

## BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İŞLEVSELLİK DÜZEYİ VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Olçay ÇAM<sup>1</sup> Döndü ÇUHADAR<sup>2</sup>

### ÖZET

Bu araştırma bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama ve işlevsellik düzeyi arasındaki ilişkiyi ve içselleştirilmiş damgalamayı etkileyen sosyodemografik faktörler ve hastalığa ilişkin özellikleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanmış olup, bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde tedavi alan 71 hasta ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak, birey tanım formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği ve Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda, düşük eğitim seviyeli, düşük gelirli, ilaçlarını düzenli içmeyen, kontrollerine düzenli olarak gelmeyen, kadın hastalarda içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Duygusal, zihinsel, cinsel işlevsellik, damgalama algısı, içe kapanım, aile içi ilişkiler, yakın arkadaş ilişkileri, toplumsal etkinliklere katılım, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanma gibi işlevsellik alanları ile içselleştirilmiş damgalama düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bipolar bozukluk hastalarında işlevsellik bozuldukça içselleştirilmiş damgalama düzeyi artmaktadır. Bipolar bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumunun sağlanması, toplumsal ilişkilerinin ve işlevselliklerinin iyileştirilmesi açısından içselleştirilmiş damgalamanın belirlenip, damgalanmayı azaltıcı girişimlerin planlanması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Bipolar Bozukluk; Damgalama, İçselleştirilmiş Damgalama, İşlevsellik, Hemşirelik.

---

<sup>1</sup> Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Prof. Dr.

<sup>2</sup> Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yrd. Doç. Dr.

**İletişim/Corresponding Author:** Döndü ÇUHADAR

**Tel:** 0342 360 60 60-76756 **e-posta:** donduchadar@hotmail.com

**Geliş Tarihi / Received:** 24.09.2012

**Kabul Tarihi / Accepted:** 12.04.2013

## **DETERMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN FUNCTIONALITY LEVEL AND INTERNALIZED STIGMA IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER**

### **ABSTRACT**

This research was carried out to determine the relationship between internalized stigma and functionality level and sociodemographic factors and characteristics related to illness that effecting internalized stigma in patients with bipolar disorder. This research is planned as cross-sectional and descriptive and conducted with 71 patients who treated in one of mental health and disease hospital. Individual Identification Form, Internalized Stigma Scale in Mental Illness and Bipolar Disorder Functionality Scale were used as data collection tools. As a result of the study internalized stigma mean scores were significantly higher in patients with low educational level, low-income, do not use drugs regularly, do not come controls regularly and female. ( $p<0.05$ ). significant negative correlations were found between emotional functionality, mental functionality, sexual functionality, perception of stigma, withdrawal, relations within family, relations within closer friends, participation to social activities, to take initiative and use potential and internalized stigma. When functionality distortion increases in patients with bipolar disorder level of internalized stigmatization increases. It is important to determination of internalized stigma and to planning intervention to decrease internalized stigma for providing adaptation to treatment and improving the social relationship and functionality of patients who have bipolar disorder.

**Key Words:** Bipolar Disorder; Stigma, Internalized Stigma, Functionality, Nursing

## GİRİŞ

Damgalama, bir kişinin, ruhsal hastalık, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı veya fiziksel yetersizlik gibi özelliklerine dayanarak kusurlu veya gözden düşmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir (1). Damgalamanın amacı ve sonucu, ayırmak ve dışlamaktır. Damgalama pek çok olgu ve durum için görülse de erken çağlardan bu yana damgalama ve ayrımcılığa en fazla maruz kalan kesim ruhsal hastalığı olan kişilerdir (2).

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin psikiyatriye başvurduktan ve tanı konduktan sonra, açık bir ayrımcılık ya da kötü davranışa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış olarak hissettikleri görülmüştür. Bu hastalarda, durumundan utanma, yetersizlik duyguları, olumsuz otomatik düşüncelerde artma, sosyal ilişkilerden kaçınma, kendilik değerinde düşme olduğu bildirilmektedir. Kullanılan psikiyatrik tanının damgalayıcı içeriği ne kadar fazla ise bu belirtilerin şiddeti de o kadar fazla olmaktadır. İçselleştirilmiş damgalama olarak isimlendirilen bu durum, nesnel olarak dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalma deneyimlerinden bağımsızdır ve daha önce çok farkına varılmasa bile bir ruhsal hastalık tanısı ya da etiketi alma ile birlikte etkisini göstermeye başlamaktadır (3).

Bipolar bozukluk toplum tarafından görece olarak daha az tanınan ve damgalanan bir bozukluktur ancak hastalar damgalanma hissini çok yoğun biçimde yaşarlar, yani kendi kendilerini damgalarlar (4). Morselli ve Elgie'nin çalışmasında, damgalamanın bipolar bozukluğu olan hastaların %54.6'sının hissettiği ciddi bir sorun olduğu belirlenmiştir (5). Çalışmada hastaların %28'i kendilerini çevreleri tarafından reddedilmiş hissettiklerini ifade etmişlerdir. Hayward ve ark. bipolar bozukluk tanısı konan hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların, toplum tarafından arkadaş olarak kabul edilmeyeceklerini, daha az zeki ve güvenilmez olarak değerlendirileceklerini, işverenlerin kendilerine iyi ücret vermeyeceklerini ve diğer işçilere davrandıkları gibi davranmayacaklarını, kadınların kendilerine görüşme randevusu vermeyeceklerini, psikiyatri kliniğine yattıkları için kendilerinin fikirlerini daha az ciddiye alacakları şeklinde düşündüklerini belirlemişlerdir (6). Bipolar bozukluk tanısı konan hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların kendilerini yetersiz ya da eksikmiş gibi hissettikleri, hastalıklarının evlenme konusunda kendilerine engel olacağını düşündükleri ve çevrelerindeki kişiler tarafından da yetersiz olarak görüldüklerini düşündükleri belirlenmiştir (4). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) bipolar bozukluk bütün diğer hastalıklar arasında yetersizliğe neden olan altıncı hastalıktır. Bipolar bozukluğa sahip hastaların işlevselliğindeki bozulma sadece belirtilerin olduğu dönemlerle sınırlı kalmayıp remisyon dönemleri süresince

de görülebilir (7). Bipolar bozukluk hastalarının işde güçlük yaşadıkları, aile ve arkadaşlarla sosyal etkileşimlerinin azaldığı, boş zaman aktivitelerine karşı ilgisiz oldukları, görevlerini sürdürmede düşük otonomiye sahip oldukları, kötü bilişsel işlevsellik deneyimledikleri belirtilmektedir (8).

Hastalık nedeni ile bir işlev yitiminin ortaya çıkmış olması ve bu nedenle hastanın daha önceki toplumsal ve mesleki işlevlerinde eskiye göre bozulması olan hastalarda damgalanma algısı daha yüksek düzeydedir. Ruhsal hastalıkla birlikte, fiziksel işlevlerde de bozulmanın olması damgalanma algısını arttırmaktadır, yeti yitiminin daha fazla olması, hastalığın uzun sürmesi, daha fazla damgalanma duygusu yaşanmasına neden olmaktadır (3). Bipolar bozukluk, hastanın iyilik halini ve sosyal, mesleki ve genel işlevselliğini etkilemektedir. Bipolar bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesindeki bozulma, genel toplum ve kronik fiziksel hastalığı olan bireylere göre daha fazladır (9). İşlevsellik bipolar bozukluktaki tedavinin en önemli hedeflerinden biridir. Bu nedenle, işlevselliği etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik çalışmalar gereklidir (7). Bipolar bozukluk tanısı konan hastalarda işlevsellik ve damgalamayı belirlemeye yönelik çalışmalar oldukça azdır ve çalışmalar daha çok şizofreni hastalarındaki damgalama ve etkilerini ve belirlemeye yöneliktir (4-6).

Bu bilgiler ışığında bu çalışmada bipolar bozukluğu olan hastalarda işlevsellik düzeyi ve içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlanmıştır.

## **MATERYAL-METOD**

Tanımlayıcı tipte kesitsel olarak planlanan araştırma, Kasım 2009 - Haziran 2010 tarihleri arasında bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinin psikiyatri polikliniklerinde ayaktan tedavi edilen bipolar bozukluk tanısı konan hastalarla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 175 hasta, örneklemini ise, 18-65 yaş grubunda yer alan, ayaktan tedavi edilen, araştırmanın yapıldığı günlerde hastanede bulunan, iletişim kurulabilen, ve araştırmaya katılmayı kabul eden 71 hasta oluşturmuştur. Veri toplama işlemi belirlenen tarihler arasında haftada bir gün yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurul Başkanlığı'ndan, Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin, hastalardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

### **Veri Toplama araçları**

Araştırmada veri toplama aracı olarak üç form kullanılmıştır. Bunlar, Tanıtıcı Bilgi Formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ), Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİ-)’dir.

### **Tanıtıcı Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından geliştirilen, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu gibi sosyo-demografik özelliklerini ve hastalık süresi, hastaneye yatış sıklığı, ilaç tedavisi kullanma, ailede hastalık öyküsü gibi hastalıklarına ilişkin bilgileri edinmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

### **Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)**

Boyd-Ritsher ve Phelan tarafından yılında geliştirilmiş olan ölçek, Ersoy ve Varan tarafından Türkçeye çevrilip, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (10.11). Ölçek 29 maddeden oluşan ve içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin: “yabancılaşma”(madde: 1,5,8,16,17,21), “kalıp yargıların onaylanması” (madde:26,10,18,19,23,29), “algılanan ayrımcılık” (madde:3,15,22,25,28), “sosyal geri çekilme” (madde:4,9,11,12,13,20), “damgalanmaya karşı direnç” (madde:7,14,24,26,27) olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler, “ kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan),”aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dördü bir likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğinin maddeleri (7, 14, 24, 26, 27) ters olarak hesaplanmaktadır. Beş alt ölçeğin toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 4 ile 91 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe formunun, alt ölçeklerine ait cronbach alfa katsayıları .63 ile .87 arasında değişirken, tüm ölçek için cronbach alfa sayısı .93 olarak hesaplanmıştır (9). Bu çalışma için alt ölçekler cronbach alfa değerleri .58, ile .79 arasında değişirken toplam ölçek cronbach alfa değeri .87’dir. Ölçeğin kesme puanı olmayıp, ölçekten alınan puan arttıkça içselleştirilmiş damgalama artmaktadır.

### **Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BB-İ)**

Aydemir ve ark. tarafından geliştirilip, geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, 52 maddeden oluşmaktadır (12). (1) duygusal işlevsellik, (2) zihinsel işlevsellik, (3) cinsel işlevsellik, (4) damgalanma hissi, (5) içe kapanıklık, (6) ev içi ilişkiler, (7) arkadaşlarıyla ilişkiler, (8) toplumsal etkinliklere katılım, (9) günlük etkinlikler ve hobiler, (10) inisiyatif

alma ve potansiyelini kullanabilme, (11) iş olmak üzere 11 alt ölçekten oluşmaktadır. Maddeler “hayır ya da hiç” 1 puan, “kısmen ya da bazen” 2 puan , “evet ya da her zaman” 3 puan verilerek hesaplanmıştır. Bu alt ölçeklerin toplanmasıyla toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçeğin alt ölçeklere ait cronbach alfa değerleri .53 ile .83 arasında değişirken, toplam ölçek cronbach alfa sayısı 0.91 olarak bulunmuştur (10). Bu çalışmada alt ölçekler için cronbach alfa değerleri .50 ile 0.81 arasında değiştiği saptanmış olup, cinsel işlevsellik ve iş alanında yanıt vermeyen hastalar olduğu için toplam ölçek cronbach alfa değeri hesaplanmamıştır. Ölçeğin kesme puanı olmayıp puan arttıkça işlevsellik olumlu yönde artmaktadır.

### **Verilerin analizi**

Verilerin analizi SPSS 11.5 programında, sıklık, ortalama, cinsiyet, çalışma durumu, ailede hastalık öyküsü, ilaçlarını düzenli kullanma, kontrollerine gelme, alkol kullanma, hastaneye yatış öyküsü gibi değişkenlere göre RHİDÖ puan ortalamasının karşılaştırılması t-testi ve Mann Whitney U Testi kullanılarak, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, sosyoekonomik durum gibi değişkenlere göre RHİDÖ puan ortalamasının karşılaştırılması Varyans Analizi ve Kruskal Wallis kullanılarak, yaş, hastalık süresi, işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişkinin incelenmesi ise Pearson korelasyon analizi kullanılarak yapılmıştır.

### **BULGULAR**

Hastalara ait BBİ-Ö ve RHİDÖ’ye ait alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları tablo 1’de görülmektedir. Araştırmaya katılan hastalardan bazıları işlevsellik ölçeğinde yer alan cinsel işlevsellik ve iş ile ilgili alanları yanıtızsız bıraktığından işlevsellik ölçeği alt ölçekler üzerinden değerlendirilmiştir. Hastaların BBİ-Ö alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Hastaların RHİDÖ ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının da orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo1).

**Tablo 1:** Hastaların BBİ- Ö Alt Ölçekleri, Toplam RHİDÖ ve RHİDÖ Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları

<b>BBİ-Ö</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SS</b>	<b>Min - Max</b>
Duygusal işlevsellik	71	7.61	1.54	3-9
Zihinsel işlevsellik	71	8.84	2.74	4-12
Cinsellik	62*	8.41	2.49	4- 12
Damgalama algısı	71	8.52	2.74	4- 12
İçe kapanma	71	6.67	1.81	3-9
Ev içi ilişkiler	71	14.33	3.28	6-18
Arkadaş ilişkileri	71	9.71	3.44	5-15
Toplumsal etkinliklere katılım	71	11.,26	3.77	8-24
Günlük etkinliklere katılım	71	13.60	3.76	8- 24
İnisiyatif alma	71	5.54	1.74	3-9
İş	48**	9.16	2.14	4-12
<b>RHİDÖ</b>				
Yabancılaşma	71	13.30	4.21	6-24
Kalıp yargıları onaylama	71	14.56	3.79	7-28
Ayrımcılık	71	11.25	3.61	5-20
Geri çekilme	71	13.7	4.12	6-24
Damgalamaya karşı direnç	71	11.60	3.56	5-20
Toplam İRHİDÖ	71	41.22	13.38	4-91

\*9 hasta cinsel partneri olmadığı için bu alanı boş bırakmıştır.

\*\*23 hasta hiç iş deneyimi olmadığı için bu alanı boş bırakmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması  $37.43 \pm 11.14$ , hastalık süresi  $9.32 \pm 6.7$  yıl olarak belirlenmiştir. Hastaların %74.6'sı kadın, %54.9'u evli, %39.4'ü ilkokul mezunu, %69'u şehirde yaşamaktadır, %47.9'unun geliri giderinden az, %21.1'i çalışıyor, %23.9'unda bipolar bozukluk dışında başka bir hastalık öyküsü bulunmakta, büyük çoğunluğu (%91.5) ilaçlarını düzenli olarak kullanmakta, %94.4'ü kontrollerine düzenli olarak gelmekte, %94.4'ü alkol kullanmamaktadır (Tablo 2).

Araştırmaya katılan hastaların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre RHİDÖ puan ortalamaları tablo 2'de görülmektedir. Çalışmaya katılan hastaların %74.6'sı kadınlardan oluşmaktadır ve kadın hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının erkek

hastalara göre anlamlı oranda yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0.031$ ). Katılımcıların %46.75'i eşinden boşanmıştır, medeni durumlarına göre içselleştirilmiş damgalama düzeyine bakıldığında boşanmış hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak, gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p=0.375$ ) (Tablo 2).

Hastaların %39.4'ünün eğitim seviyesi ilkokul düzeyindedir ve düşük eğitim seviyesine sahip hastaların içselleştirilmiş damgalama düzeyinin, diğer eğitim seviyesindeki hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0.001$ ) (Tablo 2).

Katılımcıların %11.3'ü şehirde yaşamaktadır, yaşamının uzun bir kısmını köyde geçiren hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamalarının diğer yerleşim yerlerindeki hastalara göre daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p=0.536$ ) (Tablo 2).

Çalışmaya katılan hastaların %47.9'unun geliri giderinden azdır ve düşük gelir düzeyli hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının, diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0.002$ ). Hastaların büyük çoğunluğu (%78.9) şuan herhangi bir işte çalışmamaktadır. Şu an herhangi bir işte çalışmayan hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p=0.402$ ) (Tablo 2).

Bipolar bozukluk tanısı dışında fiziksel bir hastalık öyküsü olanların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının başka bir hastalığı olmayanlara göre daha düşük olduğu ancak bu farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p=0.479$ ). Hastaların büyük çoğunluğu (%91.5) ilaçlarını düzenli olarak kullanmaktadır ve ilaçlarını düzenli kullanan ve kontrollerine düzenli gelen hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının, ilaçlarını düzenli kullanmayan ve kontrollerine düzenli olarak gelmeyen hastaların puan ortalamasına göre anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur ( $p=0.022$ ,  $p=0.02$ ) (Tablo 2).

Alkol kullanma durumlarına göre hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p=0.125$ ). Hastaların %60.9'unda bipolar bozukluk nedeniyle hastaneye yatış öyküsü vardır ve hastaneye yatış öyküsü bulunan hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının, hastaneye yatmayan hastalara göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p=0.513$ ) (Tablo 2).



**Tablo 2:** Hastaların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre RHİDÖ Puan Ortalamaları

ÖZELLİK	N	%	Mean	SS	t –testi	KW	P
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	53	74.6	<b>43,33</b>	12,94	MWU=314,0		<b>0.031</b>
Erkek	18	25.4	35,00	13,01			
<b>Medeni durum</b>							
Evli	39	54.9	40,43	11,78	KW=1,961	0.375	
Bekar	20	28.2	39,45	15,66			
Boşanmış	12	16.9	46,75	13,96			
<b>Eğitim durumu</b>							
İlkokul	28	39.4	<b>47,75</b>	12,95	KW=16,163	<b>0.001</b>	
Ortaokul	15	21.2	42,46	7,64			
Lise	14	19.7	37,71	12,23			
Üniversite	14	19.7	30,35	13,01			
<b>En uzun süre yaşamın yer</b>							
Köy	8	11.3	45,25	14,20	KW=1,247	0.536	
Kasaba	14	19.7	39,50	10,47			
Şehir	49	69.0	41,06	14,08			
<b>Sosyoekonomik durum</b>							
Gelir giderden az	34	47.9	<b>46,91</b>	11,85	KW=12,82	<b>0.002</b>	
Gelir gidere denk	34	47.9	36,82	12,43			
Gelir giderden fazla	3	4.2	26,66	14,15			
<b>Şuan herhangi bir işte çalışma</b>							
Evet	15	21.1	38,86	12,04	MWU=360,5	0.402	
Hayır	56	78.9	41,85	13,75			
<b>Başka hastalık öyküsü</b>							
Evet	17	23.9	38,70	12,84	MWU=406,5	0.479	
Hayır	54	76.1	42,01	13,56			
<b>İlaçlarını düzenli olarak içme</b>							
Evet	65	91.5	40,10	12,38	MWU=84,0	<b>0.022</b>	
Hayır	6	8.5	<b>53,33</b>	18,71			
<b>Kontrollere düzenli gelme</b>							
Evet	67	94.4	40,26	12,95	MWU=40,50	<b>0.020</b>	
Hayır	4	5.6	<b>57,25</b>	10,96			
<b>Alkol kullanma</b>							
Evet	4	5.6	32,50	8,22	MWU=72,50	0.125	
Hayır	67	94.4	41,74	13,48			
<b>Hastaneye yatış</b>							
Evet	43	60.6	42,18	13,91	MWU=546,5	0.513	
Hayır	28	39.4	39,75	12,61			

Bipolar bozukluk tanısı almış hastaların yaş, hastalık süresi ve BBİ alt ölçekleri ile RHİDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki tablo 3'te görülmektedir. Hastaların yaş ortalamaları ve hastalık süresi ile RHİDÖ arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0.947$ ,  $p=0.277$ ). Hastaların günlük etkinliklere katılım ve iş gibi işlevsellik alanları ile RHİDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0.125$ ,  $p=0.067$ ). BBİ-Ö'ne ait duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanma, ev içi ilişkiler, arkadaş ilişkileri, toplumsal etkinliklere katılım, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanma gibi işlevsellik alanları ile RHİDÖ arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir ( $p=0.001$ ,  $p=0.00$ ,  $p=0.002$ ,  $p=0.000$ ,  $p=0.021$ ,  $p=0.003$ ,  $p=0.000$ ,  $p=0.002$ ,  $p=0.022$ ) (Tablo 3).

**Tablo 3:** Hastaların Yaş, Hastalık Süresi, BBİ Alt Ölçekleri Ve RHİDÖ Puanları Arasındaki İlişki

Özellik	RHİDÖ
Yaş	R= -.008, P=0.947
Hastalık süresi	R= 0.131, P=0.277
Duygusal işlev	<b>R= -.383, P=0.001</b>
Zihinsel işlevsellik	<b>R= -.533, P=0.00</b>
Cinsel işlevsellik	<b>R= -.381, P=0.002</b>
Damgalanma hissi	<b>R= -.511, P=0.000</b>
İçe kapanma	<b>R= -.273, P=0.021</b>
Ev içi ilişkiler	<b>R= -.351, P=0.003</b>
Arkadaş ilişkileri	<b>R= -.407, P=0.000</b>
Toplumsal etkinliklere katılım	<b>R= -.364, P=0.002</b>
Günlük etkinliklere katılım	R= -.185, P=0.125
İnsiyatif alma ve potansiyelini kullanma	<b>R= -.272, P=0.22</b>
İş	R= -.267, P=0.067

## TARTIŞMA

Bipolar bozukluğu olan hastalar, sosyal geri çekilme, düşük benlik saygısı, yakın ilişkilerde azalma ya da hiçlik, diğerlerine bağımlılıkta artış, aile çatışmaları, iş kaybı ve sosyal işlevlerde bozulma gibi ciddi mesleki ve sosyal problemler yaşamaktadırlar (13). Tekrarlayan mani ve depresyon epizodları, alkol ve madde kullanımı, anksiyete, iletişim güçlükleri ve iş problemleri hastalığın yükünü artırmaktadır (14). Yaptığımız çalışmada bipolar bozukluk tanısı konan hastaların, duygusal işlevsellik puanı 7.61, zihinsel işlevsellik puanı 8.84, cinsellik puanı, 8.41, damgalama algısı puanı 8.52, içe kapanma puanı 6.67, ev içi ilişkiler puanı 14.33, arkadaş ilişkileri puanı 9.71, toplumsal etkinliklere katılım puanı 11.26, günlük etkinliklere katılım puanı 13.60, insiyatif alma puanı 5.54, iş puanı 9.16 olarak bulunmuştur. İş ve cinsel işlevsellik alanında ölçek maddelerine yanıt vermeyen hastalar olduğundan ölçek toplam puanı bu çalışma için hesaplanmamıştır. remisyonda olsalar bile işlevsellik düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu durum hastalık belirtileri ortadan kalksa bile hastaların eski işlevselliklerine tam olarak dönemmediklerini göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, hastaların, %44.6'sının işi uygulamak, %41.0'inin boş zaman aktivitelerinden hoşlanma, %43.5'inin aile ilişkilerinde, %36.7'sinin arkadaş ilişkilerinde, %36.2'sinin duygularını ifade etmede güçlük yaşadığı belirlenmiştir (5).

RHİDÖ'yü kullanarak yapmış olduğumuz bu çalışmada hastaların RHİDÖ'ünün maddelerine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; hastaların %39.4'ü insanların kendilerine farklı davrandıklarını, %35.2'si diğer insanların kendilerini ciddiye almadıklarını ifade ettikleri, hastaların %35.2'sinin eskisi kadar sosyal olmadığı, %49.3'ünün hastalık nedeniyle doyum verici bir hayat yaşamadığı, %36.6'sının diğer insanlarla birlikteken kendisini o ortama ait değilmiş gibi hissettiği, %46.5'inin ruhsal hastalık nedeniyle hayatından memnun olmadığı, %31'inin sosyal ortamlardan uzak durduğu, %64.8'inin kendisi hakkında pek fazla konuşmadığı, hastaların %23.9'unun ruhsal hastalığı olan kişilerin evlenmemesi gerektiğini düşündüğü, %73,2'sinin ruhsal hastalığı olan kişilerin topluma katkılarının olamayacağını düşündükleri saptanmıştır. Ülkemizde yürütülen ve bipolar bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların, damgalanma hissi alt başlığı altında yer alan sorulara verdikleri yanıtlar incelendiğinde; hastaların %46'sının kendilerini tam ya da kısmen yetersiz ya da eksikmiş gibi hissettikleri, yaklaşık %40'ının çevresindeki kişiler tarafından tam veya kısmen yetersiz veya eksikmiş gibi görüldüklerini düşündükleri, %60'ı hastalıklarının evlenme konusunda kendilerine olumsuzluk yaratacağını düşündükleri, mesleki işlevsellik açısından,

hastaların yaklaşık %55'inin hastalıklarının iş bulma konusunda zorluk yaşatacağını düşündükleri saptanmıştır (15). Hayward ve ark. yaptıkları çalışmada hastaların, toplum tarafından arkadaş olarak kabul edilmeyeceklerini, daha az zeki ve güvenilmez olarak değerlendirileceklerini, işverenlerin kendilerine iyi ücret vermeyeceklerini ve diğer işçilere davrandıkları gibi davranmayacaklarını, bayanların kendilerine görüşme randevusu vermeyeceklerini, psikiyatri kliniğine yattıkları için kendilerinin fikirlerini daha az ciddiye alacakları şeklinde düşündüklerini belirlemişlerdir (6).

Hastaların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre, içselleştirilmiş damgalama düzeyleri incelendiğinde, kadın hastaların içselleştirilmiş damgalama düzeyinin erkek hastalara oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Türk toplumunda kadın daha çok ev hanımı statüsündedir, ekonomik olarak erkeğe bağımlıdır, çocukların bakımıyla sorumludur. Hastalık nedeniyle hastanın işlevselliğinde meydana gelen bozulmalar kadının bu görevleri yerine getirmesinde problemlere yol açarak hastalarda daha fazla yetersizlik duygusuna neden olarak damgalamayı artırabilir. Çalışmamıza katılan 53 kadın hastadan sadece beşi şuan çalıştığını belirtmiştir. Yaş ile içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişki incelendiğinde, yaşın içselleştirilmiş damgalamayı etkilemediği belirlenmiştir. Yapılan bir başka çalışmada da yaş ile içselleştirilmiş damgalama arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir (7).

Çalışmamızda eğitim seviyesi ilkokul düzeyinde olan hastaların RHİDÖ puan ortalamasının diğer eğitim seviyesindeki hastaların RHİDÖ puan ortalamasına göre anlamlı oranda yüksek olduğu belirlenmiştir. Bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe ruhsal hastalıkların etiolojisinde kişisel ve sosyal nedenlerin daha az, biyolojik nedenlerin daha fazla sorumlu tutulduğu, eğitim düzeyi düşük olanların bilgilerinin yetersiz ve bazen yanlış olduğu, ruh sağlığı ve hastalıkları merkezlerini daha az kullandıkları ve geleneksel iyileştiricilere daha fazla başvurdukları bilinmektedir. Bunun nedeni etiketlenme ve dışlanma konusunda daha duyarlı olmaları ve bu nedenle bu merkezlerden uzak durmak istemeleridir (16). Bir başka çalışmada da eğitim düzeyi ile içselleştirilmiş damgalama arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ve eğitim düzeyi arttıkça içselleştirilmiş damgalamanın azaldığı belirlenmiştir (7).

Bu çalışmada yaşamının büyük bölümünü köyde geçiren hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalaması diğer yerleşim yerlerindeki hastalara göre daha yüksek olsa da bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bunun nedeni çalışmamızda yer alan ve

köyde yaşayan hasta sayısının çok az olması olabilir. Kırsal kesimde damgalama ve damgalanma daha önemli bir sorundur. Damgalamanın etkisi ile alt sosyal sınıftakiler, diğerlerine göre ruhsal hastalıkları daha fazla bir “leke” gibi görme eğilimindedir. Düşük sosyoekonomik ve sosyal sınıfta olanlar ya da kırsal kesimde yaşayanlar damgalanma endişesini daha fazla yaşamaktadırlar. Bu nedenle de bu sınıftaki kişiler ne kendileri ne de yakınları için psikiyatrik yardım isteğinde bulunmamayı tercih etmektedir. Bazen sağaltım konusunda yeterli bilgileri olmasına karşın bu endişe nedeni ile bildikleri halde doğru adrese ulaşamamaktadır. Kırsal kesimde ve alt toplumsal sınıflardaki kişilerin sağaltım kavramını önemsememeleri ve tıp dışı geleneksel iyileştiricilere daha fazla başvurma nedenlerinden birisi de bu korkudur (16).

Çalışmamızda hastalık nedeniyle hastaneye yatış öyküsü olan hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının hastaneye yatış öyküsü olmayan hastalara, göre daha yüksek olduğu görülmektedir ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. İlaçlarını düzenli olarak kullanmayan hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç hastaların damgalama korkusunun ilaç tedavisine uyum göstermelerini olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda kontrollerine düzenli olarak gelmeyen hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalaması, kontrollerini düzenli gelen hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Hastaneye gelip gitme hastalar için çevre tarafından damgalanmaya zemin hazırlayabileceğinden dolayı hastaların, kontrollerini aksatmalarına neden olabilir. Sürekli ilaç kullanma gerekliliği (özellikle şizofreni ya da bipolar bozukluk tanılı hastalarda) damgalanma algısının artmasına neden olmaktadır. Sürekli ilaç kullanmak zorunda kalan hastaların sağaltıma uyumları uzun dönemde giderek bozulmaktadır ve tedaviye uyumdaki bu bozulmanın ilaçların yan etkilerine bağlı olmadığı, damgalanma algısına ya da korkusuna bağlı olduğu görülmüştür (3). İçselleştirilmiş damgalama, hastaların tıbbi tedavi ve psiko-sosyal tedavi yaklaşımlarına katılımlarına ve tedaviye uymalarını zorlaştırarak iyileşmelerini engellemektedir (17).

Hastaların işlevsellik düzeyi ile içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişki incelendiğinde; duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanma, ev içi ilişkiler, arkadaş ilişkileri, toplumsal etkinliklere katılım ve inisiyatif alma ve potansiyelini kullanma gibi işlevsellik düzeyleri ile içselleştirilmiş damgalama düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu, işlevsellikteki bozulma arttıkça içselleştirilmiş damgalamanın olumsuz yönde arttığı belirlenmiştir. Hastalık nedeni ile bir işlev yitiminin ortaya çıktığı ve bu

nedenle daha önceki mesleki ve toplumsal işlevlerinde eskiye göre daha fazla bozulma gösteren hastalarda damgalanma algısı daha yüksek düzeylerde olmaktadır. Damgalanma algısı nedeni ile hastalar hastalık etkilerinden bağımsız olarak eski toplumsal ve mesleki rollerine tekrar dönememektedir. Ayırmadan ve reddedilmeden kaçınmak için, ruhsal hastalığı olan bireyler benzer şekilde damgalanan veya damgalamanın farkında olan veya kabul eden bireylerle örneğin aile üyeleri gibi sosyal etkileşimlerini sınırlandırır (18). Cerit ve ark. yaptığı çalışmada da hastaların işlevsellik düzeyi ile içselleştirilmiş damgalama düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu ve işlevsellik arttıkça içselleştirilmiş damgalamanın azaldığı belirlenmiştir (7). Yapılan bir başka çalışmada da, otonomi, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, ekonomik konular, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri gibi işlevsellik alanları ile içselleştirilmiş damgalama arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (19). Bir başka çalışmada da yüksek içselleştirilmiş damgalamanın düşük işlevsellik puanı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (8).

Çalışmamızda toplumsal etkinliklere katılım, arkadaş ilişkileri ve aile içi ilişkiler gibi diğer insanlarla etkileşimi gerektiren işlevsellik alanlarındaki bozulmanın içselleştirilmiş damgalamayı olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Perlick ve ark. bipolar bozukluk tanısı konan hastalarla yaptıkları çalışmada, yüksek düzeyde damgalama endişesi bildiren hastaların, aile dışındaki kişilerle etkileşimlerinde daha fazla bozulmuş sosyal işlevsellik gösterdikleri ancak aile üyeleriyle etkileşimlerinde ise bunun olmadığı belirlenmiştir (18).

Fung ve ark.nın çalışmasında damgalamanın, benlik saygısı, öz yeterlilik ve psikososyal tedaviye uyumda olumsuz bir role sahip olduğu saptanmıştır (17). Morselli ve ark. hastaların yüksek akademik başarıya sahip olmalarına rağmen iş edinirken güçlük yaşadıkları, hastaların %36.4'ünün genel yaşamda, %18.1'inin aile içinde, %13.9'unun iş yerinde damgalanmış hissettiğini belirlemişlerdir (5). Bizim çalışmamızda hastaların %64,8'i hastalıklarının işe alınmalarını zorlaştıracağını ifade etmiştir ve çalışmaya katılan hastaların %78.9'unun herhangi bir işte çalışmıyor olması bu sonucu desteklemektedir.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Bipolar bozukluğu olan hastaların içselleştirilmiş damgalama ile işlevsellik düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan çalışmanın sonucunda; kadın hastalarda, düşük eğitim seviyesine sahip, düşük gelirli, ilaçlarını düzenli almayan, kontrollerine düzenli gitmeyen hastaların içselleştirilmiş damgalama düzeyinin daha yüksek olduğu, hastaların

işlevsellik düzeyi azaldıkça içselleştirilmiş damgalama düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Bu bulgular ışığında;

- Bireyler damgalamanın etkisi nedeniyle önerilen tedaviyi uygulama ve kontrollere gelmeyi reddedebilirler, bu nedenle hastalık ve tedavi hakkında bireylerin eğitim seviyelerine uygun olan bilginin verilmesiyle, bireylerin hastalığı kabullenmesine ve tedaviye yönelik kaygılarını dile getirmelerine olanak sağlayarak hastalıkla ve tedavi ile ilgili yanlış inançları düzeltilmeye çalışılmalıdır.

- Genel işlevsellikteki bozulma arttıkça hastaların içselleştirilmiş damgalama düzeyi arttığından, bu hastaların işlevselliklerini artırmaya yönelik olarak, psiko-sosyal beceri eğitimi gibi psiko-eğitim gibi uygulamaların artırılması,

- Hemşirelerin hastaları içselleştirilmiş damgalama yönünden değerlendirmeleri ve içselleştirilmiş damgalamayı azaltmaya yönelik uygulamalara taburculuk programı içinde yer vermeleri önerilebilir.

## **KAYNAKLAR**

1.Taşkın EO. (ed.), Kaptanağlı C. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama:Psikanalitik Açıdan Damgalama ve Ayrımcılık. 1. Baskı. Meta Basım ve Matbaacılık., İzmir-2007. ss:59-66.

2.Taşkın EO(ed.), Taşkın EO. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. :Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık 1. Baskı. Meta Basım ve Matbaacılık., İzmir-2007. ss:17-30.

3.Taşkın EO(ed.), Taşkın EO. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama:İçselleştirilmiş Damgalama ve Damgalanama Algısı. 1. Baskı. Meta Basım ve Matbaacılık., İzmir-2007. ss:31-40.

4.Aydemir Ö. Bipolar Bozukluğa Yönelik Tutumlar Ve Damgalama. 3P Dergisi (ek 3) Eylül 2004;12:61-64.

5.Morselli PL, Elgie R. GAMIAN-Europe/BEAM Survey I- Global Analysis Of A Patient Questionnaire Circulated To 3450 Members Of 12 European Advocacy Groups Operating In The Field Of Mood Disorders. Bipolar Disorders 2003; 5(4):265-278.

6.Hayward P, Wong G, Bright A, Lam D. Stigma And Self-Esteem In Manic Depression: An Exploratory Study. Journal of Affective Disorders 2002; 69: 61-67.

7.Cerit C, Filizer A, Tural Ü, tufan AE. Stigma: A Core Factor On Predicting Functionality İn Bipolar Disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2012; 53: 484-489.

8.Vazquez GH, Kapczinski F, Magalhaes PV, Cordoba R, Lopez Caramillo C, Rosa AR at al. Stigma And Functioning İn Patients With Bipolar Disorder. *Journal of affective Disorders* 2011; 130: 323-327.

9.Goossens PJJ, Knoppert-van der Klein EAM, Kroon H, van Achterberg T. Self Reported Care Needs Of Outpatients With Bipolar Disorder İn The Netherlands: A Quantitative Study. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 2007; 14(6): 549-557.

10.Boyd-Ritsher J, Otilingam PG, Grajales M. Internalized Stigma Of Mental İllness: Psychometric Properties Of A New Measure. *Psychiatric Research* 2003; 121:31-49.

11.Ersoy MA, Varan A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği Türkçe Formunun Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(2): 163-171.

12.Aydemir Ö, Eren İ, Savaş H, Oğuzhanoglu NK, Koçal N, Özgüven HD ve ark. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenilirlik Ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(4):344-352.

13.Walsh J. *Psychoeducation İn Mental Disorder*. Los Angeles:Lycium Inc; 2010.

14.Proudfoot JG, Parker GB, Benoit M, Manicasagar V, Smith M, Gayed A. What Happens After Diagnosis? Understanding The Experiences Of Patients With Newly Diagnosed Bipolar Disorder. *Health Expectations* 2009;12(2):120-129.

15.Taşkın EO(ed.), Aydemir Ö. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama: Bipolar Bozukluğa Yönelik Tutum Ve Damgalama. 1. Baskı. Meta Basım ve Matbaacılık., İzmir-2007. ss:156-165.

16.Taşkın EO(ed.), Taşkın EO. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama:Ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve damgalamayı etkileyen faktörler. 1. Baskı. Meta Basım ve Matbaacılık., İzmir-2007. ss:73-114.

17. Fung KT, Tsang HWH, Corrigan PW, Lam CS, Cheng WM. Measuring Self Stigma Of Mental İllness İn China And İts İmplications For Recovery. *International Journal of Social Psychiatry* 2007; 53(5): 408-418.

18.Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, Salahi J, Struening EL at al. Stigma As A Barrier To Recovery Adverse Effects Of Perceived Stigma On Social



Adaptation Of Persons Diagnosed With Bipolar Affective Disorder. *Psychiatric Services* 2001; 52(12):1627- 1632.

19.Thome ES, Dargel AA, Migliavcca FM, Potter WA, Jappur DMC, Kapczinski F at al. Stigma Experiences İn Bipolar Patients: The İmpact Upon Functioning. *Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing* 2012 Oct; 19(8):665-671.