanın bir diğer sonucu da bipolar bozukluk tanılı erkek hastaların bilinçli farkındalık düzeylerinin kadınlardan yüksek olmasıdır. Çakmak & Tamam (2021) tarafından bipolar bozukluk tanılı hastalar ile yapılan çalışma sonucunda da erkeklerin bilinçli farkındalık düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (163). Benzer şekilde üniversite öğrencileri yapılan bir çalışma sonucunda da erkeklerin bilinçli farkındalık düzeyleri kadınlardan daha yüksek olarak bildirilmiştir (229). Erkeklerin bilinçli farkındalık düzeylerinin kadınlardan yüksek olması, bireysel, toplumsal ve biyolojik faktörlerin birleşiminden kaynaklanabilmektedir. Örneğin kadınlar, toplumsal baskılar nedeniyle olumsuz düşünce ve ruminasyona daha eğilimli olabilir, bu da bilinçli farkındalık düzeylerini olumsuz etkileyebilir. Bunun yanı sıra kadınlar, duygusal deneyimlere daha açık olma eğilimindedir. Bu durum, onların olumsuz duygulara daha fazla odaklanmalarına neden olabilir, bu da bilinçli farkındalık seviyelerini olumsuz etkileyebilir (229).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### Sonuçlar

Bipolar bozukluk hastalarında bilinçli farkındalık ve intihar olasılığı arasındaki ;

- Bipolar bozukluk tanılı hastaların intihar olasılıklarının şiddetli düzeyde olduğu,
- Depresyon düzeylerinin orta şiddette olduğu,
- Bilinçli farkındalık seviyeleri orta düzeyde olduğu,
- Bilinçli farkındalık düzeyleri arttıkça intihar olasılıklarının ve mani belirtilerinin azaldığı,
- Farkındalık düzeyleri arttıkça depresyon düzeyinin azaldığı
- Kadınların intihar olasılıklarının erkeklerin intihar olasılıklarında yüksek olduğu,
- Erkek hastaların bilinçli farkındalık düzeylerinin kadınlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Bu sonuçlar doğrultusunda;

### Öneriler

- Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda intihar olasılığını azaltmak, depresyon ve mani belirtilerini hafifletmek için bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin yaygınlaştırılması,
- Kadınların daha yüksek intihar riski taşıdığı göz önünde bulundurularak, bu gruba intihara yönelik psikososyal destek programlarının planlanması,
- Bipolar bozukluk tanılı hastalarda düzenli tarama programlarıyla depresyon düzeyi, intihar riski ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi, yüksek risk taşıyan bireylerin erken müdahale için yönlendirilmesi
- Psikiyatri hemşirelerinin bipolar bozukluk tanılı bireylerin ailelerinin, intihar riski ve belirtiler hakkında bilgilendirilmesi önerilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. **Baytunca, M. B., Aydın, R., & Erermiş, S.** Bipolar bozukluğun genetik altyapısı. *The Journal of Pediatric Research*. 2014; 1(2), 49-53.
2. **Judd, L. L., & Akiskal, H. S.** The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of affective disorders*. 2003; 73(1-2), 123-131.
3. **Fagiolini, A., Coluccia, A., Maina, G., Forgiione, R. N., Goracci, A., Cuomo, A., & Young, A. H.** Diagnosis, epidemiology and management of mixed states in bipolar disorder. *CNS drugs*. 2015; 29, 725-740.
4. **Sadock BJ, Sadock VA.** Sadock & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8.baskı, Ankara: Güneş Kitabevi; 2007
5. **Baldassano, C. F., Marangell, L. B., Gyulai, L., Nassir Ghaemi, S., Joffe, H., Kim, D. R., ... & Cohen, L. S.** Gender differences in bipolar disorder: retrospective data from the first 500 STEP-BD participants. *Bipolar disorders*. 2005;7(5), 465-470.
6. **Stringaris, A., & Youngstrom, E.** Unpacking the differences in US/UK rates of clinical diagnoses of early-onset bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2014; 53(6), 609-611.
7. **Plans, L., Barrot, C., Nieto, E., Rios, J., Schulze, T. G., Papiol, S., ... & Benabarre, A.** Association between completed suicide and bipolar disorder: A systematic review of the literature. *Journal of affective disorders*. 2019; 242, 111-122.
8. **Miller, J. N., & Black, D. W.** Bipolar disorder and suicide: a review. *Current psychiatry reports*. 2020;22, 1-10.
9. **Dome, P., Rihmer, Z., & Gonda, X.** Suicide risk in bipolar disorder: a brief review. *Medicina*. 2019; 55(8), 403.
10. **Kara, M. Z., Orum, M. H., & Egilmez, O. B.** Relationship between immune cells and violent/nonviolent suicide attempts and controls: What about the lymphocyte-related ratios and neutrophil-related parameters?. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 2019;35(5).
11. **Orum, M. H., & Egilmez, O. B.** Psychiatric presentation of hypoxic ischemic encephalopathy occurring after a violent suicide attempt: a case of hanging. *Dusunen Adam Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2018;31(2), 228.
12. **Lhmann S.** Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1425
13. **Dünya Sağlık Örgütü.** Suicide. 2024. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
14. **Dünya Sağlık Örgütü.** Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.
15. **TÜİK.** İntihar İstatistikleri. Türkiye İstatistik Kurumu. 2023. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar&dil=1>.
16. **Miller JN, Black DW.** Bipolar disorder and suicide: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2020;22:1-10.
17. **Baldessarini RJ.** İntiharın epidemiyolojisi: son gelişmeler. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019 Kas 7;29:e71. doi: 10.1017/S2045796019000672. PMID: 31696818; PMCID: PMC8061297.
18. **Rihmer Z, Gonda X, Döme P.** Bipolar Bozuklukta İntihar Riskinin Değerlendirilmesi ve Yönetimi. In: *Bipolar Bozukluğun Tedavisinde: Bütünleştirici Klinik Stratejiler ve Gelecekteki Yönlendirmeler*. Oxford: Oxford University Press; 2017.

19. **Planlar L, Barrot C, Nieto E, Rios J, Schulze TG, Papiol S, Mitjans M, Vieta E, Benabarre A.** Tamamlanmış intihar ile bipolar bozukluk arasındaki ilişki: Literatürün sistematik bir incelemesi. *J Affect Disord.* 2019;242:111-122.
20. **Rihmer Z, Döme P.** Majör Ruhsal Bozukluklar ve İntihar Davranışı. In: O'Connor RC, Pirkis J, editors. *Uluslararası İntihar Önleme El Kitabı: Araştırma, Politika ve Uygulama.* Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.; 2016.
21. **Çelik DA, Çetin F.** Kişilerarası çatışma çözme yaklaşımlarında farkındalık ve öz farkındalığın rolü. *İşletme ve Yönetim Araştırma Dergisi.* 2014;1(1):29-38.
22. **Tatlıhoğlu K, Deniz ME.** Farklı öz-anlayış düzeylerine sahip üniversite öğrencilerinin karar vermede öz-saygı, karar verme stilleri ve kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 2011;1(2):19-41
23. **Brown KW, Ryan RM.** The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84:822-848..
24. **Carlson, L. E. & Brown, K. W.** Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research.* 2005; 58(1), 29-33.
25. **Howell, A. J., Digdon, N. L., Buro, K. & Sheptycki, A. R.** Relations among mindfulness, well-being, and sleep. *Personality and Individual Differences.* 2008;45(8), 773-777.
26. **Brown, K. W., Ryan, R. M. & Creswell, J. D.** Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry.* 2007;18(4), 211-237.
27. **Özyeşil, Z., Arslan, C., Kesici, Ş. ve Deniz, M. E.** Bilinçli Farkındalık Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim.* 2011;36(160), 226-227.
28. **Azak, A.** Hemşirelik öğrencilerinin bilinçli farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma.* 2018;15;(3):170-176.
29. **Konan, N., & Yılmaz, S.** Üniversite öğrencilerinin bilinçli farkındalık düzeyleri. *Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2020;4(6), 42-50.
30. **Kara, E., & Ceyhan, A. A.** Üniversite öğrencilerinin depresyon düzeylerinin bilinçli farkındalık ile ilişkisi: Öz-kontrolün aracılık rolü. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi.* 2017;6(1), 9-14.
31. **Tunçer, B.** Genç Yetişkinlerde İntihar Olasılığının Affedicilik, Bilinçli Farkındalık ve Minnettarlık Değişkenleri Açısından İncelenmesi (Master's thesis, Marmara Üniversitesi (Turkey). 2022
32. **Lamis, D. A., & Dvorak, R. D.** Mindfulness, nonattachment, and suicide rumination in college students: The mediating role of depressive symptoms. *Mindfulness.* 2014;5,487-496.
33. **Pollak SM, Pedulla T, Siegel RD.** Mindfulness Farkındalık Temelli Psikoterapi Becerileri (Çeviri Ed. B Uzun). İstanbul, APAMER Psikoloji Yayınları. 2019
34. **Hayes SC.** Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies-republished article. *Behav Ther.* 2016;47:869-885.
35. **Khouri, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. A., & Paquin, K.** Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia research.* 2013;150(1), 176-184.
36. **Kısmetoğlu, G.** 15-18 yaş arası ergenlerde duygu düzenleme ve bilinçli farkındalık becerilerinin kaygı düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesi (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü). 2019
37. **Çam, O. ve Bilge, A.** Psikiyatrik rehabilitasyon/iyileştirim ve evde bakım. Çam, O. Engin, E (Eds). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı içinde* (1049-1072). İstanbul: İstanbul Tıp Yayınevi. 2014
38. **Camann, M. A.** The psychiatric nurse's role in application of recovery and decision-making models to integrate health behaviors in the recovery process. *Issues in Mental Health Nursing.* 2010;31(8), 532-536.

39. **Çam, O., & Yalçın, N.** Ruhsal hastalık ve iyileşme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2018;9(1), 55-60.
40. **Burgos-Julián, F. A., Ruiz-Íñiguez, R., Peña-Ibáñez, F., Montero, A. C., & Santed-Germán, M. A.** Mindfulness-based and mindfulness-informed interventions in bipolar disorder: A meta-analysis based on Becker's method. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2022;29(4), 1172–1185. <https://doi.org/10.1002/cpp.2717>
41. **Xuan, R., Li, X., Qiao, Y., Guo, Q., Liu, X., Deng, W., Hu, Q., Wang, K., & Zhang, L.** Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*. 2020;290, 113116. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113116>
42. **Hanssen, I., Ten Klooster, P., Kraiss, J., Huijbers, M., Regeer, E., Kupka, R., Bohlmeijer, E., & Speckens, A.** Predicting which intervention works better for whom: Moderators of treatment effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Positive Psychology Intervention in patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. 2024;360, 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.110>
43. **Chu, CS, Stubbs, B., Chen, TY, Tang, CH, Li, DJ, Yang, WC, Wu, CK, Carvalho, AF, Vieta, E., Miklowitz, DJ, Tseng, PT, & Lin, PY.** Bipolar bozukluğun tedavisinde ek farkındalık temelli müdahalenin etkinliği: Sistemik bir inceleme ve meta-analiz. *Duygusal bozukluklar dergisi*. 2018;225, 234–245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.025>
44. **Murray, G., Leitan, N. D., Thomas, N., Michalak, E. E., Johnson, S. L., Jones, S., Perich, T., Berk, L., & Berk, M.** Towards recovery-oriented psychosocial interventions for bipolar disorder: Quality of life outcomes, stage-sensitive treatments, and mindfulness mechanisms. *Clinical psychology review*. 2017;52, 148–163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.002>
45. **Fang, Y., Zeng, B., Chen, P., Mai, Y., Teng, S., Zhang, M., Zhao, J., Yang, X., & Zhao, J.** Lisans Öğrencilerinde Farkındalık ve İntihar Riski: Aleksitiminin Aracılık Etkisinin Araştırılması. *Psikolojideki sınırlar*. 2019;10, 2106. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02106>
46. **Hashemi, R., Moustafa, A. A., Rahmati Kankat, L., & Valikhani, A.** Mindfulness and Suicide Ideation in Iranian Cardiovascular Patients: Testing the Mediating Role of Patience. *Psychological reports*. 2018;121(6), 1037–1052. <https://doi.org/10.1177/0033294117746990>
47. **Schneider, B. H., Martinez, Y. S., & Koller, S. H.** Rumination, thought suppression and mindfulness among adolescent suicide attempters in Cuba. *Psychiatry research*. 2020;285, 112724. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112724>
48. **Işık E, Işık U, Işık Taner Y.** Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara, Sigma. 2013
49. **Yeloğlu ÇH.** ÖNEMLİ BİR RUH SAĞLIĞI SORUNU: BİPOLAR BOZUKLUK. *The Medical Journal of Mustafa Kemal University*. 2017;8(30):41-54.
50. **Kaplan H, Saddock B.** Bipolar Disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. 2000;1284-1289.
51. **Öztürk O.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015.
52. **Davison K.** Historical aspects of mood disorders. *Psychiatry*. 2009;8(2): 47- 51.
53. **Oral T.** İki Uçlu Bozukluk. İstanbul: WPA Serisi. CSA Medikal Yayın Ajansı. 2002;441-503.
54. **Yetkin S, Özgen F.** Tarihsel bakış içinde depresyon. *Türkiye Klinikleri*. 2007;3(37):1-5.
55. **Goodwin, F. K., & Jamison, K. R.** Manic-depressive illness. 1990
56. **Goodwin F, Jamison K.** Manik-Depresif Hastalık: Bipolar Bozukluklar ve Tekrarlayan Depresyon. 2. Gözden Geçirilmiş Baskı ed. Oxford University Press Inc. ; 2007.

57. **American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. 2013. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
58. **Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Steinhausen HC.** The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21(9):655-679.
59. **Angst, J.** The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of affective disorders.* 1998;50(2-3), 143-151
60. **Akiskal HS.** The bipolar spectrum: research and clinical perspectives. *L'encephale.* 1995;21:3-11.
61. **Ball WA, Whybrow PC.** Biology of depression and mania. *Curr Opin Psychiatry.* 1993;6(1):27-34.
62. **Binbay T, Alptekin K, Elbi H, Zağlı N, Drukker M, Tanık FA, Vanos J.** İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Derg.* 2012;23:149-60.
63. **Sadock BJ, Sadock VA.** Kaplan Sadock Klinik Psikiyatri (9. baskı). Ankara: Güneş Kitabevi; 2005.
64. **Rice J, Reich T, Andreasen NC, Endicott J, Van Eerdewegh M, Fishman R, Klerman GL.** The familial transmission of bipolar illness. *Arch Gen Psychiatry.* 1987;44(5):441-447.
65. **Işık E.** Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul: Görsel Sanatlar Basımevi; 2003:467-540.
66. **TURHAN, N.** Bipolar bozukluk: kesitsel bir değerlendirme (uzmanlık tezi). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana. 2007
67. **Gürhan, N.** Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara. 2016;349-400.
68. **Post RM, Kupka R, Keck PE Jr, McElroy SL, Altshuler LL, Frye MA, Rowe M, Grunze H, Suppes T, Leverich GS, Nolen WA.** Further Evidence of a Cohort Effect in Bipolar Disorder: More Early Onsets and Family History of Psychiatric Illness in More Recent Epochs. *J Clin Psychiatry.* 2016 Aug;77(8):1043-9. doi:10.4088/JCP.15m10121. PMID: 27379705.
69. **Patel, N. C., DelBello, M. P., Keck Jr, P. E., & Strakowski, S. M.** Phenomenology associated with age at onset in patients with bipolar disorder at their first psychiatric hospitalization. *Bipolar disorders.* 2006;8(1):91-94.
70. **Bebbington, P., Ramana, R.** The epidemiology of bipolar affective disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1995;30:279-292.
71. **Yazıcı, O.** İkiçüçlü Duygudurum Bozuklukları ve Diğer Duygudurum Bozuklukları, Köroğlu, E. Güleç, C., (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı 1.C. içinde* (429-438), Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997.
72. **Phillips, M. L., Ladouceur, C. D., Drevets, W. C.** A neural model of voluntary and automatic emotion regulation: implications for understanding the pathophysiology and neurodevelopment of bipolar disorder. *Mol Psychiatry.* 2008;13(9):833-857.
73. **Houenou, J., Frommberger, J., Carde, S., Glasbrenner, M., Diener, C., Leboyer, M., Wessa, M.** Neuroimaging-based markers of bipolar disorder: evidence from two meta-analyses. *J Affect Disord.* 2011;132(3):344-355.
74. **Ellison-Wright, I., Bullmore, E. D.** Anatomy of bipolar disorder and schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2010;117(1):1-12.
75. **Hasler, G., Drevets, W. C., Gould, T. D., Gottesman, I. I., Manji, H. K.** Toward constructing an endophenotype strategy for bipolar disorders. *Biol Psychiatry.* 2006;60(2):93-105.

76. **Kara, K., Akarsu, S., Verim, S.** Bipolar bozuklukta nörogörüntüleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013;5(1):1-14.
77. **Vederine, F. E., Wessa, M., Leboyer, M., Houenou, J.** A meta-analysis of whole-brain diffusion tensor imaging studies in bipolar disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2011;35(8):1820-1826.
78. **Wessa, M., Linke, J.** Emotional processing in bipolar disorder: behavioural and neuroimaging findings. *Int Rev Psychiatry*. 2009;21(4):357-367.
79. **Dager, S. R., Friedman, S. D., Parow, A., Demopulos, C., Stoll, A. L., Lyoo, I. K., Renshaw, P.F** Brain metabolic alterations in medication-free patients with bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(5):450-458.
80. **Cecil KM, DelBello MP, Morey R, Strakowski SM.** Frontal lobe differences in bipolar disorder as determined by proton MR spectroscopy. *Bipolar Disord*. 2002;4(6):357-365.
81. **Liu S, Wei J, Ni R, Gao T, Ni P, Zhao L et al.** Valproate Reverses Mania-Like Behavior of Clock delta19 Mouse and Alters Monoamine Neurotransmitters Metabolism in the Hippocampus. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2021;471-480.
82. **Macoveanu, J., Freeman, K. O., Kjaerstad, H. L., Knudsen, G. M., Kessing, L. V. ve Miskowiak, K. W.** Bipolar bozuklukta bilişsel bozukluklarla ilişkili yapısal beyin anormallikleri. *Acta Psychiatr Scand*. 2021;144(4):379-391.
83. **Bhardwaj, R., Chakrabarti, S., Mittal, B. R., Sharan, P.** A single photon emission computerized tomography (SPECT) study of regional cerebral blood flow in bipolar disorder. *World J Biol Psychiatry*. 2010;11(2-2):334-343.
84. **Mishra, A., Sil, R., Patel, V., Devanathan, Y., Vyas, M.** Two Sides of a Coin: A Review of Literature on the Relationship Between Bipolar Disorder and Creativity. *IAHRW Int J Soc Sci Rev*. 2022;10(3).
85. **Safrancı, B.** Bipolar bozuklukta Etkin Olan Psikolojik Mekanizmaların Anlaşılması: Duygusal ve Bilişsel Süreçler Üzerine bir Vaka Örneği. *AYNA Klin Psikol Derg*. 2014;1(3):1-16.
86. **Bayova, R., Çörüş, G.** Yaratıcı Kişilerde İntihar Davranışının Kuramsal Gözden Geçirilmesi. *Yeni Yüzyıl J Med Sci*. 2021;2(3):12-21.
87. **Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P.** synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Sadock's SBK. 2007
88. **Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., Ball, J. R.** Mindfulness response styles and dysfunctional attitudes in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2011;134(1-3):126-132.
89. **Alatiq, Y., Crane, C., Williams, J. M. G., Goodwin, G. M.** Dysfunctional beliefs in bipolar disorder: Hypomanic vs. depressive attitudes. *J Affect Disord*. 2010;122(3):294-300.
90. **Edition F.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013;21(21):123-155.
91. **Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC, Andrade LH, Hu C, Karam EG, Ladea M, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Sagar R, Wells JE, Zarkov Z.** Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Mar;68(3):241-51. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.12. PMID: 21383262; PMCID: PMC3486639.
92. **Öztürk, M. O., & Uluşahin, A.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Cilt I. Yenilenmiş (11.Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 2011.
93. **Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, O'Donovan C, Macqueen G, McIntyre RS, Sharma V, Ravindran A, Young LT, Milev R, Bond DJ, Frey BN, Goldstein BI, Lafer B, Birmaher B, Ha K, Nolen WA, Berk M.** Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for

- the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disord.* 2013 Feb;15(1):1-44. doi: 10.1111/bdi.12025. Epub 2012 Dec 12. PMID: 23237061.
94. **Kutcher, S. ve Chehil, S.** İntihar riski yönetimi: Sağlık profesyonelleri için bir kılavuz. Blackwell Yayıncılık. 2007. <https://doi.org/10.1002/9780470750933>.
95. **Eroğlu, M. Z., & Özpoyraz, N.** Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2010;2(2):206-236.
96. **Sportiche, S., Geoffroy, PA, Brichant-Petitjean, C., Gard, S., Khan, JP, Azorin, JM, ... & Bellivier, F.** Clinical factors associated with lithium response in bipolar disorders. *Australian & New Zealand J Psychiatry.* 2017;51(5):524-530.
97. **Johnson, R. E., & McFarland, B. H.** Lithium use and discontinuation in a health maintenance organization. *Am J Psychiatry.* 1996;153(8):993-10.
98. **Jamison KR.** Patient and physician attitudes toward lithium: relationship to compliance. *Arch Gen Psychiatry.* 1979;36(8):866-869.
99. **Colom, F., Vieta, E., Tacchi, M. J., Sánchez-Moreno, J., & Scott, J.** Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disord.* 2005;7:24-31.
100. **Çetinkaya, H., & Gözen, D.** Adolescent Suicide Risk Factors and Nursing Approach. *J Pediatr Res.* 2016;3(3):133.
101. **Hocaoğlu Ç.** İki uçlu bozukluk ve intihar davranışı. *J Mood Disord.* 2013;3(5):20-22.
102. **World Health Organization.** Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
103. **Harmancı, P.** Dünya'daki ve Türkiye'deki intihar vakalarının sosyodemografik özellikler açısından incelenmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal.* 2015.
104. **Nock MK et al.** National prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry.* 2008;192:98-105.
105. **Durkheim, E.** İntihar. (Figen Kıyak, Çev.) Ankara: Dorlion Yayınları; 2019.
106. **Bertolote, J., Fleishman, A.** A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology. World Psychiatry.* 2002;1:181-185.
107. **İntihar istatistikleri.** Amerikan İntiharı Önleme Vakfı. [2021-04-16]. <https://afsp.org/suicide-statisti>
108. **Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., Malone, K. M.** Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry.* 1999;156(2):181-189.
109. **Phillips, M. R., Li, X., Zhang, Y.** Suicide rates in China, 1995-99. *Lancet.* 2002;359(9309):835-840.
110. **Sharma, B. R., Gupta, M., Sharma, A. K., Sharma, S., Gupta, N., Relhan, N., Singh, H.** Suicides in Northern India: comparison of trends and review of literature. *J Forensic Leg Med.* 2007;14(6):318-326.
111. **Fushimi, M., Shimizu, T.** Suicide patterns and characteristics in Akita, Japan. *Psychiatr Neurol Jpn.* 2009;111(4):367-372.
112. **Starkuviene, S., Kalediene, R., Petrauskiene, J.** Epidemic of suicide by hanging in Lithuania: does socio-demographic status matter?. *Public Health.* 2006;120(8):769-775.
113. **Yip PS, Fu KW, Yang KC, Ip BY, Chan CL, Chen EY, Lee DT, Law FY, Hawton K.** The effects of a celebrity suicide on suicide rates in Hong Kong. *J Affect Disord.* 2006 Jul;93(1-3):245-52. doi: 10.1016/j.jad.2006.03.015. Epub 2006 May 11. PMID: 16697047; PMCID: PMC7112587.
114. **Sher, L. ve Oquendo, MA.** Suicide: an overview for clinicians. *Med Clin (Barc).* 2023;107(1):119-130.

115. **Cerel, J., Brown, MM, Maple, M., Singleton, M., Van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C.** How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide Life Threat Behav.* 2019;49(2):529-534.
116. **Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni.** İntihar İstatistikleri. 2020 Haziran; Sayı: 33710.
117. **Videbeck SL.** *Psychiatric-mental health nursing.* Lippincott Williams & Wilkins. 2010.
118. **Jie Z.** The strain theory of suicide. *J Pac Rim Psychol.* 2019;13:e27.
119. **Mueller, AS, Abrutyn, S., Pescosolido, B. ve Diefendorf, S.** The Social Roots of Suicide: Theorizing How the External Social World Matters to Suicide and Suicide Prevention. *Front Psychol.* 2021;12:621569. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.621569>.
120. **Sümer N.** Antik ve ilkel toplumlarda intihar olgusu. *Siirt Univ İlahiyat Fak Derg.* 2014;1(1):83-116.
121. **Küçükyağcı B.** Yetişkinlerde kişilik bozukluklarıyla ilişkili inançların yordanması: Çocukluk çağı travması ve işlevsel olmayan tutumların etkisi (Order No.30348630). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global.(2789275761). Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertations-theses/yetiskinlerde-kisilik-bozukluklariyla-iliskili/docview/2789275761/se-2>
122. **Öztürk O UA.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitap Evleri. 2008.
123. **Joiner Jr, TE, Van Orden, KA, Witte, TK, Selby, EA, Ribeiro, JD, Lewis, R. ve Rudd, MD.** Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *J Abnorm Psychol.* 2009;118(3):634.
124. **Brent, DA ve Melhem, N.** Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am.* 2008;31(2):157-177.
125. **Aydın, M., Hacımusalar, Y., & Hocaoglu, Ç.** İntihar davranışının nörobiyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2019;11(1):1-23.
126. **García-Sevilla, J. A., Escribá, P. V., Ozaita, A., La Harpe, R., Walzer, C., Eytan, A., Guimón, J.** Up-regulation of immunolabeled  $\alpha 2A$ -adrenoceptors, G-proteins, and regulatory receptor kinases in the prefrontal cortex of depressed suicides. *J Neurochem.* 1999;72(1):282-291.
127. **Schlegel, S., Maier, W., Philipp, M., Aldenhoff, JB, Heuser, I., Kretschmar, K., Benkert, O.** Depresyonda bilgisayarlı tomografi: ventriküler boyut ile psikopatoloji arasındaki ilişki. *Psikiyatri Araştırması.* 1989;29(2):221-230.
128. **Lopez, O. L., Becker, J. T., Reynolds 3rd, C. F., Jungreis, C. A., Weinman, S., DeKosky, S. T.** Psychiatric correlates of MR deep white matter lesions in probable Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1997;9(2):246-250.
129. **Ahearn, E. P., Jamison, K. R., Steffens, D. C., Cassidy, F., Provenza, J. M., Lehman, A., Krishnan, K. R. R.** MRI correlates of suicide attempt history in unipolar depression. *Biol Psychiatry.* 2001;50(4):266-270.
130. **Pompili M, Innamorati M, Mann JJ, Oquendo MA, Lester D, Del Casale A, Serafini G, Rigucci S, Romano A, Tamburello A, Manfredi G, De Pisa E, Ehrlich S, Giupponi G, Amore M, Tatarelli R, Girardi P.** Periventricular white matter hyperintensities as predictors of suicide attempts in bipolar disorders and unipolar depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2008 Aug 1;32(6):1501-7. doi: 10.1016/j.pnpbp.2008.05.009. Epub 2008 May 20. PMID: 18572296.
131. **Akbaydar B.** İntihar düşüncesi ve girişimi olan ergenlerde psikolojik dayanıklılık ve erken dönem maladaptif şemaların incelenmesi (Order No.30823139). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (2925079701). Retrieved from

<https://www.proquest.com/dissertations-theses/intihar-düşüncesi-ve-girişimi-olan-ergenlerde/docview/2925079701/se-2>

132. **Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N.** Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. *Clin Psychol Rev.* 2011 Jun;31(4):563-91. doi: 10.1016/j.cpr.2010.12.007. Epub 2011 Jan 12. PMID: 21276646.
133. **Riso, LP, Froman, SE, Raouf, M., Gable, P., Maddux, RE, Turini-Santorelli, N., ... & Cherry, M.** The Long-Term Stability of Early Maladaptive Schemas. *Cogn Ther Res.* 2006;30(4).
134. **Waller, G., Meyer, C. ve Ohanian, V.** Psychometric Properties of the Long and Short Versions of the Young Schema Questionnaire: Core Beliefs Among Bulimic and Comparison Women. *Cogn Ther Res.* 2001;25(2):137-147.
135. **Lawrence KA, Allen JS, Chanen AM.** A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. *Cogn Ther Res.* 2011;35:30-39.
136. **Nursing P-mh.** Sheila L. Videbeck ed. L. Videbeck S editor 1 Ocak 2007.
137. **Yüksel, N., & Ceyhun, B.** İntihar Ruhsal Belirtiler. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi. 1994.
138. **Atli, A., Uysal, C., Kaya, M. C., Bulut, M., Güneş, M., Karababa, İ. F., ... & Sır, A.** Acil ünitesine intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların değerlendirilmesi: Şanlıurfa örnekleme. *J Mood Disord.* 2014;4(3):110-4.
139. **Şengül, CB, Serinken, M., Şengül, C., BOZKURT, S. ve Korkmaz, A.** Acil Servise intihar girişimi nedeniyle başvurusu ardından psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen olguların sosyodemografik verileri. *Turk J Emerg Med.* 2008;8(3):127-131.
140. **Haas, AP, Eliason, M., Mays, VM, Mathy, RM, Cochran, SD, D'Augelli, AR, ... & Clayton, PJ.** Suicide and suicide risk in lesbian gay bisexual and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex.* 2011;58(1).
141. **Pagura J, Cox BJ, Sareen J, Enns MW.** Factors associated with multiple versus single episode suicide attempts in the 1990–1992 and 2001–2003 United States national comorbidity surveys. *J Nerv Ment Dis.* 2008;196(11):806-813.
142. **Taktak Ş, Üzün İ, Balcıoğlu İ.** İstanbul'da tamamlanmış intihar olgularının psikolojik otopsi. 2012.
143. **Büyükbodur AÇ.** İntihar girişimleri ve retrospektif sosyal inceleme. *Sosyal Çalışma Dergisi.* 2019;3(1):28-46.
144. **Windfuhr K, Kapur N.** Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide. *Br Med Bull.* 2011;100:101-121. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldr042>
145. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry.* 2003 Nov;160(11 Suppl):1-60. Erratum in: *Am J Psychiatry.* 2004 Apr;161(4):776. PMID: 14649920.
146. **Raja M, Azzoni A.** Suicide attempts: differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. *J Affect Disord.* 2004;82(3):437-442.
147. **Rihmer Z, Kiss K.** Bipolar disorders and suicidal behaviour. *Bipolar Disord.* 2002;4:21-25.
148. **Türk Dil Kurumu.** Büyük Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Dil Kurumu; 2011.
149. **Mithen S, Renfrew C, Zubrow EBW.** From domain specific to generalized intelligence: A cognitive interpretation of the Middle/Upper Paleolithic transition. In: *Reader in archeological theory: Post-processual and cognitive approaches.* 1998. p. 137-156.
150. **Dymond S, Barnes D.** Behavior-analytic approaches to self-awareness. *Psychol Rec.* 1997;47:181-200.

151. **Kabat-Zinn J.** Coming to Our Senses: Healing Ourselves and The World Through Mindfulness. New York: Hyperion; 2005.
152. **Young S.** What is mindfulness? A contemplative perspective. In: Handbook of mindfulness in education: Integrating theory and research into practice. 2016. p. 29-45.
153. **Brown KW, Ryan RM, Creswell JD.** Addressing fundamental questions about mindfulness. Psychol Inq. 2007;18(4):272-281.
154. **Gethin R.** On some definitions of mindfulness. Contemp Buddhism. 2011;12:263-279.
155. **Ameli R.** 25 Farkındalık Dersi: Şimdi Sağlıklı Yaşama Zamanı. Atalay Z, Ögel K, çevirmenler. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2016.
156. **Germer C.** Öz şefkate giden bilinçli yol: Kendinizi yıkıcı düşüncelerden ve duygulardan kurtarmak. Guilford Press; 2009.
157. **Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al.** Mindfulness: A proposed operational definition. Clin Psychol Sci Pract. 2004;11(3):230.
158. **Siegel RD, Germer CK, Olendzki A.** Mindfulness: What is it? Where did it come from? In: Clinical handbook of mindfulness. New York, NY: Springer New York; 2009. p. 17-35
159. **Hayes SC.** Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behav Ther. 2004;35(4):639-665.
160. **Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, Coryell W, Leon AC, Maser JD, Solomon DA.** Residual symptom recovery from major affective episodes in bipolar disorders and rapid episode relapse/recurrence. Arch Gen Psychiatry. 2008;65(4):386-394.
161. **Brown KW, Ryan RM.** The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 2013;84:822-48
162. **Weinstein N, Brown KW, Ryan RM.** A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. J Res Pers. 2009;43(3):374-385.
163. **Çakmak S, Tamam L.** Remisyonda olan bipolar bozukluk tip I olgularında bilinçli farkındalık ve atak sıklığı ilişkisi. Cukurova Med J. 2021;46(2):714-723.
164. **Trauer T, Sacks T.** The relationship between insight and medication adherence in severely mentally ill clients treated in the community. Acta Psychiatr Scand. 2000;102(3):211-216. Available from: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102003211>.
165. **Christensen MV, Kessing LV.** Clinical use of coping in affective disorder, a critical review of the literature. CP EMH. 2005;1(1):20. Available from: <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-20>
166. **Morone NE, Greco CM, Weiner DK.** Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. Pain. 2008;134(3):310-319
167. **Grant JA, Rainville P.** Zen meditasyoncularında farkındalık durumlarının ağrı duyarlılığı ve analjezik etkileri: kesitsel bir çalışma. Psychosom Med. 2009;71(1):106-114.
168. **Tang YY, Ma Y, Wang J, Fan Y, Feng S, Lu Q, Yu Q, Sui D, Rothbart MK, Fan M, Posner MI.** Short-term meditation training improves attention and self-regulation. Proc Natl Acad Sci U S A. 2007 Oct 23;104(43):17152-6. doi: 10.1073/pnas.0707678104. Epub 2007 Oct 11. PMID: 17940025; PMCID: PMC2040428.
169. **Davidson RJ.** Well-being and affective style: neural substrates and biobehavioural correlates. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2004;359(1449):1395-1411
170. **Aktepe İ, Tolan Ö.** Bilinçli farkındalık: güncel bir gözden geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2020;12(4):534-561.

171. **Kabat-Zinn J.** An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*. 1982;4:33-47.
172. **Norouzi E, Gerber M, Masrour FF, Vaezmosavi M, Pühse U, Brand S.** Implementation of a mindfulness-based stress reduction (MBSR) program to reduce stress, anxiety, and depression and to improve psychological well-being among: Retired Iranian football players. *Psychol Sport Exerc*. 2019;47:101636.
173. **Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA.** Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000 Aug;68(4):615-23. doi: 10.1037//0022-006x.68.4.615. PMID: 10965637.
174. **Atia MM, Sallam LE.** The effectiveness of mindfulness training techniques on stress anxiety and depression of depressed patient. *Am J Nurs*. 2020;8:103-113.
175. **Medvedev ON, Norden PA, Krägeloh CU, Siegert RJ.** Investigating unique contributions of dispositional mindfulness facets to depression, anxiety, and stress in general and student populations. *Mindfulness (NY)*. 2018;9:1757-1767.
176. **LePera N.** Relationships between boredom proneness, mindfulness, anxiety, depression, and substance use. *New Sch Psychol Bull*. 2011;8:15-25.
177. **Schneider, MN, Zavos, HM, McAdams, TA, Kavas, Y., Sadeghi, S. ve Gregory, AM.** Mindfulness and associations with symptoms of insomnia, anxiety and depression in early adulthood: a twin and sibling study. *Behav Res Ther*. 2019;118:18-29.
178. **Zuhur Ş, Özpancar N.** Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2017;19(2):57-74.
179. **Dülgerler Ş.** Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde hemşirelik süreci. In: Çam O, Engin E, editors. *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı içinde*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2014. p. 181-197.
180. **Engin E, Durmuş T.** Bipolar Bozuklukta Öz Yönetim ve Psikiyatri Hemşireliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2023;39(2):271-27.
181. **Akbaş E, Yiğitoğlu GT.** Nursing care for a patient with bipolar disorder (mixed attack) based on the Neuman Systems Model: A case report. *J Psychiatr Nurs*. 2020
182. **Aktaş Y, Arabacı LB, Dülgerler Ş.** Watson İnsan Bakım Modeli’ne göre şizofreni tanılı bir hastada hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2020;5(1):51-57.
183. **Temel M, Kutlu FY.** Functional Health Pattern Model based care plan for a depression diagnosed patient. *Florence Nightingale J Nurs*. 2019;27(1):91-103.
184. **Siu AM.** Self-harm and suicide among children and adolescents in Hong Kong: a review of prevalence, risk factors and prevention strategies. *J Adolesc Health*. 2019;64(6):S59-S64.
185. **Erdoğan B, Celbiş O, Öner BS.** Çocuk ve ergenlerde intiharın psikolojik dinamikleri ve risk etkenleri. In: Öztürk E, editor. *Aile Psikopatolojisi*. 2021;1,27-32.
186. **Temel M.** İntiharların önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2009;12(2):78-83.
187. **Robinson, J., McGorry, P., Harris, M. G., Pirkis, J., Burgess, P., Hickie, I., & Headey, A.** Australia’s national suicide prevention strategy: the next chapter. *Aust Health Rev*. 2006;30(3):271-276.
188. **Siyez DM.** Ergenlik döneminde intiharın önlenmesi: Bir gözden geçirme. *Child Adolesc Ment Health J*. 2005;12(2):93-101.
189. **Murray BL, Wright K.** Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: the perspective of youth. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13(2):157-164.

190. **Senem A.** Bipolar bozukluğu olan bireylerde hemşire gözlemi ile mani belirtileri ve intihar olasılığının değerlendirilmesi. Yayınlanmamış YL Tezi. Mersin Üniversitesi, Mersin. 2018. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.14114/3609>.
191. **Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E.** Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg.* 2001;13(2):107-14.
192. **Hisli N.** Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Derg.* 1989;7:3-13
193. **Karaca S, Aşkın R.** Depresyonla Başa çıkma Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Düşünen Adam Derg.* 1995;8(3):24-30.
194. **Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J.** An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4(6):561-571.
195. **Tashakkori A, Barefoot J, Mehryar AH.** What does the beck depression inventory measure in college students? Evindence from a nonwestern culture. *J Clin Psychol.* 1989;45:565-602.
196. **Arslan HAKAN, Mergen HALUK, Mergen BEYZA, Arslan EBRU, Ayyıldız ÜMİT.** Evaluation of depression, anxiety and self-esteem scores of education faculty students in terms of different variables. *Med Sci.* 2016;11(1):1-13.
197. **Cull JG, Gill WS.** Suicide probability scale. *J Consult Clin Psychol.* 1988.
198. **Batugün AD, Şahin NH.** İntihar Olasılığı Ölçeği: Gözden geçirme, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikol Derg.* 2018;2(2):52-64..
199. **Akdeniz E.** Üniversite öğrencilerinin kullandıkları savunma mekanizmaları ile bilinçli farkındalık ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Beykent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul. 2020.
200. **Atlı Z, Eskin M, Dereboy Ç.** İntihar Olasılığı Ölçeğinin (İÖÖ) klinik örneklemde geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri Derg.* 2009;12(3):111-124.
201. **Guillaume S, Courtet P, Samalin L.** Bipolar depresyon ve intihar davranışı. *L’ensefal.* 2011;37:S169-72.
202. **Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB.** Akıl hastalığında ilk hastane temasından sonra mutlak intihar riski. *Gen Psychiatr Arch.* 2011;68(10):1058-1064.
203. **Hu FH, Jia YJ, Zhao DY, Fu XL, Zhang WQ, Tang W, et al.** Gender differences in suicide among patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2023;339:601–614. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.060>.
204. **Baldessarini RJ.** İntiharın epidemiyolojisi: son gelişmeler. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020;29:e71.
205. **McIntyre RS, Calabrese JR.** Bipolar depresyon: karmaşık bir bozukluğun klinik özellikleri ve karşılanmamış ihtiyaçları. *Curr Med Res Opin.* 2019;35(11):1993-2005.
206. **Kabat-Zinn J.** Full catastrophe living, revised edition: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. Hachette UK. 2013.
207. **Chadwick P, Kaur H, Swelam M, Ross S, Ellett L.** Bipolar bozukluğu olan kişilerde farkındalık deneyimi: Nitel bir çalışma. *Psychother Res.* 2011;21(3):277-285.
208. **Deckersbach T, Hölzel BK, Eisner LR, Stange JP, Peckham AD, Dougherty DD, Rauch SL, Lazar S, Nierenberg AA.** Mindfulness-based cognitive therapy for nonremitted patients with bipolar disorder. *CNS Neurosci Ther.* 2012 Feb;18(2):133-41. doi: 10.1111/j.1755-5949.2011.00236.x. Epub 2011 Apr 2. PMID: 22070469; PMCID: PMC3738005.
209. **Ives-Deliperi VL, Howells F, Horn N.** Bipolar bozuklukta farkındalık temelli bilişsel terapinin etkileri. In: *Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi: Yenilikçi Uygulamalar.* Springer; 2016. p. 155-161. Available from: [https://doi.org/10.1007/978-3-319-29866-5\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-319-29866-5_14).

210. **Segal Z, Williams M, Teasdale J.** Depresyon için farkındalık temelli bilişsel terapi. Guilford Press; 2012.
211. **Guendelman S, Medeiros S, Rampes H.** Dikkat ve duygu düzenlemesi: Nörobiyolojik, psikolojik ve klinik çalışmalardan elde edilen içgörüler. *Front Psychol.* 2017;8:220.
212. **Çevik A, Volkan VD.** Depresyonun psikodinamik etiyolojisi. *Galenos Tıp Dergisi.* 2001;5:44-46.
213. **Morales-Rodríguez FM, editor.** The Association Between Depression and Suicidal Behavior. BoD–Books on Demand; 2024.
214. **Pompili M, Innamorati M, Raja M, Falcone I, Ducci G, Angeletti G, et al.** Suicide risk in depression and bipolar disorder: Do impulsiveness-aggressiveness and pharmacotherapy predict suicidal intent? *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2008;4(1):247-255.
215. **Wu R, Zhong SY, Wang GH, Wu MY, Xu JF, Zhu H, Liu LL, Su WJ, Cao ZY, Jiang CL.** The Effect of Brief Mindfulness Meditation on Suicidal Ideation, Stress and Sleep Quality. *Arch Suicide Res.* 2023 Apr-Jun;27(2):215-230. doi: 10.1080/13811118.2021.1982800. Epub 2021 Oct 6. PMID: 34612785.
216. **Zbizek-Nulph L, Walton M, Cunningham R, Chermack S, Ngo Q.** 148 Yeni yetişkinlerde intihar düşüncelerine karşı koruyucu bir faktör olarak farkındalık. *Inj Prev.* 2017;23:A55.
217. **Serpa JG, Taylor SL, Tillisch K.** Mindfulness-based stress reduction (MBSR) reduces anxiety, depression, and suicidal ideation in veterans. *Med Care.* 2014;52(12 Suppl 5):S19-S24.
218. **Howells FM, Laurie Rauch HG, Ives-Deliperi VL, Horn NR, Stein DJ.** Farkındalık temelli bilişsel terapi bipolar bozuklukta duygusal işlemeyi iyileştirebilir: pilot ERP ve HRV çalışması. *Metab Brain Dis.* 2014;29:367-375.
219. **Kovács LN, Takacs ZK, Tóth Z, Simon E, Schmelowszky Á, Kökönyi G.** Majör depresif ve bipolar bozuklukta ruminasyon - bir meta-analiz. *J Affect Disord.* 2020;276:1131-1141.
220. **Silveira Jr EDM, Kauer-Sant'Anna M.** Rumination in bipolar disorder: a systematic review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015;37(3):256-263.
221. **Ghaznavi S, Deckersbach T.** Bipolar bozuklukta ruminasyon: huzursuz bir zihne dair kanıtlar. *Biol Mood Anxiety Disord.* 2012;2:1-11.
222. **Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S.** Tekrar düşünmeyi yeniden düşünmek. *Psychol Sci Public Interest.* 2008;3(5):400-424.
223. **Johnson SL, McKenzie G, McMurrich S.** Ruminative responses to negative and positive affect among students diagnosed with bipolar disorder and major depressive disorder. *Cogn Ther Res.* 2008;32:702-713.
224. **Kuyken W, Watkins E, Holden E, White K, Taylor RS, Byford S, Evans A, Radford S, Teasdale JD, Dalgleish T.** Farkındalık temelli bilişsel terapi nasıl çalışır? *Behav Res Ther.* 2010;48(11):1105-1112.
225. **Perich T, Manicavasagar V, Mitchell PB, Ball JR, Hadzi-Pavlovic D.** Bipolar bozukluk için farkındalık temelli bilişsel terapinin randomize kontrollü bir denemesi. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;127(5):333-343.
226. **Williams JM, Alatiq Y, Crane C, Barnhofer T, Fennell MJ, Duggan DS, Hepburn S, Goodwin GM.** Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *J Affect Disord.* 2008 Apr;107(1-3):275-9. doi: 10.1016/j.jad.2007.08.022. Epub 2007 Sep 19. PMID: 17884176; PMCID: PMC2881943.
227. **Norouzi E, Rezaie L, Bender AM, Khazaie H.** Mindfulness plus physical activity reduces emotion dysregulation and insomnia severity among people with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2024

- 228. Berkol TD, İslam S, Kırılı E, Pınarbaşı R, Özyıldırım İ.** Suicide attempts and clinical features of bipolar patients. Saudi Med J. 2016 Jun;37(6):662-7. doi: 10.15537/Smj.2016.6.12776. PMID: 27279513; PMCID: PMC4931648.
- 229. DM Çulha ÜM.**Bilinçli Farkındalık ve Sosyal Medya Bağımlılığı İlişkisi.TAM Akademi Dergisi



## 8. EKLER



### **EK-1 Kişisel Veri Formu**

1. Cinsiyetiniz nedir? Kadın ( ) Erkek ( )
2. Kaç yaşındasınız? \_\_\_\_\_
3. Eğitim durumunuz nedir?  
İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu ( ) Lise mezunu ( ) Lisans ve üstü ( )
4. Çalışma durumunuz? \_Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( ) Emekli ( )
5. Gelir durumunuz? Gelir giderden az ( ) Gelir giderden fazla ( ) Gelir gidere eşit ( )
6. Medeni durumunuz nedir? Evli ( ) Bekâr ( ) Boşanmış ( )
- 7.Çocuğunuz var mı? Evet ( ) Hayır ( )
8. Birlikte yaşadığı kişiler? Yalnız ( ) Anne-baba ( ) Eş-çocuk ( ) Kardeş ( )
9. Sigara kullanma durumu? Evet ( ) Hayır ( )
10. Alkol kullanma durumu? Evet ( ) Hayır ( )
11. Madde kullanma durumu? Evet ( ) Hayır ( )
12. Herhangi bir fiziksel hastalığınız mevcut mu?  
Evet ( ).....(H.Adı) Hayır ( )
- 13.Hangi psikiyatrik ilaçları kullanıyorsunuz?  
Antipskotik ( ) Duygudurum düzenleyici ( ) Antidepresan ( )
14. Daha önce intihar düşünceniz oldu mu? Evet ( ) Hayır ( )
15. Daha önce intihar girişiminiz oldu mu? Evet ( ) Hayır ( )

## **EK-2 Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)**

### **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 söylemek.

### **2 Hareket ve enerji artışı**

0. Yok.

1. Kendini enerjik hissediyor.
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 görüşmeciyeye 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 ihtiyacının olduğunu inkar ediyor.

### **5 İrritabilite**

0. Yok.

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

## **EK-2 (Devamı)**

### **6 Konuşma hızı ve miktarı**

0. Artma yok.
2. Kendini konuş kan 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 ve 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.

## **EK-2 (Devamı)**

### **11 İğörü**

0. İğörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor.
1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor.
2. Davranışlarında değışiklikler olduğunu kabul ediyor, ancak hasta olduğunu reddediyor.
3. Davranışlarında olasılıkla değışiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığını reddediyor.
4. Herhangi bir davranış değışikliği olduğunu inkâr ediyor.

**Toplam skor:**



### **EK-3 Beck Depresyon Envanteri (BDE)**

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatlice okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dâhil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi bulup daire içine alarak işaretleyiniz.

1)

- a. Kendimi üzgün hissetmiyorum
- b. Kendimi üzgün hissediyorum
- c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
- d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum

2)

- a. Gelecekte umutsuz değilim
- b. Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum
- c. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
- d. Benim için bir gelecek gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek

3)

- a. Kendimi başarısız görmüyorum
- b. Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır
- c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum
- d. Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum

4)

- a. Herşeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum
- b. Herşeyden eskisi kadar doyum (zevk) alamıyorum
- c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum
- d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Herşey çok sıkıcı

5)

- a. Kendimi suçlu hissetmiyorum
- b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor
- c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
- d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum

### **EK-3 (Devamı)**

6)

- a. Herhangi bir suçum için cezalandırıldığımı düşünmüyorum
- b. Bazı şeyler için cezalandırılabilirim
- c. Bazı şeyler için cezalandırıldığımı hissediyorum
- d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum

7)

- a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım- kendimden hoşnutum
- b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım- kendimden pek hoşnut değilim
- c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum
- d. Kendimden nefret ediyorum

8)

- a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum
- b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
- c. Kendimi hatalarım için çoğu zaman- suçluyorum
- d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum

9)

- a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
- b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapmam
- c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim
- d. Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm

10)

- a. Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum
- b. Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum
- c. Şu sıralarda her an ağlıyorum
- d. Eskiden ağlayabilirdim ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum

11)

- a. Her zamankinden daha sinirli değilim
- b. Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum
- c. Çoğu zaman sinirliyim
- d. Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinilenemiyorum

### EK-3 (Devamı)

12)

- a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
- b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim
- c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
- d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı

13)

- a. Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum
- b. Şu sıralarda karar vermeyi erteliyorum
- c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
- d. Artık hiç karar veremiyorum

14)

- a. Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum
- b. Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum
- c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan değişiklikler olduğunu hissediyorum
- d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum

15)

- a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
- b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor
- c. Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
- d. Hiçbir iş yapamıyorum

16)

- a. Eskisi kadar kolayca ve rahat uyuyabiliyorum
- b. Şu sıralarda eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum
- c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum
- d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum

17)

- a. Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum
- b. Eskisinden daha çabuk yoruluyorum
- c. Şu sıralarda neredeyse her şeyde beni yoruyor
- d. Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum

### **EK-3 (Devamı)**

18)

- a. İştahım eskisinden pek farklı değil
- b. İştahım eskisi kadar iyi değil
- c. Şu sıralarda iştahım epey kötü
- d. Artık hiç iştahım yok

19)

- a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum
- b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk (üç) kilodan fazla kaybettim
- c. Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim
- d. Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim. Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum Evet ( ) Hayır ( )

20)

- a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
- b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var
- c. Ağrı sızı gibi sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor
- d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka bir şey düşünemiyorum

21)

- a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok
- b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
- c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
- d. Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

#### **EK-4 İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)**

Aşağıda bireylerin duygu ve davranışlarını anlatmak için kullanılabilecek bazı cümleler verilmiştir. Bu cümleleri sırayla okuyun ve sizin için hangi sıklığı ifade ettiğini belirtiniz.

Hiçbir Zaman BazenÇoğu ZamanHer Zaman

1. Kızınca elimde ne varsa fırlatırım.
2. etrafımda beni seven bir sürü insan var.
3. Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.
4. Kimseye anlatamayacağım şekilde kötü şeyler düşünüyorum.
5. Üzerimde aşırı derecede sorumluluk var.
6. Yapmam gereken çok fazla faydalı şeyler var
7. İntihar etrafındaki kişileri cezalandırmak için iyi bir durum değil.
8. Etrafımdaki kişilere karşı düşmanca duygular besliyorum.
9. Kendimi etraftaki diğer bireylerden soyutlanmış hissediyorum.
10. İnsanlar bana olduğum kişi gibi değer veriyor.
11. Eğer Ölürssem etrafımdaki çoğu kişinin üzüleceğine inanıyorum.
12. Kendimi aşırı bir şekilde yalnız hissediyorum.
13. Etrafımdaki kişiler bana karşı düşmanca duygular besliyor.
14. Hayata tekrar başlama şansım olsa hayatımda bir sürü değişiklik yapacağıma inanıyorum.
15. Çok fazla şeyi iyi yapamadığıma inanıyorum.
16. Sevdığım insanlarla arkadaş olmada zorlanıyorum.
17. Eğer ölürssem kimsenin beni hatırlayacağını ve özleyeceğini düşünmüyorum.
18. Yaptığım işlerin rayında gittiğine inanıyorum.
19. İnsanlar benden çok fazla şey bekliyor.
20. Düşünce ve hatalarım için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum.
21. Dünya yaşanılacak ve yaşanılması gereken bir yer.
22. Geleceğim konusunda aşırı dikkatli bir biçimde plan yaptığımı düşünüyorum.
23. Etrafımda güvenebileceğim çok fazla arkadaşım yok.
24. Ölüm bireyleri mutlu etmez.
25. Durum ne kadar olumsuz olursa olsun, ölümü akla getirecek kadar olumsuz olmadığını benimsiyorum.
26. Anneme yakınlık hissediyorum.

27. Arkadaşlarıma yakınlık hissediyorum.

28. Hiçbir şeyin yoluna gireceğini düşünmüyorum.

**EK-4 (Devamı)**

29. İnsanlar beni ve yaptığım şeyleri doğru bulmuyor

30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.

31. Para konusunda endişe duyuyorum.

32. Hiç intihar etmek istemedim ve düşünmedim.

33. Çok yorgunum ve hiçbir şeye ilgim kaldığını sanmıyorum.

34. Kızınca ne bularsam kırarım

35. Babama yakınlık hissediyorum.

36. Nerede yaşarsam yaşayayım mutlu olabileceğimi düşünüyorum.



## EK-5 Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BFÖ)

### Açıklama:

Aşağıda sizin günlük deneyimlerinize ilgili bir dizi durum verilmiştir. Lütfen her bir maddenin sağında yer alan 1 ile 6 arasındaki ölçeği kullanarak her bir deneyimi ne kadar sık veya nadiren yaşadığınızı belirtiniz. Lütfen deneyimizin ne olması gerektiğini değil, sizin deneyiminizi gerçekten neyin etkilediğini göz önünde bulundurarak cevaplayınız. Lütfen her bir maddeyi diğerlerinden ayrı tutunuz.

1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim. 1 2 3 4 5 6
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim. 1 2 3 4 5 6
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım. 1 2 3 4 5 6
4. Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim. 1 2 3 4 5 6
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır. 1 2 3 4 5 6
6. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum. 1 2 3 4 5 6
7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatik bağlanmış gibi yapıyorum. 1 2 3 4 5 6
8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm. 1 2 3 4 5 6
9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmam. 1 2 3 4 5 6
10. İşleri veya görevleri ne yaptığımın farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım. 1 2 3 4 5 6
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken; aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum. 1 2 3 4 5 6
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum. 1 2 3 4 5 6
13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum. 1 2 3 4 5 6
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum. 1 2 3 4 5 6
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum. 1 2 3 4 5 6

## EK-6 Etik Kurul Onayı

|                                                                                                                |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
|  <b>SANKO</b><br>UNİVERSİTESİ | <b>GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b><br><b>ONAY BELGESİ</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|

| TOPLANTI |            |       |        |
|----------|------------|-------|--------|
| NUMARASI | TARİHİ     | SAATİ | YERİ   |
| 2023/09  | 01.11.2023 | 14.00 | Online |

Sayın Doç. Dr. Sibel POLAT OLCA,

Etik Kurul'un yukarıda belirtilen gün ve saatte gerçekleştirilen 2023/09 numaralı toplantısında 5 numaralı gündem maddesi olarak görüşülen "Bipolar Bozukluk Hastalarında Bilinçli Farkındalık ve İntihar olasılığı arasındaki ilişki" başlıklı projenizin bilimsel ve etik açıdan **UYGUN OLDUĞUNA** oy birliği ile karar verilmiştir.

| KATILIMCI ONAYI                          |      |
|------------------------------------------|------|
| AD-SOYAD                                 | İMZA |
| 1. Prof. Dr. Şahin A. SIRMALI (Başkan)   |      |
| 2. Prof. Dr. Nimet OVAYOLU (Başkan Yrd.) |      |
| 3. Prof. Dr. Efsun KARABUDAK             |      |
| 4. Prof. Dr. E. İlker SAYGILI            |      |
| 5. Prof. Dr. Muzaffer ESKİÖCAK           |      |
| 6. Prof. Dr. Nevin ERGUN                 |      |
| 7. Prof. Dr. Zafer ÇETİN                 |      |
| 8. Doç. Dr. Burçin ALTINBAŞ              |      |
| 9. Doç. Dr. Sibel POLAT OLCA             |      |

## EK-7 Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kurum İzni



T.C.  
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-91786782-044-431199  
Konu : Anket Uygulama (Şerafettin ÇAĞLAR)

28.12.2023

(LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ)  
İncili Pınar, Gazi Muhtar Paşa Blv. No:36, 27090 Şehitkamil/Gaziantep

İlgi : 20.12.2023 tarihli ve E-92730342-044- 336 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği, Hastanemiz Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığının çalışma uygunluk yazısı ekte gönderilmiştir.  
Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Şevki Hakan EREN  
Başhekim

## EK-7 (Devamı)

Evrak Tarih ve Sayısı: 28.12.2023-431115



T.C.  
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-62807942-020-431115  
Konu : Çalışma İzin Talebi (Şerafettin  
ÇAĞLAR)

28.12.2023

ŞAHİNBEY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 21.12.2023 tarihli, 428164 sayılı yazı

Gaziantep Sanko Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'nün Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisi Şerafettin ÇAĞLAR'ın "Bipolar Bozukluk Hastalarında Bilinçli Farkındalık ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişki" isimli çalışmasını Anabilim Dalımızda yapması uygundur.

Gereğini arz ederim.

Doç.Dr. Gülçin ELBOĞA  
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı

## **EK-8 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu**

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tümüyle size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel ya da aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” verilecektir. Herhangi bir zamanda bu çalışmadan ayrılabilirsiniz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz/aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size ya da bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

**Çalışmanın Adı** : Bipolar Bozukluk Hastalarında Bilinçli Farkındalık ve İntihar olasılığı arasındaki ilişki

**Çalışmanın Konusu ve Amacı** : Bu araştırmanın amacı psikiyatri kliniğinde yatarak veya ayakta tedavi gören Bipolar Bozukluk tanılı hastaların bilinçli farkındalık ve intihar olasılığı arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

**Çalışma Yöntemi** : Bu araştırma, tanımlayıcı türde bir araştırmadır. Araştırmada sosyodemografik bilgi formu, Young Mani Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Bilinçli farkındalık ölçeği ve İntihar olasılığı ölçeğikullanılacaktır. Anketlerin doldurulma süresi yaklaşık 15-20 dakikadır. Veriler sorumlu araştırmacı Hemşire Şerafettin ÇAĞLAR tarafından toplanacaktır

**Çalışmaya Katılmanın Olası Yararları** : Araştırmanın sonuçları, bipolar bozukluk hastalarının bilinçli farkındalık düzeyleri ile intihar olasılığı arasındaki ilişkinin doğasını ve gücünü aydınlatacaktır. Bu sonuçlar, klinik uygulamalarda ve tedavi yaklaşımlarında daha etkili müdahalelerin geliştirilmesine katkı sağlayabilir

**Soru ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler** : Doç. Dr. Sibel POLAT OLCA ve Hemşire Şerafettin ÇAĞLAR

**EK-8 (Devamı)**

**Çalışmaya Katılma Onayı** : Yukarıdaki bilgileri araştırmacı ileayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi tüm sorularımı yanıtladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

|                        |                |
|------------------------|----------------|
| Gönüllü Adı ve Soyadı: | Tarih ve İmza: |
| Adres ve Telefon:      |                |

|                       |                |
|-----------------------|----------------|
| Veli/Vasi Adı Soyadı: | Tarih ve İmza: |
| Adres ve Telefon:     |                |

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| Tanık Adı Soyadı: | Tarih ve İmza: |
| Adres ve Telefon: |                |

|                                                          |                |
|----------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Araştırmacı Adı Soyadı:</b> Doç. Dr. Sibel POLAT OLCA | Tarih ve İmza: |
| Adres ve Telefon:                                        |                |

# EK-9 İntiharOlasılığı Ölçeği Kullanım İzni

8.12.2024 18:37

Gmail - İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİNİN KULLANIM İZNİ

## İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİNİN KULLANIM İZNİ

2 ileti

Merhaba hocam, ben Şerafettin ÇAĞLAR Sanko Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. **Bipolar Bozukluk Hastalarında Bilinçli Farkındalık ve İntihar olasılığı arasındaki ilişki** adlı tez çalışmamız için İntihar Olasılığı ölçeğinin Türkçe ye uyarlanmış formunu izninizle kullanmak istiyoruz.

Saygılarımla..

Windows için [Posta](#) ile gönderildi

8 Ocak 2024 10:51

Sayın Çağlar,  
Söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...  
Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün

[Alıntılanan metin gizlendi]

**YASAL UYARI:** Bu e-posta mesajı ve onunla iletilen tüm ekler, gönderildiği kişi ya da kuruma özel olup içerik ve ekinde bulunan tüm bilgi ve görüntüler sadece adres yazanına aittir ve Ankara Üniversitesi'nin resmi görüşünü yansıtmayabilir. Mesaj size yanlışlıkla ulaşmışsa mesaj içeriğini ya da eklerini yasadışı faaliyetler için kullanmayınız, kopyalamayınız, yaymayınız, başka kişilere yönlendirmeyiniz ve mesajı gönderen kişiye derhal e-posta yoluyla haberdar ederek, bu mesajı ve eklerini herhangi bir kopyasını muhafaza etmesizdir. Bu e-posta içeriğindeki bilgilerin kullanılması veya verileceği multimedial zararlar nedeniyle Ankara Üniversitesi hiç kimseye karşı sorumlu tutulamaz.

**DISCLAIMER:** This e-mail and all the annexes attached to it are dedicated to the persons or institutions they have been sent to and the information and opinions in this e-mail and the attached files belong only to the writer of the address and they may not reflect the official opinion of the Ankara University. If this e-mail is delivered to you mistakenly do not use, copy, extend and transfer the content of the message or its annexes to other people and after informing the person sending the e-mail immediately delete the e-mail and its annexes without saving any copy. The Ankara University can not be seen responsible against anybody for the use of information and possible damages given within the content of this

## EK-10 Bilinçli Farkındalık Ölçeği Kullanım İzni

8.12.2024 18:47

Gmail - BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ KULANIM İZNI



### BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ KULANIM İZNI

Merhaba,

Ölçeği kullanabilirsiniz,

Ektedir

Prof. Dr. Zümra Atalay  
MEF Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Zümra Atalay  
MEF University Department of Counseling Psychology

#### 2 eklenti

BiFÖ.pdf  
222K

BiFÖ-3.doc  
47K

## EK-11 Young ManiDerecelendirme Ölçeği Kullanım İzni

8.12.2024 18:58

Gmail - Young Mani ölçeği

Merhaba hocam, ben Şerafettin ÇAĞLAR Sanko üniversitesi psikiyatri hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. **Bipolar Bozukluk Hastalarında Bilinçli Farkındalık ve İntihar olasılığı arasındaki ilişki** adlı tez çalışmamız için Young Mani ölçeğinin Türkçe ye uyarlanmış formunu izninizle kullanmak istiyoruz. Saygılarımla...

 young-mani-derecelendirme-olcegi-toad\_0.pdf  
218K

8 Ocak 2024 20:02

Kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim

Dr. Figen Karadağ

## EK-12 Beck Depresyon Envanteri Kullanım İzni

### Re: Ölçek kullanım Hk

Kime: Gulsen T.

Çok teşekkür ederim hocam

Merhaba Şerafettin,  
Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanma Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda ver

Nesrin Hisli Sahin, PhD

Visiting Professor

Seton Hall University

Psychology Department

## EK-13 Tez İntihal Raporu

|                                                                                   |                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>T.C.<br/>SANKO ÜNİVERSİTESİ<br/>LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ<br/>NİHAİ TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : Şerafettin Anabilim Dalı : Hemşirelik AD  
Soyadı : ÇAĞLAR Programı : Hemşirelik Tezli (Psikiyatri Hemşireliği)  
Öğrenci No : 221101009 Statüsü : Yüksek Lisans

### II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Sibel POLAT OLCA  
Tez Adı : Bipolar Bozukluk Hastalarında Bilinçli Farkındalık ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişki

### III- İNTİHAL RAPOR BİLGİLERİ

|                                                                 | <u>Benzerlik Oranı (%)</u> | <u>Tarih</u> |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Sınavı Öncesi | 25                         | 12.03.2025   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunma Sınavı Sonrası  | 25                         | 17.04.2025   |

Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 47 sayfalık kısmına ilişkin, TURNITIN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil % 25 'tir.

Uygulanan filtrelemeler:

- ☒ Tez Ön Sayfaları (onay, etik beyan, teşekkür, özet ve izin sayfaları) hariç,
- ☒ Kaynaklar hariç,
- ☒ Ekler hariç,
- ☒ Beş kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

### ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR

Enstitü Personeli

Miyese SUCU

17.04.2025

### ACIKLAMA

\*Enstitü söz konusu teze ilişkin intihal yazılım programı (TURNITIN) raporunu alarak tez danışmanına ve jüri üyelerine gönderir.

\*Rapordaki verilerde gerçek bir intihalin tespiti halinde gerekçesi ile birlikte karar verilmek üzere tez, Enstitü Yönetim Kuruluna gönderilir.

ENS.FRM.019/00

**EK-14 Özgeçmiş**

|                                                                        |                                    |                             |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Adı-Soyadı</b>                                                      | <b>Şerafettin ÇAĞLAR</b>           |                             |
| <b>Doğum Yeri/ Yılı</b>                                                |                                    |                             |
| <b><u>Eğitim Durumu</u></b>                                            | <b><u>Başlama-<br/>Bitirme</u></b> | <b><u>Kurum Adı</u></b>     |
| <b>Lisans</b>                                                          | <b>2005-2012</b>                   | <b>Aksaray Üniversitesi</b> |
| <b>Yüksek lisans</b>                                                   | <b>2022-2025</b>                   | <b>SANKO Üniversitesi</b>   |
| <b><u>Çalıştığı Kurum (lar)</u></b>                                    | <b><u>Başlama Yılı</u></b>         | <b><u>Ayrılma Yılı</u></b>  |
| <b>Hakkâri Devlet Hastanesi</b>                                        | <b>2013</b>                        | <b>2013</b>                 |
| <b>Gaziantep Üniversitesi Şahinbey<br/>Araştırma ve Uygulama Hast.</b> | <b>2013</b>                        | <b>Halen</b>                |
| <b>Üye Olduğu Bilimsel ve Mesleki<br/>Kuruluşlar</b>                   |                                    |                             |
| <b>Katıldığı Proje ve Toplantılar</b>                                  |                                    |                             |
| <b>Yayınlar</b>                                                        |                                    |                             |
| <b>Aldığı Ödüller</b>                                                  |                                    |                             |
| <b>Bildiği Yabancı Diller</b>                                          |                                    |                             |
| <b>Telefon</b>                                                         |                                    |                             |
| <b>E-posta</b>                                                         |                                    |                             |