Araştırma
Research
Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2026; 18(Suppl 1):65-77
doi: 10.18863/pgy.1887740

Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Genel İşlevsellik ile Aile İşlevselliği ile İlişkisi

Internalized Stigma and Its Associations with General and Family Functioning in Patients with Bipolar Disorder

Mehmet Avan[1], Oğuzhan Uğur[2], Ceyda Acılıoğlu[3], Neşe Burcu Bal[4], Esra Kabadayı Şahin[5], Ali Çayköylü[5]

[1]Kızılcahamam Devlet Hastanesi, Ankara
[2]Sivas Devlet Hastanesi, Sivas
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara
[4]Serbest Psikiyatrist, Ankara
[5]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, remisyon dönemindeki bipolar bozukluk hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile genel işlevsellik ve aile dinamikleri arasındaki ilişkileri incelemeyi amaçlamıştır.
Yöntem: Bir tedavi kliniğinde izlenen bipolar bozukluk tip I tanılı toplam 84 birey çalışmaya dahil edildi. İçselleştirilmiş damgalanma, genel işlevsellik ve aile işlevselliğini sırasıyla Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirildi.
Bulgular: Yaş, cinsiyet, hastalık süresi ve epizod sayısı dahil olmak üzere çoğu demografik ve klinik özellik, içselleştirilmiş damgalanma ile anlamlı düzeyde ilişkili değildi. İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği puanları, çalışma durumu ve alkol kullanımı açısından farklılık göstermekteydi. Daha kötü aile işlevselliği, daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile ilişkiliydi (r = 0,314; p = 0,005). Keşifsel regresyon modelinde, daha kötü aile işlevselliği daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma ile anlamlı düzeyde ilişkiliydi (B = 9,779; %95 GA: 3,07–16,48).
Sonuç: Aile işlevselliği, remisyon dönemindeki bipolar bozukluk hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın önemli bir psikososyal ilişkili değişkeni olabilir. Aile temelli değerlendirme ve müdahalelerin tedaviye dahil edilmesi, öz-damgalanmayı azaltmaya ve uzun dönem iyileşmeyi desteklemeye yardımcı olabilir.
Anahtar sözcükler: Bipolar bozukluk, içselleştirilmiş damgalanma, aile işlevselliği, remisyon, psikososyal sonuçlar

ABSTRACT

Objective: This study explored associations between internalized stigma, overall functioning, and family dynamics in individuals with bipolar disorder during remission.
Methods: Eighty-four adults with bipolar I disorder followed at a specialized clinic were included. Internalized stigma, general functioning, and family functioning were measured with the Internalized Stigma of Mental Illness Scale, the Functioning Assessment Short Test, and the Family Assessment Device.
Results: Most demographic and clinical characteristics, including age, gender, illness duration, and number of episodes, were not significantly associated with internalized stigma. Internalized Stigma of Mental Illness Scale scores differed according to employment status and alcohol use. Poorer family functioning correlated with greater internalized stigma (r = 0.314, p = 0.005). In the exploratory regression model, poorer family functioning was significantly associated with higher internalized stigma (B = 9.779, 95% CI: 3.07–16.48).
Conclusion: Family functioning may be an important psychosocial correlate of internalized stigma in individuals with bipolar disorder in remission. Incorporating family-based assessments and interventions into treatment may help reduce self-stigma and support long-term recovery.
Keywords: Bipolar disorder, internalized stigma, family functioning, remission psychosocial outcomes

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Mehmet Avan, Kızılcahamam Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye
e-mail: mmehmetavan@gmail.com
Geliş tarihi/Received: 21.02.2026 | **Kabul tarihi/Accepted:** 27.07.2026

Giriş

Damgalanma, bireylerin toplumsal beklentilere aykırı düşen kişisel özellikleri nedeniyle dışlanması veya olumsuz biçimde yargılanmasıyla ortaya çıkar (Goffman 1986, Sori ve ark. 2022). Ruh sağlığı alanında damgalanma; toplumsal tutumlar, kendilik algısı, kurumsal engeller, işyerinde ayrımcılık ve içselleştirilmiş inançlar da dahil olmak üzere farklı boyutlarda kendini gösterir (Thornicroft ve ark. 2007, Brohan ve ark. 2010, Ahmedani 2011, Subu ve ark. 2021). Bunlar arasında, olumsuz toplumsal tutumların birey tarafından içe özümsenmesi olarak tanımlanan içselleştirilmiş damgalanmanın, etkilenen bireyler açısından özellikle zararlı olduğu belirlenmiştir (Kök Eren ve Demir 2018). Bu süreç genellikle psikiyatrik tanı sonrasında ortaya çıkar; açık bir ayrımcılık yaşanmasa bile bireyler kendilerini aşağı ya da değersiz olarak algılamaya başlar (Ritsher ve Phelan 2004, Kılınçel ve Ay 2022). Bu içsel süreç, benlik değerinde azalma, utanç, sosyal içe kapanma ve nihayetinde iyileşmenin bozulmasına yol açabilir (Livingston 2013, Corrigan ve ark. 2014).

Bipolar bozukluk (BB), şizofreni veya diğer ağır ruhsal hastalıklara kıyasla genellikle daha az damgalanan bir hastalık olarak algılansa da, BB tanılı bireyler sıklıkla yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma bildirmektedir (Aydemir 2004). Bu öz-damgalanma, ruhsal hastalıklara ilişkin toplumsal kalıp yargı ve önyargıların benimsenmesini içerir ve genellikle bilinçdışı bir şekilde gerçekleşir (Drapalski ve ark. 2013, Tanabe ve ark. 2016, Türk ve Uğurlu 2023). Damgalanma hissi, açık bir ayrımcılık yaşanıp yaşanmadığına bakılmaksızın, ilk psikiyatrik görüşme veya tanı anında bile ortaya çıkabilir (Çam ve Çuhadar 2011). Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin üçte biri bu tür deneyimler bildirmektedir (Çuhadar ve Çam 2014). Ruh sağlığı damgalanmasına ilişkin erken dönem araştırmalar ağırlıklı olarak şizofreni üzerine odaklanmış olsa da (Bal ve ark. 2023), BB'de içselleştirilmiş damgalanmanın daha kötü hastalık sonuçları ve azalmış işlevsellikle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Au ve ark. 2019).

İçselleştirilmiş damgalanma, hem klinik hem de kültürler arası araştırmalarda tutarlı biçimde gösterildiği üzere, bipolar bozukluğu olan bireyler tarafından sıklıkla bildirilmektedir (Pal ve ark. 2017). Sıklığının ötesinde, içselleştirilmiş damgalanma tedaviye uyumu da belirgin biçimde zayıflatmaktadır; zira damgalanmayı içselleştiren bireylerin ilaç tedavisine uyumu sürdürme olasılığı daha düşüktür (Howland ve ark. 2016). Bu zararlı etkiler, remisyon dönemi de dahil olmak üzere farklı duygudurum evrelerinde devam etmekte olup, içselleştirilmiş damgalanmanın iyileşme sürecinde kalıcı bir engel oluşturduğunu vurgulamaktadır (Post ve ark. 2018).

Tedaviye uyum üzerindeki olumsuz etkisinin yanı sıra, içselleştirilmiş damgalanma sosyal, mesleki ve bilişsel alanlar dahil olmak üzere genel işlevsellikte bozulmalarla da ilişkilendirilmiştir. Semptomların şiddeti veya duygudurumdan bağımsız olarak, önceki araştırmalar yüksek düzeyde öz-utanç yaşayan bireylerin daha düşük işlevsel kapasite bildirme eğiliminde olduğunu göstermiştir (Au ve ark. 2019). Dolayısıyla içselleştirilmiş damgalanma, iyileşme sürecini yalnızca kliniğe uyumsuzluk yoluyla değil, daha geniş kapsamlı psikososyal işlevselliği zayıflatarak da olumsuz etkileyebilir.

Damgalanmanın işlevselliği bozabileceği olası psikososyal mekanizmalardan biri, davranışsal kopma ve sosyal içe çekilme ile karakterize kaçınma temelli baş etmedir (Çam ve Çuhadar 2011). Damgalanmanın yanı sıra, aile işlevselliği de BB'de hastalık seyrinin şekillenmesinde kritik bir rol oynamaktadır. BB'nin kronik ve epizodik doğası göz önüne alındığında, etkilenen bireyler günlük işlevselliklerini sürdürebilmek için sıklıkla ailesel desteğe dayanmaktadır (Köroğlu ve Çiçek 2019). Çatışma, düşük bütünlük ve zayıf iletişim gibi işlevsiz aile dinamikleri, artmış semptomlar ve engellenmiş işlevsel iyileşme ile ilişkilendirilmiştir (Zhang ve ark. 2019). Ayrıca, aileyle ilişkili etmenler, BB tanılı bireylerde psikososyal uyum ve hastalıkla ilgili deneyimlerle de ilişkili olabilir (Hançer ve ark. 2020).

Önceki araştırmalar damgalanma ve aile işlevselliğinin BB sonuçları üzerindeki ayrı ayrı etkilerini incelemiş olsa da, özellikle remisyon döneminde bu etmenler arasındaki ilişkileri araştıran çalışma sayısı sınırlıdır. Ayrıca literatür ağırlıklı olarak şizofreni de dahil olmak üzere psikotik bozukluklar üzerinde yoğunlaşmıştır (DeLuca ve ark. 2021). Literatürdeki bu boşluktan yola çıkarak, bu çalışmada remisyon dönemindeki BB hastalarında içselleştirilmiş damgalanma, aile işlevselliği ve genel işlevsellik arasındaki ilişkileri incelemeyi amaçladık. Bu psikososyal değişkenlerin birlikte değerlendirilmesi, mevcut çalışmanın BB'de içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili etmenlerin daha kapsamlı anlaşılmasına katkı sağlayabileceğini

düşündürmektedir. Bu çalışma, bu popülasyonda uzun dönemli iyileşmeye yönelik aile merkezli yaklaşımları desteklemeyi ve önemli psikososyal korelatları belirleyerek klinik müdahalelere yol göstermeyi amaçlamaktadır. Remisyon dönemindeki BB hastalarında daha yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanmanın, daha kötü aile işlevselliği ve daha kötü genel işlevsellik ile ilişkili olacağı hipotezini öne sürdük.

Yöntem

Çalışma Tasarımı ve Katılımcılar

Bu kesitsel çalışmaya, Nisan 2023 ile Ağustos 2023 tarihleri arasında üçüncü basamak bir hastane olan Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin uzmanlaşmış psikiyatri polikliniğine başvuran, 18-65 yaş aralığında ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre Bipolar Bozukluk Tip I (BB-I) tanısı alan 84 birey dahil edilmiştir. Hedeflenen örneklem büyüklüğü, BB tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ile genel işlevsellik arasında negatif bir ilişki bulunduğunu gösteren önceki literatürden yola çıkılarak belirlenmiştir (Au ve ark. 2019).

Çalışmaya dahil edilme ölçütleri şunlardır: (1) 18-65 yaş aralığında olmak, (2) DSM-5 tanı ölçütlerine göre BB-I tanısı almış olmak, (3) değerlendirme sırasında klinik remisyon döneminde olmak, (4) çalışma prosedürlerine uyum sağlayabilecek yeterli bilişsel ve fiziksel kapasiteye sahip olmak ve (5) yazılı bilgilendirilmiş onam vermek.

G*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak, korelasyon analizi için gereken minimum örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla önsel (a priori) bir güç analizi yapılmıştır. Orta düzey bir etki büyüklüğü (r = 0,30), 0,05 alfa düzeyi ve 0,80 istatistiksel güç varsayımlarına dayanılarak gerekli örneklem büyüklüğü 84 olarak hesaplanmıştır. Nihai örneklem büyüklüğü, planlanan korelasyon analizi için gereken minimum koşulu karşılamıştır. Keşifsel regresyon analizi için ayrı bir önsel güç analizi yapılmamıştır.

Dışlanma ölçütleri şunlardır: karışık özelliklerle birlikte olan veya olmayan mevcut bir manik, hipomanik ya da major depresif atağın bulunması; ağır bir komorbid psikiyatrik bozukluğun varlığı; genel işlevselliği bozabilecek veya çalışmaya katılımı engelleyebilecek bir nörolojik bozukluk ya da ciddi bir tıbbi durumun bulunması; zihinsel yetersizlik veya belirgin bilişsel gerileme; ve değerlendirmeyi engelleyebilecek düzeyde belirgin işitme veya görme bozukluğu.

Çalışma dönemi boyunca toplam 117 hasta uygunluk açısından değerlendirilmiştir. Bunlardan 33'ü çalışmaya dahil edilmemiştir: 17'si remisyon ölçütlerini karşılamamış, 2'sinde zihinsel yetersizlik veya belirgin bilişsel gerileme saptanmış ve 14'ü çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Ağır komorbid psikiyatrik bozukluk, nörolojik bozukluk veya ciddi bir tıbbi durum ya da değerlendirmeyi engelleyen işitme veya görme bozukluğu nedeniyle hiçbir hasta dışlanmamıştır. Sonuç olarak, 84 katılımcı nihai analize dahil edilmiştir.

Uygulama

Çalışma dönemi boyunca uzmanlaşmış polikliniğe başvuran uygun hastalar, çalışmanın amacı ve süreçleri hakkında bilgilendirilmiştir. Dahil edilme ölçütlerini karşılayan ve herhangi bir dışlanma ölçütünü taşımayan hastalar çalışmaya katılmaya davet edilmiştir. Yazılı bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra katılımcılar, bir psikiyatrist tarafından yürütülen klinik psikiyatrik görüşmeden geçirilmiştir. Tanısal uygunluk ve remisyon durumunun değerlendirilmesinde aynı klinik görüşme kullanılmıştır. Çalışma, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu tarafından onaylanmış (onay numarası: 2023-02/22; tarih: 09.02.2023) ve Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütülmüştür.

Remisyon durumu, klinik görüşme sırasında psikiyatrist tarafından değerlendirilmiş ve mevcut klinik izlem kayıtlarının incelenmesiyle desteklenmiştir. Hastalar, değerlendirme anında karışık özelliklerle birlikte olan veya olmayan mevcut bir manik, hipomanik ya da major depresif atağa ilişkin DSM-5 ölçütlerini karşılamadıklarında ve çalışmaya dahil edilmeden önce en az iki ay boyunca klinik olarak stabil kaldıklarında remisyonda kabul edilmiştir. Standardize bir mani veya depresyon değerlendirme ölçeği uygulanmamış; bu nedenle remisyonu belirlemek için önceden tanımlanmış ölçek tabanlı kesme puanları kullanılmamıştır.

Klinik psikiyatrik görüşmenin ardından katılımcılar, sosyodemografik veri formunu ve çalışma ölçeklerini tek bir değerlendirme oturumunda tamamlamıştır. Mevcut psikotrop ilaç kullanımı da dahil olmak üzere sosyodemografik ve klinik bilgiler, katılımcı beyanlarından ve klinik kayıtlardan elde edilmiş ve yapılandırılmış bir veri formu kullanılarak kaydedilmiştir. Klinik kayıtların güvenilirliği, tedaviyi yürüten hekimler tarafından tanı, tedavi ve izlem bilgilerinin rutin olarak belgelenmesi ve katılımcı beyanı klinik bilgilerin mevcut kayıtlarla çapraz kontrol edilmesiyle desteklenmiştir. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (ISMI), Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (FAST) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (FAD), gerektiğinde araştırmacı gözetiminde katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Formların nasıl doldurulması gerektiğini açıklığa kavuşturmak amacıyla katılımcıların yanıtlarını etkilemeyecek şekilde standardize talimatlar verilmiştir. Katılım için herhangi bir maddi karşılık sağlanmamıştır.

Ölçekler

Sosyodemografik Veri formu

Katılımcıların demografik özelliklerine ve bipolar bozuklukla ilgili klinik özelliklerine, mevcut psikotrop ilaç kullanımı da dahil olmak üzere, ilişkin bilgileri toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen yapılandırılmış bir anket kullanılmıştır.

Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (FAST)

FAST, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde işlevselliği değerlendirmek amacıyla geliştirilen, Likert tipi derecelendirmeyle puanlanan 24 maddelik bir ölçektir (Rosa ve ark. 2007). Yüksek puanlar daha kötü işlevselliği göstermektedir. Orijinal geçerlilik-güvenilirlik çalışmasında ölçek, mükemmel bir iç tutarlılık (Cronbach alfa = 0,909), bir haftalık aralıkla ölçülen güçlü bir test-tekrar test güvenilirliği (ICC = 0,98) ve Genel İşlevsellik Değerlendirmesi puanıyla güçlü negatif bir korelasyon ($r = -0,903$; $p < 0,001$) ile gösterilen iyi bir eşzamanlı geçerlilik sergilemiştir (Rosa ve ark. 2007).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Aydemir ve Uykur (2012) tarafından gerçekleştirilmiş olup, mükemmel bir iç tutarlılık (Cronbach alfa = 0,960) ve yüksek test-tekrar test güvenilirliği ($r = 0,945$) bildirilmiştir (Aydemir ve Uykur 2012). FAST, işlevselliği altı temel alanda değerlendirmektedir: kişilerarası ilişkiler, mesleki yaşam, özerklik, bilişsel performans, mali güçlükler ve boş zaman değerlendirmesi. Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışmasında, FAST puanları Bipolar Bozukluk İşlevsellik Anketi'nin ilgili alanlarıyla ilişkilendirilmiştir. Ölçek ayrıca semptomatik atak yaşayan hastaları, remisyondaki hastalardan ve sağlıklı kontrollerden 0,824'lük ROC eğrisi altında kalan alan değeriyle etkin biçimde ayırt etmiştir (Aydemir ve Uykur 2012).

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (ISMI)

ISMI, ruhsal bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanmayı değerlendirmek amacıyla Ritsher ve arkadaşları tarafından standardize bir öz-bildirim ölçeği olarak geliştirilmiştir (Ritsher ve ark. 2003). Ölçek 29 madde içermekte olup yabancılaşma, kalıp yargıyı onaylama, algılanan ayrımcılık, sosyal içe çekilme ve damgalanmaya direnç olmak üzere beş alanı değerlendirmektedir. Orijinal geçerlilik-güvenilirlik çalışmasında ISMI, yüksek bir iç tutarlılık (Cronbach alfa = 0,90) ve test-tekrar test güvenilirliği ($r = 0,92$) göstermiştir. Alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları 0,58 ile 0,80 arasında değişmiştir (Ritsher ve ark. 2003). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Ersoy ve Varan (2007) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Türkçe form, toplam ölçek için yüksek bir iç tutarlılık (Cronbach alfa = 0,93), 0,89'luk bir yarılama güvenilirlik katsayısı ve 0,63 ile 0,87 arasında değişen alt ölçek Cronbach alfa katsayıları göstermiştir. Türkçe formun yakınsak geçerliliği; depresyon, benlik saygısı, psikiyatrik semptom şiddeti, algılanan sosyal destek ve genel işlevsellik ölçümleriyle olan anlamlı korelasyonlarla desteklenmiştir (Ersoy ve Varan 2007).

Aile Değerlendirme Ölçeği (FAD)

Aile işlevselliğini değerlendirmek amacıyla, ilk olarak Epstein ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen McMaster Aile Değerlendirme Ölçeği (FAD) kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe formu olan Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Bulut (1990) tarafından uyarlanmıştır. FAD; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilirlik, duygusal iç içelik, davranış kontrolü ve genel işlevler olmak üzere yedi alt ölçekten oluşan, 60

maddelik bir öz-bildirim ölçeğidir. Orijinal geliştirme çalışmasında, alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları 0,72 ile 0,92 arasında değişmiş ve ölçek, klinik olarak sağlıklı ve sağlıksız aileleri ayırt edebilme yeteneği göstermiştir (Epstein ve ark. 1983). Türkçe uyarlamada, alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları 0,38 ile 0,86 arasında, test-tekrar test güvenilirlik katsayıları ise 0,62 ile 0,90 arasında değişmiştir (Bulut 1990). Maddeler, "kesinlikle katılıyorum" ile "kesinlikle katılmıyorum" arasında değişen dörtlü Likert tipi bir ölçek üzerinden derecelendirilmektedir. Ters puanlanan maddeler tersine kodlanmakta olup, yüksek puanlar daha kötü aile işlevselliğine işaret etmektedir.

İstatistiksel Analiz

Sürekli değişkenleri özetlemek amacıyla ortalama, standart sapma, medyan ve dağılım aralığı (minimum-maksimum) dahil olmak üzere tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Kategorik değişkenler frekans ve yüzde olarak bildirilmiştir. Yaş, hastalık süresi, duygudurum atağı sayısı, psikiyatrik hastane yatışı sayısı ile ISMI, FAST ve FAD puanları için normal dağılım varsayımını değerlendirmek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Çeşitli sürekli değişkenler normal dağılım varsayımını karşılamadığından, grup karşılaştırmaları ve korelasyon analizleri için parametrik olmayan testler kullanılmıştır.

Cinsiyet, yalnız yaşama, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve intihar düşüncesi varlığı dahil olmak üzere iki kategorili sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre tanımlanan gruplar arasında ISMI toplam puanlarını karşılaştırmak için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Eğitim düzeyi, medeni durum ve çalışma durumu dahil olmak üzere üç veya daha fazla kategorisi olan değişkenler arasında ISMI toplam puanlarını karşılaştırmak için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. İkili post hoc karşılaştırmalar yapılmamış olup, bu nedenle istatistiksel olarak anlamlı Kruskal-Wallis bulguları temkinli biçimde yorumlanmıştır. ISMI toplam puanlarının yaş, hastalık süresi, duygudurum atağı sayısı, psikiyatrik hastane yatışı sayısı, FAST puanları ve FAD puanlarıyla ilişkisini incelemek amacıyla Spearman sıra korelasyon analizi kullanılmıştır. FAD puanı, çalışmanın birincil amacına ve aile işlevselliği ile içselleştirilmiş damgalanma arasında bir ilişki olduğunu öne süren önceki literatüre dayanılarak bağımsız değişken olarak önsel (a priori) şekilde seçilmiştir. Veriye dayalı veya adım adım (stepwise) bir değişken seçim yöntemi uygulanmamıştır.

Bağımlı değişken olarak ISMI toplam puanı, bağımsız değişken olarak FAD toplam puanı kullanılarak basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Bu regresyon analizi, aile işlevselliği ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki istatistiksel ilişkiyi değerlendirmek amacıyla keşifsel bir model olarak yürütülmüştür. Doğrusallık, artıkların normal dağılımı ve eşvaryanslılık dahil olmak üzere regresyon varsayımları analizden önce değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics 20.0 sürümü kullanılarak gerçekleştirilmiştir. İki yönlü p değerinin <0,05 olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya, remisyonda olan Bipolar Bozukluk Tip I tanılı toplam 84 birey dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 42,57 ± 10,96 yıl olup, medyan yaş 43'tür (dağılım aralığı: 20-63). Örneklemin %45,2'si (n = 38) erkek, %54,8'i (n = 46) kadındır. Eğitim düzeyine bakıldığında, %33,3'ü (n = 28) 8-12 yıl, %65,5'i (n = 55) ise 12 yıl veya üzeri eğitim almıştır. Medeni durum dağılımı, %35,7'sinin (n = 30) bekar, %44'ünün (n = 37) evli, %4,8'inin (n = 4) dul ve %14,3'ünün (n = 12) boşanmış olduğunu göstermiştir. Kiminle yaşadığına bakıldığında, %11,9'u (n = 10) yalnız, %47,6'sı (n = 40) eş veya çocuklarıyla, %31'i (n = 26) ebeveynleriyle ve %8,3'ü (n = 7) diğer kişilerle yaşamaktadır. Çalışma durumuna bakıldığında, %31'i (n = 26) işsiz, %44,0'ı (n = 37) çalışıyor, %20,2'si (n = 17) emekli ve %3,6'sı (n = 3) öğrencidir. Katılımcıların %44,0'ı (n = 37) sigara kullandığını, %54,8'i (n = 46) ise kullanmadığını bildirmiştir. Alkol kullanımı %17,9 (n = 15) oranında bildirilirken, %81,0'i (n = 68) alkol kullanmadığını belirtmiştir (Tablo 1).

Klinik değişkenler açısından, ortalama manik atak sayısı 3,57 ± 3,45 (medyan = 3, dağılım aralığı: 1-25), ortalama depresif atak sayısı ise 3,00 ± 3,21'dir (medyan = 2, dağılım aralığı: 0-25). Toplam atak sayısı ortalaması 6,56 ± 6,12 (medyan = 5, dağılım aralığı: 1-50) olarak bulunmuştur. Ortalama psikiyatrik hastane yatışı sayısı 1,78 ± 1,79 (medyan = 1, dağılım aralığı: 0-9), ortalama hastalık süresi ise 17,10 ± 9,54 yıldır (medyan = 16, dağılım aralığı: 1-40). Katılımcıların %52,4'ü (n = 44) komorbid fiziksel hastalık bildirmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri		
Değişkenler	**Ortalama ± SS [Medyan (Min-Maks)]**	
Yaş (yıl)	42,57 ± 10,96 [43 (20-63)]	
Cinsiyet	n	%
Erkek	38	45,2
Kadın	46	54,8
Eğitim		
8-12 yıl	28	33,3
≥12 yıl	55	65,5
Medeni Durum		
Bekar	30	35,7
Evli	37	44,0
Dul	4	4,8
Boşanmış	12	14,3
Kiminle Yaşadığı		
Yalnız	10	11,9
Eş/Çocuklarla	40	47,6
Ebeveynleriyle	26	31,0
Diğer	7	8,3
Çalışma Durumu		
İşsiz	26	31,0
Çalışıyor	37	44,0
Emekli	17	20,2
Öğrenci	3	3,6
Sigara Kullanımı	37	44,0
Alkol Kullanımı	15	17,9

SS, standart sapma; Min, minimum; Maks, maksimum; n, katılımcı sayısı. Not: Eksik yanıtlar nedeniyle geçerli n her madde için değişmektedir; yüzdeler geçerli n üzerinden hesaplanmış olup yuvarlama nedeniyle toplamda %100 etmeyebilir.

Tablo 2. Katılımcıların klinik özellikleri		
Değişken	**Ortalama ± SS [Medyan (Min-Maks)]**	
Manik Atak Sayısı	3,57±3,45 [3 (1-25)]	
Depresif Atak Sayısı	3,00±3,21 [2 (0-25)]	
Toplam Atak Sayısı	6,56±6,12 [5 (1-50)]	
Psikiyatrik Hastane Yatışı Sayısı	1,78±1,79 [1 (0-9)]	
Hastalık Süresi (yıl)	17,10±9,54 [16 (1-40)]	
	n	**%**
İlk Atağın Tipi	n	%
Mani	47	56,0
Depresyon	34	40,5
Karışık	3	3,5
Komorbid Fiziksel Hastalık	44	52,4
İntihar Girişimi Öyküsü	21	25,0
Psikotik Özellik Varlığı	53	63,1
Farmakolojik Tedavi Rejimi		
DDS	9	10,7
AP	6	7,1
DDS+AP	59	69,0
DDS+AP+AD	7	8,3
Tedavisiz	2	2,4
Komorbid Psikiyatrik Tanı	12	14,3
Hareket Bozukluğu Varlığı	10	11,9
Bildirilen Yan Etkiler		
Evet	41	48,8
Hayır	41	48,8

AD, antidepresan; AP, antipsikotik; Maks, maksimum; Min, minimum; DDS, duygudurum dengeleyici; n, katılımcı sayısı; SS, standart sapma; Eksik yanıtlar nedeniyle geçerli n her madde için değişmektedir; yüzdeler geçerli n kullanılarak hesaplanmış olup yuvarlama nedeniyle toplamda %100 etmeyebilir.

İlk atağın polaritesi açısından, %56,0'sında (n = 47) manik, %40,5'inde (n = 34) depresif ve %3,6'sında (n = 3) karışık atak görülmüştür. Örneklemin %63,1'inde (n = 53) psikotik özellikler mevcuttur. Komorbid psikiyatrik tanılar %14,3'ünde (n = 12), hareket bozuklukları %11,9'unda (n = 10) ve ilaçla ilişkili yan etkiler %48,8'inde (n = 41) gözlenmiştir. Katılımcıların %25,0'i (n = 21) geçmişte intihar girişimi bildirmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (ISMI) puanlarının karşılaştırılması

Değişken	N	Ortalama ± SS	*p*
Cinsiyet			
Erkek	37	55,00±12,61	0,918
Kadın	42	54,70±1,97	
Eğitim Durumu			
8-12 yıl	28	53,36±12,33	0,535
≥12 yıl	52	55,21±12,87	
Medeni Durum			
Bekar	29	57,83±12,33	0,254
Evli	37	53,65±13,03	
Dul	4	47,25±8,38	
Boşanmış	10	51,40±12,35	
Kiminle Yaşadığı			
Yalnız	9	52,12±11,86	0,540
Eş/Çocuklarla	40	53,53±12,75	
Ebeveynleriyle	25	53,64±12,41	
Diğer	6	59,83±14,79	
Çalışma Durumu			
İşsiz	26	52,92±11,90	**0,011**
Çalışıyor	36	55,3 ±13,52	
Emekli	15	52,47±1,20	
Öğrenci	3	70,33±2,88	
Sigara Kullanımı			
Evet	36	55,44±13,71	0,576
Hayır	44	53,84±11,79	
Alkol Kullanımı			
Evet	15	60,80±13,74	**0,033**
Hayır	65	53,12±12,02	

n, katılımcı sayısı; SS, standart sapma; Grup karşılaştırmaları, ikili değişkenler için Mann-Whitney U testi, üç veya daha fazla kategorisi olan değişkenler için Kruskal-Wallis testi kullanılarak yapılmıştır. Tüm testler iki yönlüdür. Eksik yanıtlar nedeniyle geçerli n değişkenler arasında farklılık göstermektedir. Öğrenci alt grubu küçüktür (n = 3); bu nedenle ilgili bulgu temkinli yorumlanmalıdır. Koyu değerler istatistiksel anlamlılığı göstermektedir (p < 0,05).

Grup karşılaştırmaları, ISMI toplam puanlarının çalışma durumu (p = 0,011) ve alkol kullanımı (p = 0,033) dışında farklı sosyodemografik kategoriler arasında genel olarak tutarlı olduğunu göstermiştir. Çalışma durumu için post hoc ikili karşılaştırmalar yapılmadığından, alt grup düzeyindeki farklılıklar temkinli biçimde yorumlanmalıdır (Tablo 3). Benzer şekilde, ISMI toplam puanları atak polaritesi, intihar girişimi öyküsü, ilaç tedavisi rejimi, psikotik özellik varlığı, psikiyatrik komorbidite, fiziksel hastalık, hareket bozuklukları veya yan etkiler gibi klinik değişkenler arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermemiştir (Tablo 4).

Korelasyon analizleri, ISMI puanları ile yaş (r = -0,076; p = 0,498), manik atak sayısı (r = -0,123; p = 0,276), depresif atak sayısı (r = 0,017; p = 0,880), toplam atak sayısı (r = -0,058; p = 0,609), psikiyatrik hastane yatışı sayısı (r = -0,048; p = 0,673) veya hastalık süresi (r = -0,114; p = 0,314) arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur. ISMI ile FAST toplam puanları arasındaki korelasyon da anlamlı bulunmamıştır (r = 0,165;

p = 0,143). Bununla birlikte, ISMI ile FAD toplam puanları arasında anlamlı bir pozitif korelasyon gözlenmiştir (r = 0,314; p = 0,005) (Tablo 5).

Tablo 4. Klinik özelliklere göre Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (ISMI) toplam puanları

Değişken	n	Ortalama ± SS	*p*
İlk Atağın Tipi			
Mani	45	55,18±12,19	0,536
Depresyon	33	55,12±13,79	
Karışık	3	46,67±11,54	
İntihar Girişimi Öyküsü			
Evet	20	54,35±15,55	0,931
Hayır	60	54,63±11,66	
Farmakolojik Tedavi Rejimi			
DDS	8	55,50±8,33	0,665
AP	6	53,83±9,47	
DDS+AP	57	55,40±13,57	
DDS+AP+AD	7	50,14±12,30	
Tedavisiz	2	44,50±7,77	
Psikotik Özellik Varlığı	51	54,41±12,99	0,889
Evet			
Hayır	29	54,83±12,19	
Komorbid Psikiyatrik Tanı			
Evet	11	56,09±16,80	0,669
Hayır	69	54,32±11,98	
Komorbid Fiziksel Hastalık			
Evet	43	55,00±12,12	0,741
Hayır	37	54,05±13,36	
Hareket Bozukluğu Varlığı			
Evet	8	58,00±14,62	0,421
Hayır	72	54,18±12,45	
Bildirilen Yan Etkiler			
Evet	39	54,59±11,44	0,985
Hayır	41	54,54±13,81	

AD, antidepresan; AP, antipsikotik; ISMI, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği; DDS, duygudurum dengeleyici; n, katılımcı sayısı; SS, standart sapma.; Grup karşılaştırmaları, ikili değişkenler için Mann-Whitney U testi, üç veya daha fazla kategorisi olan değişkenler için Kruskal-Wallis testi kullanılarak yapılmıştır. Tüm testler iki yönlüdür. Eksik yanıtlar nedeniyle geçerli n değişkenler arasında farklılık göstermektedir. Küçük alt gruplara, özellikle tedavi almayan gruba (n = 2) ilişkin sonuçlar temkinli yorumlanmalıdır.

Tablo 5. ISMI ile ilişkili değişkenler arasındaki Spearman korelasyonları

	ISMI	
	r	p
Yaş	-,076	0,498
Manik Atak Sayısı	-,123	0,276
Depresif Atak Sayısı	,017	0,880
Toplam Atak Sayısı	-,058	0,609
Psikiyatrik Hastane Yatışı Sayısı	-,048	0,673
Hastalık Süresi (yıl)	-,114	0,314
FAST	,165	0,143
FAD	,314	**0,005**

FAD, Aile Değerlendirme Ölçeği; FAST, Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği; ISMI, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği; r, Spearman sıra korelasyon katsayısı; Tüm testler iki yönlüdür. Koyu değerler p < 0,05 düzeyinde istatistiksel anlamlılığı göstermektedir.

Son olarak, keşifsel doğrusal regresyon analizinde, FAD toplam puanı ISMI toplam puanı ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur (B = 9,78; SH = 3,36; %95 GA: 3,07-16,48; p = 0,005). Model, içselleştirilmiş damgalanmadaki varyansın yaklaşık %9,9'unu açıklamaktadır (R^2 = 0,099) (Tablo 6).

Tablo 6. ISMI toplam puanının FAD toplam puanı üzerinden basit doğrusal regresyonu				
Yordayıcı	**B**	**SH**	**95 % GA**	***p***
FAD	9,78	3,36	3,07-16,48	,005

B, standartlaştırılmamış regresyon katsayısı; GA, güven aralığı; F, F istatistiği; FAD, Aile Değerlendirme Ölçeği; ISMI, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği; SH, standart hata; **Not:** Basit doğrusal regresyon analizi, ISMI toplam puanı bağımlı değişken, FAD toplam puanı yordayıcı olarak kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Model uyumu: $R^2 = 0,099$, $F(1, 77) = 8,44$, $p = 0,005$.

Tartışma

Bu çalışma, akut duygudurum semptomlarının daha az belirgin olduğu ancak psikososyal kırılganlıkların devam edebileceği bir klinik evre olan remisyon dönemindeki BB-I tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanmayı inceleyerek literatüre katkı sağlamaktadır. Temel bulgu, daha kötü aile işlevselliğinin daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu, buna karşın genel işlevsellik ile çoğu sosyodemografik ve klinik değişkenin damgalanma düzeyleriyle anlamlı bir ilişki göstermediğidir. Remisyondaki hastalara odaklanarak, mevcut çalışma içselleştirilmiş damgalanmanın yalnızca mevcut klinik instabilite veya hastalık yüküyle tam olarak açıklanamayabileceğini, aynı zamanda ilişkisel ve aile bağlamına özgü etmenlerle de ilişkili olabileceğini öne sürmektedir.

Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, kiminle yaşadığı, sigara kullanım durumu, intihar düşüncesi, atak sayısı, hastane yatışı öyküsü ve hastalık süresi dahil olmak üzere çoğu sosyodemografik ve klinik değişken, içselleştirilmiş damgalanma ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmamıştır. Bu anlamlı olmayan bulgular, içselleştirilmiş damgalanmanın yalnızca hastalığın kronikliği veya temel demografik özellikler tarafından belirlenmediğini gösterebilir. Bunun yerine damgalanma, algılanan sosyal destek, hastalıkla ilişkili benlik algısı, baş etme tarzı ve aile tutumları gibi daha öznel ve kişilerarası etmenler tarafından şekillendirilmiş olabilir. Bu yorum, içselleştirilmiş damgalanmanın çok etmenli doğasını ve bunun salt klinik değişkenlerden ziyade psikososyal değişkenlerle olan ilişkisini vurgulayan önceki literatürle tutarlıdır (Livingston ve Boyd 2010, Drapalski ve ark. 2013, Corrigan ve ark. 2014).

Yaşın ve cinsiyetin içselleştirilmiş damgalanma üzerindeki etkilerine ilişkin kanıtlar tutarsızlığını korumaktadır. Bazı çalışmalar yaş ile damgalanma arasında negatif bir ilişki bildirmiş olsa da (Barney ve ark. 2010, Mackenzie ve ark. 2019), sistematik derleme kanıtları bu ilişkinin homojen olmadığını öne sürmüştür (Livingston ve Boyd 2010). Benzer şekilde, bazı çalışmalar kadınlarda daha yüksek damgalanma düzeyleri bildirmiş olsa da (Li ve ark. 2017), diğerleri anlamlı bir cinsiyet farkı bulmamıştır (Szcześniak ve ark. 2018). Bu nedenle, mevcut çalışmada yaş ve cinsiyet açısından anlamlı bir farkın bulunmaması, önceki bulguların heterojen doğasıyla genel olarak tutarlıdır.

ISMI puanları çalışma durumu ve alkol kullanımına göre farklılık göstermiştir; ancak çalışma durumuna ilişkin bulgu, post hoc ikili karşılaştırmalar yapılmadığı ve bazı alt grupların küçük olduğu göz önünde bulundurularak temkinli biçimde yorumlanmalıdır. Önceki çalışmalar içselleştirilmiş damgalanmayı daha kötü sosyal destek, tedaviye uyumsuzluk ve olumsuz psikososyal sonuçlarla ilişkilendirmiştir; ancak remisyondaki BB-I hastalarında çalışma durumu ve madde kullanımıyla ilişkili değişkenlerin rolünü netleştirmek için daha ileri araştırmalara ihtiyaç vardır (Howland ve ark. 2016, Alemu ve ark. 2023).

Mevcut çalışmanın en tutarlı bulgusu, aile işlevselliği ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişki olmuştur. Daha kötü algılanan aile işlevselliğine işaret eden daha yüksek FAD puanları, daha yüksek ISMI puanlarıyla ilişkili bulunmuştur. Bu bulgu, aile duygusal desteğinin, olumsuz aile etkileşimlerinin ve daha geniş kapsamlı aile dinamiklerinin, ruhsal hastalığı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanmayı ve yaşam kalitesini etkileyebileceğini öne süren önceki araştırmalarla tutarlıdır (Chang ve Chen 2021, Wang ve ark. 2021). Aile iletişimi, duygusal tepki verebilirlik, rol dağılımı ve hastalıkla ilişkili tutumlar, bireylerin psikiyatrik tanılarına ilişkin olumsuz inançları ne ölçüde içselleştirdiğini şekillendirebilir. Bu bağlamda aile ortamı, damgalayıcı öz-inançlara karşı bir koruma kaynağı olarak işlev görebileceği gibi, bu tür inançların pekiştirildiği bir bağlam olarak da işlev görebilir.

Bu bulgu, aynı zamanda remisyon döneminde aile işlevselliğinin önemini vurgulayarak önceki çalışmaları da genişletmektedir. Akut duygudurum semptomları klinik olarak belirgin olmasa bile, hastalar kişilerarası ve aile bağlamlarına gömülü öz-damgalayıcı inançları yaşamaya devam edebilir. Aile üyeleri duygusal destek sağlayabilir, tedaviye uyumu teşvik edebilir ve psikososyal rehabilitasyonu kolaylaştırabilir; ancak eleştiri, düşük bütünlük veya sınırlı ruh sağlığı okuryazarlığıyla karakterize aile ortamları, utanca, gizlemeye ve öz-değersizleştirmeye katkıda bulunabilir. Bu nedenle, özellikle aile sistemi içindeki iletişim örüntülerini, hastalıkla ilişkili inançları ve olumsuz yüklemeleri hedef aldıklarında, psikoeğitsel ve aile odaklı müdahaleler içselleştirilmiş damgalanmayı ele almak için yararlı olabilir (Çuhadar ve Çam 2014, Hsiao ve ark. 2018).

Bazı önceki çalışmaların aksine, mevcut çalışma, FAST ile ölçülen genel işlevsellik ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır. Bu bulgu, remisyondaki bipolar bozuklukta öz-damgalanma ile işlevsel bozulma arasındaki ilişkileri bildiren araştırmalardan farklıdır (Au ve ark. 2019). Bunun için çeşitli açıklamalar mümkündür. İlk olarak, örneklemin remisyon durumu, genel işlevsellikteki değişkenliği azaltmış ve anlamlı ilişkilerin saptanabilirliğini sınırlamış olabilir. İkinci olarak, FAST temel olarak mesleki işlevsellik, özerklik, biliş ve kişilerarası işlevsellik gibi işlevsel alanları değerlendirirken, içselleştirilmiş damgalanma öznel öz-değerlendirmeyi ve hastalıkla ilişkili kimliği yansıtmaktadır. Üçüncü olarak, görece mütevazı örneklem büyüklüğü, daha küçük etkilerin saptanmasını sınırlamış olabilir. Bu nedenle, FAST-ISMI ilişkisinin anlamlı bulunmaması, işlevsellik ve damgalanmanın birbiriyle ilişkisiz olduğuna dair bir kanıt olarak değil, daha büyük ve daha çeşitli örneklemlerde ileri araştırma gerektiren bir bulgu olarak yorumlanmalıdır.

Aile işlevselliği ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişki yorumlanırken kültürel bağlam da göz önünde bulundurulmalıdır. Hastalık yönetiminde aile katılımının güçlü olduğu toplumlarda, aile ilişkileri hastaların psikiyatrik hastalık deneyimlerini şekillendirmede özellikle önemli bir role sahip olabilir. Türk toplumsal bağlamında aileler, tedaviye katılım ve günlük destek sağlama konusunda sıklıkla aktif bir rol üstlenmektedir. Bu katılım, aile ortamı destekleyici olduğunda koruyucu olabilirken, psikiyatrik hastalık suçlama, utanç veya olumsuz beklentilerle ilişkilendirildiğinde damgalanmayı yoğunlaştırabilir. Bu nedenle, kültürel açıdan duyarlı aile değerlendirmesi, BB-I tanılı bireylerle yürütülen klinik çalışmalarda özellikle önemli olabilir.

Genel olarak bulgular, remisyondaki BB-I'de içselleştirilmiş damgalanmayı ele alırken aile işlevselliğinin değerlendirilmesinin klinik açıdan yararlı bilgi sağlayabileceğini öne sürmektedir. Aile iletişimini geliştirmeyi, ruh sağlığı okuryazarlığını artırmayı, olumsuz yüklemeleri azaltmayı ve destekleyici aile etkileşimlerini güçlendirmeyi amaçlayan müdahaleler, öz-damgalayıcı inançların azaltılmasına yardımcı olabilir. Ancak çalışmanın kesitsel ve keşifsel doğası göz önünde bulundurulduğunda, bu klinik çıkarımlar temkinli biçimde yorumlanmalı ve boylamsal ile müdahale temelli araştırmalarla sınanmalıdır.

Bu çalışmanın bulguları yorumlanırken çeşitli kısıtlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. İlk olarak, kesitsel tasarım, aile işlevselliği ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiye yönelik nedensel çıkarımlar yapılmasını olanaksız kılmaktadır. İkinci olarak, remisyon durumu, en az iki aylık klinik stabilite sonrasında klinik psikiyatrik görüşme ve mevcut izlem kayıtlarının incelenmesi yoluyla belirlenmiş olup, Young Mani Derecelendirme Ölçeği veya Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği gibi standardize duygudurum değerlendirme ölçeklerinin kesme puanları kullanılarak işlevselleştirilmemiştir. Klinik değerlendirme, karışık özelliklerle birlikte olan veya olmayan mevcut manik, hipomanik veya major depresif atağı olan hastaların dışlanmasına olanak sağlamış olsa da, standardize semptom şiddeti eşiklerinin bulunmaması bu tanımın yeniden üretilebilirliğini ve karşılaştırılabilirliğini sınırlayabilir.

Üçüncü olarak, katılımcıların yaş aralığı (18-65 yaş) daha genç ve daha yaşlı bireyleri dışlamış olup, bu durum içselleştirilmiş damgalanma deneyimindeki yaşa bağlı farklılıkların gözden kaçmasına ve bulguların yaşam boyu genellenebilirliğinin sınırlanmasına yol açmış olabilir. Dördüncü olarak, örneklem yalnızca üçüncü basamak bir hastane içindeki tek bir polikliniğinden alınmış olup, bu durum diğer bölgelerdeki veya klinik ortamlardaki bipolar bozukluğu olan bireylerin kültürel veya sosyodemografik çeşitliliğini yeterince yansıtmayabilir. Gerekli minimum örneklem büyüklüğü güç analiziyle belirlenmiş ve karşılanmış olsa da, görece mütevazı örneklem büyüklüğü sonuçların genellenebilirliğini ve dış geçerliliğini yine de sınırlayabilir.

Mütevazı örneklem büyüklüğü ve küçük alt grup sıklıkları göz önünde bulundurularak, birden fazla sosyodemografik ve klinik ortak değişkeni içeren çok değişkenli bir regresyon modeli uygulanmamıştır; zira bu durum model aşırı uyumu (overfitting) ve kararsız kestirimler riskini artırabilirdi. Bu nedenle regresyon bulguları, bağımsız etkilere ilişkin bir kanıt olarak değil, keşifsel ve düzeltilmemiş ilişkiler olarak yorumlanmalıdır.

Bir diğer kısıtlılık, katılımcıların bir alt grubunda psikiyatrik komorbiditelerin bulunması ve bunların içselleştirilmiş damgalanmayı, aile işlevselliğini ve genel işlevselliği etkileyen potansiyel karıştırıcı etmenler olarak işlev görmüş olabileceğidir. Ancak komorbid psikiyatrik tanıların özgül dağılımı ve olası farklılaşan etkileri ayrıntılı biçimde analiz edilmemiştir. Mütevazı örneklem büyüklüğü nedeniyle, özgül komorbid psikiyatrik tanılara göre ayrıntılı alt grup analizleri veya düzeltilmiş analizler gerçekleştirilememiştir. Bu nedenle bu husus, bulgular yorumlanırken göz önünde bulundurulmalıdır. Buna ek olarak, algılanan sosyal destek, öz-yeterlilik, baş etme stratejileri, yaşam kalitesi, aile içi damgalanma, travma öyküsü veya baş etme tarzları gibi içselleştirilmiş damgalanmayı etkilediği bilinen çeşitli psikososyal değişkenler bu çalışmada değerlendirilmemiştir. Bu potansiyel olarak karıştırıcı veya aracı değişkenlerin bulunmaması, bulguların kapsamını sınırlamış ve damgalanmaya katkıda bulunan psikososyal mekanizmaların daha kapsamlı anlaşılmasını engellemiş olabilir. Aile işlevselliği ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkinin yönünü netleştirmek ve olası aracı ve düzenleyici etmenleri araştırmak için, daha büyük ve daha çeşitli örneklemlerle yürütülecek gelecekteki boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç

Bu çalışma, remisyondaki bipolar bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma, sosyodemografik özellikler, klinik değişkenler ve aile işlevselliği arasındaki ilişkileri incelemiştir. Çoğu demografik ve klinik değişken içselleştirilmiş damgalanma ile anlamlı bir ilişki göstermemiş olsa da, aile işlevselliği bu örneklemde içselleştirilmiş damgalanmanın en tutarlı psikososyal korelatı olarak ortaya çıkmıştır. Özellikle, Aile Değerlendirme Ölçeği'nde daha yüksek puan alan bireylerin daha yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma bildirme eğiliminde olduğu görülmüştür.

Bu bulgular, aile dinamiklerinin damgalanmanın içselleştirilmesini şekillendirmede kritik bir rolle anlamlı biçimde ilişkili olabileceğini ve aileyle ilgili etmenlerin ele alınmasının, bipolar bozukluğu olan bireylerde damgalanmayı azaltmak ve iyileşmeyi desteklemek açısından önemli olabileceğini düşündürmektedir. Aile temelli değerlendirmelerin ve psikososyal müdahalelerin rutin klinik bakıma dahil edilmesi, damgalanmanın olumsuz etkisini azaltmaya ve uzun dönemli işlevsel sonuçları iyileştirmeye yardımcı olabilir. Gelecekteki çalışmalar, aile işlevselliği ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkinin zamansal yönünü ve olası mekanizmalarını netleştirmek amacıyla daha büyük ve daha çeşitli örneklemlerle boylamsal ve çok merkezli tasarımlar kullanmalıdır. Bakım veren beyanlarını, algılanan sosyal desteği, ailede dışa vurulan duyguyu (expressed emotion) ve kültürel etmenleri içeren araştırmalar, bu ilişkinin daha kapsamlı anlaşılmasını sağlayabilir. Aile psikoeğitiminin ve aile odaklı müdahalelerin içselleştirilmiş damgalanmayı azaltıp azaltamayacağını ve iyileşmeyle ilişkili sonuçları geliştirip geliştiremeyeceğini belirlemek için randomize kontrollü çalışmalara da ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

Ahmedani BK (2011) Mental health stigma: Society, individuals, and the profession. J Soc Work Values Ethics, 8:41-416.

Alemu WG, Due C, Muir-Cochrane E, Mwanri L, Ziersch A (2023) Internalised stigma among people with mental illness in Africa, pooled effect estimates and subgroup analysis on each domain: systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry, 23:480.

Au CH, Wong CSM, Law CW, Wong MC, Chung KF (2019) Self-stigma, stigma coping and functioning in remitted bipolar disorder. Gen Hosp Psychiatry, 57:7-12.

Aydemir Ö (2004) Bipolar bozukluğa yönelik tutumlar ve damgalama. 3P (Psikoloji, Psikiyatri, Psikofarmakoloji) Dergisi, 12:61-64.

Aydemir Ö, Uykur B (2012) Reliability and validity study of the Turkish version of functioning assessment short test in bipolar disorder. Turk Psikiyatri Derg, 23:193-200.

Bal NB, Karslıoğlu EH, Ata PE, Çayköylü A (2023) Internalized stigma and resistance against stigma as risk factors for suicide in individuals with schizophrenia: A cross-sectional study. Noro Psikiyatr Ars, 60:151-157.

Barney LJ, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF (2010) The self-stigma of depression scale (SSDS): development and psychometric evaluation of a new instrument. Int J Methods Psychiatr Res, 19:243-254.

Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G (2010) Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. BMC Health Serv Res, 10:80.

Bulut I (1990) Aile Değerlendirme Ölçeği EI Kitabı. Ankara, Özgüzeliş Matbaası.

Çam O, Çuhadar D (2011) Stigma process and internalized stigma among individuals with mental illness. Journal of Psychiatric Nursing, 2:136-140.

Chang CW, Chen FP (2021) Relationships of family emotional support and negative family interactions with the quality of life among Chinese people with mental illness and the mediating effect of internalized stigma. Psychiatr Q, 92:375-387.

Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA (2014) The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. Psychol Sci Public Interest, 15:37-70.

Çuhadar D, Çam MO (2014) Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. Arch Psychiatr Nurs, 28:62-66.

DeLuca JS, Akouri-Shan L, Jay SY, Redman SL, Petti E, Lucksted A et al. (2021) Predictors of internalized mental health stigma in a help-seeking sample of youth: The roles of psychosis-spectrum symptoms and family functioning. J Abnorm Psychol, 130:587-593.

Drapalski AL, Lucksted A, Perrin PB, Aakre JM, Brown CH, DeForge BR et al. (2013) A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. Psychiatr Serv, 64:264-269.

Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS (1983) The McMaster family assessment device. J Marital Fam Ther, 9:171-180.

Ersoy MA, Varan A (2007) Reliability and validity of the Turkish version of the internalized stigma of mental illness scale. Turk Psikiyatri Derg, 18:163-171.

Goffman E (1986) Stigma: Notes on the management of spoiled identity. London, Simon & Schuster.

Hançer NG, Özdemir N, Şahin Ş (2020) The relationship between internal stigmatization level and marital compliance in married women patients with bipolar disorder. Anadolu Psikiyatri Derg, 21:292-300.

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

Hsiao CY, Lu HL, Tsai YF (2018) Effect of family sense of coherence on internalized stigma and health-related quality of life among individuals with schizophrenia. Int J Ment Health Nurs, 27:138-146.

Kılınçel O, Ay R (2021) Internalized stigma in physicians with mental illness. Klinik Psikiyatri Dergisi, 24:459-466.

Kök Eren H, Demir S (2018) Internalized stigma, self-esteem and perceived social support among patients with schizophrenia and bipolar disorder. Cukurova Med J, 43:99-106.

Köroğlu A, Çiçek H (2019) Evaluation of the relationship between family burden, family functioning and coping strategies in schizophrenia. Ortadogu Med J, 11:294-302.

Li L, Lin C, Ji G (2017) Gendered aspects of perceived and internalized HIV-related stigma in China. Women Health, 57:1031-1043.

Livingston JD (2013) Mental illness-related structural stigma: The downward spiral of systemic exclusion. Halifax, Saint Mary's University.

Livingston JD, Boyd JE (2010) Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med, 71:2150-2161.

Mackenzie CS, Heath PJ, Vogel DL, Chekay R (2019) Age differences in public stigma, self-stigma, and attitudes toward seeking help: A moderated mediation model. J Clin Psychol, 75:2259-2272.

Pal A, Sharan P, Chadda RK (2017) Internalized stigma and its impact in Indian outpatients with bipolar disorder. Psychiatry Res, 258:158-165.

Post F, Pardeller S, Frajo-Apor B, Kemmler G, Sondermann C, Hausmann A et al. (2018) Quality of life in stabilized outpatients with bipolar I disorder: Associations with resilience, internalized stigma, and residual symptoms. J Affect Disord, 238:399-404.

Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M (2003) Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. Psychiatry Res, 121:31-49.

Ritsher JB, Phelan JC (2004) Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. Psychiatry Res, 129:257-265.

Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M et al. (2007) Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. Clin Pract Epidemiol Ment Health, 3:5.

Sori LM, Sema FD, Tekle MT (2022) Internalized stigma and associated factors among people with mental illness at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest, Ethiopia, 2021. Int J Ment Health Syst, 16:58.

Subu MA, Wati DF, Netrida N, Priscilla V, Dias JM, Abraham MS et al. (2021) Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis. Int J Ment Health Syst, 15:77.

Szcześniak D, Kobyłko A, Wojciechowska I, Kłapciński M, Rymaszewska J (2018) Internalized stigma and its correlates among patients with severe mental illness. Neuropsychiatr Dis Treat, 14:2599-2608.

Tanabe Y, Hayashi K, Ideno Y (2016) The internalized stigma of mental illness (ISMI) scale: validation of the Japanese version. BMC Psychiatry, 16:116.

Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N (2007) Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? Br J Psychiatry, 190:192-193.

Türk A, Uğurlu NB (2023) Internalized stigma, quality of life and self-esteem in bipolar disorder. J Psychiatr Nurs, 14:49-58.

Wang L, Chen Y, Hu C, Qin H (2021) Influence of family dynamics on stigma experienced by patients with schizophrenia: Mediating effect of quality of life. Front Psychiatry, 12:645075.

Zhang X, Zhao M, Li J, Shi L, Xu X, Dai Q et al. (2019) Associations between family cohesion, adaptability, and functioning of patients with bipolar disorder with clinical syndromes in Hebei, China. J Int Med Res, 47:6004-6015.

Yazarların Katkıları: Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olunduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.
Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız
Etik Onay: Bu çalışma için Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan 09.02.2023 tarih ve 2023-02/22 nolu kararı ile etik onay alınmıştır. Katılımcılar çalışmaya katılmadan önce aydınlatılmış onam vermişlerdir.
Çıkar Çatışması: Çıkar çatışması bildirilmemiştir.
Finansal Destek: Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.
Not: Bu çalışma, 2023 yılında Ankara'da düzenlenen 59. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Authors Contributions: The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript
Peer-review: Externally peer-reviewed.
Ethical Approval: Ethical approval for this study was obtained from the Ethics Committee of the Ankara Oncology Training and Research Hospital, as per Decision No. 2023-02/22 dated February 9, 2023. Participants provided informed consent prior to participating in the study.
Conflict of Interest: No conflict of interest was declared.
Financial Disclosure: No financial support was declared for this study.
Acknowledgment: This research has been presented as an oral presentation at the 59th National Psychiatry Congress, Ankara, Türkiye, 2023