

Psikiyatri Hemşireliğinde Çağdaş Yaklaşımlar 1:

Psikososyal ve Bütüncül Bakım Boyutları

Editör
BURCU DEMİR GÖKMEN



BİDGE Yayınları

**Psikiyatri Hemşireliğinde Çağdaş Yaklaşımlar 1: Psikososyal
ve Bütüncül Bakım Boyutları**

Editör: BURCU DEMİR GÖKMEN

ISBN: 978-625-8567-32-8

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 2025-12-25

BİDGE Yayınları

Bu eserin bütün hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının ve editörün yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

www.bidgeyayinlari.com.tr - bidgeyayinlari@gmail.com

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya /
Ankara



ÖNSÖZ

Psikiyatri hemşireliği; bireyin ruhsal sorunlarını yalnızca tanı ve tedavi ekseninde ele almayan, klinik süreçleri psikososyal ve bütüncül bakım anlayışıyla birlikte değerlendiren çok boyutlu bir sağlık disiplini. Günümüzde ruh sağlığı alanında yaşanan bilimsel gelişmeler, toplumsal dönüşümler ve bakım gereksinimlerindeki çeşitlenme, psikiyatri hemşireliğinde çağdaş ve kapsayıcı bakış açılarını zorunlu hâle getirmektedir. Bu doğrultuda hazırlanan “**Psikiyatri Hemşireliğinde Çağdaş Yaklaşımlar I: Psikososyal ve Bütüncül Bakım Boyutları**” adlı bu eser, ruh sağlığı bakımına güncel, kanıta dayalı ve bütüncül bir perspektif sunmayı amaçlamaktadır.

Bu kitapta yer alan bölümler; psikiyatri hemşireliğinin klinik uygulamalardaki rolünü, psikososyal süreçlerle etkileşimini ve bütüncül bakım anlayışını farklı bağlamlarda ele almaktadır. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma süreci, bireyin yaşam kalitesi ve tedaviye uyumu üzerindeki etkileriyle birlikte değerlendirilirken; bipolar bozuklukta spiritüel yapının tıbbi destek sürecine katkısı çağdaş bakım anlayışı çerçevesinde tartışılmaktadır. Psikiyatrik acil durumlarda güvenlik, değerlendirme ve müdahale protokollerine odaklanan bölüm, hemşirelik uygulamalarında sistematik ve güncel yaklaşımların önemini ortaya koymaktadır. Ayrıca psiko-onkoloji perspektifinde kanser hastalarında öfke ifade tarzları ve bu süreci etkileyen değişkenler, fiziksel hastalıkların ruhsal boyutuyla birlikte ele alınmasının gerekliliğini vurgulamaktadır.

Bu eser; lisans ve lisansüstü düzeyde öğrenim gören hemşirelik öğrencilerine, klinik alanda çalışan psikiyatri hemşirelerine ve ruh sağlığı alanında görev yapan tüm sağlık profesyonellerine rehber niteliğinde bir kaynak sunmayı hedeflemektedir. Alanında yetkin yazarların katkılarıyla hazırlanan bu kitabın, psikiyatri hemşireliğinde çağdaş bilgi birikiminin güçlenmesine ve ruh sağlığı hizmetlerinin niteliğinin artırılmasına katkı sağlaması dileğiyle...

Doç. Dr. BURCU DEMİR GÖKMEN
Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

KANSER HASTALARINDA ÖFKE İFADE TARZLARI VE YORDAYICILARI	1
--	---

ŞEYDA AKARDENİZ, MERAL KELLEÇİ

PSİKİYATRİK ACİL DURUMLARDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI: GÜVENLİK, DEĞERLENDİRME VE MÜDAHALE PROTOKOLLERİ	21
--	----

FATMA BOĞAN

THE PROCESS OF INTERNALIZED STIGMA IN MENTAL HEALTH: AN EVALUATION OF GRADUATE STUDIES IN TÜRKİYE	40
---	----

AYTUĞ TÜRK

THE EFFECT OF SPIRITUAL STRUCTURE ON THE MEDICAL SUPPORT PROCESS IN BIPOLAR DISORDERS ..	59
--	----

DİLEK YEŞİLBAŞ

BÖLÜM 1

KANSER HASTALARINDA ÖFKE İFADE TARZLARI VE YORDAYICILARI

ŞEYDA AKARDENİZ¹
MERAL KELLEÇİ²

Giriş

Kanser, vücuttaki anormal hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalarak normal hücrelerin yerine geçmesi ile oluşan hastalık grubunun genel adıdır (American Cancer Society, 2025). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) istatistiklerine göre, 2022'de tahmini 20 milyon yeni kanser vakası ve 9,7 milyon ölüm olduğu ve 2050'de 35 milyondan fazla yeni kanser vakası olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2024).

Kanser hastaları hem hastalık süreci hem de kanser tedavisinin yan etkilerinin sonucu olarak birçok sorun ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu sorunlar; ağrı, kaşeksi, mukozit, bulantı, kusma, tat değişiklikleri, yorgunluk, iştahsızlık dispne ve saç dökülmesi gibi fiziksel semptomlar ve uyku düzensizlikleri,

¹Şeyda AKARDENİZ, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 0009-0007-9064-131X

²Prof. Dr. Meral KELLEÇİ, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, 0000-0001-8853-4645

depresyon ve anksiyete gibi psikolojik semptomlardır (Seven & ark., 2013). Kanser sadece fiziksel sağlığı etkilemek ile kalmayıp aynı zamanda ruhsal sağlığı da etkilemektedir ve kanser teşhisi hastalarda ciddi strese neden olmaktadır. Kanser teşhisine birçok psikolojik tepki verilmektedir. Bağımsızlığını, toplumdaki rolünü ve ekonomik gücünü kaybetme ve erken ölüm korkusu bu tepkilere örnek olarak verilebilir. Kanser tanısı alan bireyler inkar, kaygı, suçluluk veya öfke gibi duygular yaşayabilmektedir (Seol & ark., 2021). Öfke, yaşamı tehdit eden hastalığı olan kişiler tarafından deneyimlenen sadece kanser hastalarını değil aile üyelerini ve hastalara bakım veren bakıcıları da etkileyen yaygın bir tepkidir (Gerhart, Sanchez Varela & Burns, 2017).

Spielberger (1988)'e göre STAXI-2 ile ölçülen öfke deneyimi, durumsal öfke ve sürekli öfke olarak iki ana bileşenden oluşan bir kavram olarak kavramsallaştırılır. Durum fkesi, öznel duygularla belirginleşmiş hafif kızgınlık veya rahatsızlıktan yoğun hiddet ve öfkeye kadar değişen psikobiyolojik bir duygusal durum veya koşul olarak tanımlanır. Öfkeye genellikle psikobiyolojik bir duygusal durum olarak kas gerginliği, nöroendokrin ve otonom sinir sistemlerinin uyarılması eşlik eder. Çok çeşitli durumların rahatsız edici ya da sinir bozucu olarak algılanmasındaki bireysel farklılıklar ve bu durumlara bir tepki olarak durumsal öfkeyi yükseltme eğilimine ise sürekli öfke adı verilir (Spielberger, 1988).

Hastalığın neden olduğu kayıplar, hem hastada hem de hasta yakınlarında daha fazla öfkeye yol açabilir (Bacık Yaman, Kayıkoğlu & Hocaoğlu, 2023). İleri evre kanser hastalarında klinik kaygıya neden olan yoğun bir öfke %9-18 arasında değişiklik göstermektedir. Kanser teşhisi ile karşılaşan çoğu hastanın gösterdiği ilk tepkinin öfke olduğu bildirilmektedir (aktaran Thomas & ark., 2000).

Öfke tedavi ve bakım konusunda zor kararlar alınacağı zamanlarda veya ağrı ve diğer yan etkiler yönetilmediğinde yaygın

olarak görülmektedir. Öfkenin kanser sürecine ilişkin olumsuz beklentilerle ve tıbbi olmayan kanser ilaçlarının alınmasıyla da bağlantılı olduğu görülmüştür (aktaran Gerhart, Sanchez Varela & Burns, 2017). Kanser hastaları arasında öfke yaygın olarak görülmektedir. Öfke, uyumsuz olduğunda işlevselliği düşürebilir ve belirtilerin kötüleşmesine ve kalp hastalıklarına neden olabilir (Chida & Steptoe, 2009; Gerhart, Sanchez Varela & Burns, 2017). Bacık Yaman ve ark'larının kanser hastaları üzerinde yapmış olduğu çalışmada durumsal öfke puanındaki artışın depresyon semptomlarının ortaya çıkma riskini %11 artırırken, öfke dışta ve öfke kontrol puanlarındaki artışın depresyon semptomlarının ortaya çıkma riskini sırasıyla %7,5 ve %10,2'lik bir artışa yol açmaktadır (Bacık Yaman, Kayıkçıoğlu & Hocaoglu, 2023). Ayrıca duygusal baskılama ve olumsuz duygular, bağışıklık yanıtlarında değişiklikler ve kanserin prognozunda olumsuz etkilerle ilişkilendirilmektedir (Bruno & ark., 2014).

Yapılan bir meta-analiz çalışmasına göre benlik saygısının öfkenin önemli bir yordayıcısı olduğu ifade edilmektedir ve sosyal destek arttıkça öfke düzeyinin azaldığı bulunmuştur (aktaran Çivitçi, 2015). Birey öfke duygusunu kendine yönelttiğinde düşük benlik saygısı ve depresyona yol açabilir. Uygun şekilde ifade edilmeyen öfke kişiler arası ilişkilere zarar verebilir (Gerhart, Sanchez Varela & Burns, 2017).

Kanser tanısı alan bireylerin yaşamış olduğu öfke, suçluluk, kızgınlık gibi duygularını ve hastalıklı ilgili düşüncelerini açıkça ifade edebilmesi için cesaretlendirmek, psikolojik ve sosyal uyum güçlendirilerek yaşam kalitesinin artırılması, hem aile hem de sosyal alanlar arasındaki iletişimin güçlendirilmesi hemşirelik uygulamaları içerisinde yer almalıdır (aktaran Gemalmaz & Avşar, 2015). Hastaların yaşamış olduğu öfke duygusunun belirlenmesinin yaşanılan ağır ruhsal sorunların erken teşhisi için önem arz ettiği düşünülmektedir. Her ne kadar literatürde kanser hastaları ile ilgili

alışmalar olsa da kanser hastalarında öfke konusu ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. Araştırmamız kanser hastalarında öfke konusunu ele alan bir çalışma olduğu için mevcut çalışmalardan ayrılmaktadır. Bu araştırma kanser hastalarının öfke ifade tarzları ve yordayıcılarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Araştırmanın şekli

Araştırma, “Kanser Hastalarında fke İfade Tarzları ve Yordayıcıları”nın belirlenmesi amacıyla 20 Mayıs 2025–20 Ekim 2025 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni ve örneklemini

Araştırmanın evrenini, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde ayaktan tedavi alan kanser hastaları oluşturmaktadır. Örneklemin byklğ 0,35 etki byklėė %5 anlamlılık düzeyi ve %95 g olarak G Power analizi kullanılarak hesaplandığında 162 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden 164 kanser tanısı almış hasta oluşturmuştur.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Onkoloji Merkezi’nin Kemoterapi nitesi’nde yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Her bir görüşme yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

Veri Toplama Formları

Kişisel Bilgi Formu

Bu form araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Form, hastaların kişisel bilgi ve hastalık özelliklerini içeren 20 sorudan oluşmaktadır. Form açık uçlu ve kapılı uçlu sorular olmak üzere karma şekilde hazırlanmıştır.

Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ)

Spielberger ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilen öfke duygusu ve ifadesini ölçen, gençlere ve yetişkinlere uygulanabilen, kendini değerlendirme ölçeği olan Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği 34 maddeden oluşmaktadır. 1994 yılında Özer tarafından Türkiye geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, bireylerin kendi kendilerine uygulayabilecekleri türde bir ölçektir. Bireyler ölçek maddelerini okuduktan sonra kendisine en uygun gelen yanıtı işaretleyerek ölçeği dolduracaktır. Ölçek 4'lü likert tipte olup "Hemen Hiçbir Zaman (1)", "Bazen (2)", "Çoğu Zaman (3)", "Hemen Her Zaman (4)" şeklinde değerlendirilmeye uygundur. Ölçekten elde edilen toplam puan her maddeden elde edilen ölçek aralığı puanlarının toplanmasıyla elde edilmektedir. Sürekli öfke ölçeğinden alınan yüksek puanlar, bireyin öfke düzeyinin yüksek olduğunu; öfke kontrol alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar, bireyin öfkesini kontrol edebildiğini; öfke dışta alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar, bireyin öfkesini kolayca dışa yansıtabildiğini ve öfke içte alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar ise öfkenin içte tutulduğunu ya da bastırıldığını ifade etmektedir (aktaran Elkin & Karadağlı, 2016). Spielberger ve ark'ları tarafından sürekli öfke ölçeği için bulunan iç-tutarlık katsayısı 0,82 ile 0,90 arasında değişmektedir. Spielberger ve arkadaşlarının öfke tarz alt ölçeklerinin öğrenci örneklemelerinde elde ettikleri alfa değerleri 0,85 (öfke kontrol) 0,76 (öfke dışa) ve 0,74 (öfke içte) şeklindedir (Özer, 1994). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,74 bulunmuştur.

Verilerin Analizi

Bu çalışmada verilerin analizinde SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın normallik analizine göre p değeri 0,05'ten küçük bulunmuştur. Bu durumda analizlerde parametrik olmayan teknikler kullanılmıştır. İkili karşılaştırmalarda Mann-

Whitney U testi, çoklu karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis H 1-Way Anova testi uygulanmıştır. Ayrıca regresyon analizi yapılarak Cohen's d ve Eta kare (η^2) değerleri hesaplanmıştır.

Etik Boyut

Araştırma için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 63428238715421747120628 ilgili karar numarası ile etik izin alınmıştır. Araştırmanın yürütüleceği kurumdan izin alındıktan sonra araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı ve önemi anlatılarak aydınlatılmış onam ilkesi yerine getirilmiştir. Bireylerden Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırmaları Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Olur Formu ile hem sözlü hem de yazılı izinleri alınmıştır.

Bulgular

Araştırma kapsamında toplanan verilerin analiz edilmesiyle elde edilen bulgular bu bölümde sunulmaktadır. Öncelikle katılımcıların sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özelliklerine yer verilmiş, ardından kanser hastalarının öfke düzeyleri ve öfkeyi etkileyen/yordayan değişkenler incelenmiştir. Bulgular, araştırmanın amaçları doğrultusunda tablolar eşliğinde ele alınmıştır.

Tablo 1'de kanser hastalarının kişisel özelliklerine ait bulguları verilmiştir. İlgili tabloda verilen bilgilere göre hastaların %51,2'si kadın, %48,8'i erkek cinsiyette olup, hastaların %7,3'ü bekar, %92,7'si evlidir. Hastaların %64'ü il, %28,7'si ilçe ve %7,3'ü köyde yaşamaktadır. Hastaların %9,1'i yalnız, %59,8'i eş ve %31,1'i eş ve çocuklar ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %76,8'i ilköğretim, %11,6'sı ortaöğretim ve %11,6'sı üniversite ve üstü eğitim grubundan, %1,8'i memur, %1,8'i işçi, %46,3'ü emekli, %47,6'sı ev hanımı ve %2,4'ü diğer meslek grubundadır. Hastaların %19,5'i nazofarenks, larenks, akciğer, %6,1'i prostat, mesane, böbrek, %29,9'u kolon, ince bağırsak, mide, özefagus, çekum, pankreas,

rektum, apendiks, %35,4'ü meme, over, uterus, serviks, endometrium ve %9,1'i diğer kanser türünde tanısı bulunmaktadır.

Tablo 1: Kanser Hastalarının Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı (n=164)

Değişken		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	84	51,2
	Erkek	80	48,8
Medeni Durum	Bekar	12	7,3
	Evli	152	92,7
Yaşanılan yer	İl	105	64,0
	İlçe	47	28,7
	Köy	12	7,3
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	15	9,1
	Eş	98	59,8
	Eş ve çocuklar	51	31,1
Eğitim durumu	İlkokul	126	76,8
	Ortaöğretim	19	11,6
	Üniversite ve üstü	19	11,6
Meslek	Memur	3	1,8
	İşçi	3	1,8
	Emekli	76	46,3
	Ev hanımı	78	47,6
	Diğer	4	2,4
Kanser Türü	Nazofarenks, Larenks, Akciğer	32	19,5
	Prostat, Mesane, Böbrek	10	6,1
	Kolon, İnce bağırsak, Mide, Özefagus, Çekum, Pankreas, Rektum, Apendiks	49	29,9
	Meme, Over, Uterus, Serviks, Endometrium	58	35,4
	Diğer	15	9,1

Tablo 2: Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	Median $\pm$ SS	Ölçekten Alınabilecek Min-Max Puan	Min- Max
Sürekli Öfke	12 $\pm$ 2,79	10-40	10-26
Öfke İçte	11 $\pm$ 1,96	8-32	8-17
Öfke Dışta	11 $\pm$ 1,74	8-32	8-17
Öfke Kontrol	24 $\pm$ 2,44	8-32	15-32

Tablo 2’de Sürekli Öfke- Öfke Tarzları Ölçeği alt boyutlarına ait medyan ortalama, standart sapma, minimum-maksimum ve ölçekten alınabilecek minimum-maksimum puanlar verilmiştir. Ölçekte bulunan alt boyutlar, faktörlere ait maddelerin toplamı alınarak hesaplanmıştır. Sürekli öfke alt ölçeğinin medyan değeri 12 olup, standart sapma $\pm$ 2,79’dur. Ölçekten alınabilecek minimum-maksimum puan 10-40 ve bireylerin ölçekten almış olduğu minimum-maksimum puan ise 10-26’dır. Öfke içte alt ölçeğinin medyan değeri 11 standart sapması $\pm$ 1,96’dır. Ölçekten alınabilecek minimum-maksimum puan 8-32 ve bireylerin ölçekten almış olduğu minimum-maksimum puan ise 8-17’dir. Öfke dışta alt ölçeğinin medyan değeri 11 olup standart sapması $\pm$ 1,74’tür. Ölçekten alınabilecek minimum-maksimum puan 8-32 ve bireylerin ölçekten almış olduğu minimum-maksimum puan ise 8-17’dir. Öfke kontrol alt ölçeğinin medyan değeri 24 ve standart sapması ise $\pm$ 2,44’tür. Ölçekten alınabilecek minimum-maksimum puan 8-32 ve bireylerin ölçekten almış olduğu minimum-maksimum puan ise 15-32’dir.

Tablo 3: Kanser Hastalarının Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Sürekli Öfke Ort ± SD	Öfke İçte Ort ± SD	Öfke Dışta Ort ± SD	Öfke Kontrol Ort ± SD
Cinsiyet				
Kadın	12±3,22	11,5±2,13	11±1,93	24±2,59
Erkek	12±2,26	10±1,26	11±1,52	24±2,28
	u=3320	u=1731	u=3328	u=3341
	p=0,892	p=0,000	p=0,913	p=0,947
Medeni Durum				
Bekâr	11±2,02	10,5±2,38	11±1,88	24±1,00
Evli	12±2,84	11±1,93	11±1,73	24±2,51
	u=722	u=786	u=864	u=680
	p=0,222	p=0,417	p=0,754	p=0,112
Yaşadığı Yer				
İl	12±2,66	12±2,66	12±2,66	12±2,66
İlçe	12±2,66	12±2,66	12±2,66	12±2,66
Köy	12±2,66	12±2,66	12±2,66	12±2,66
	H=0,300	H=1,397	H=0,836	H=1,942
	p=0,861	p=0,497	p=0,658	p=0,379
Birlikte Yaşadığı Kişiler				
Yalnız	11±2,76	11±2,24	11±1,73	24±1,9
Eş	12±2,35	10±1,79	11±1,7	24±2,54
Eş ve Çocuklar	12±3,5	11±2,06	12±1,75	24±2,41
	H=0,761	H=8,949	H=5,730	H=0,288
	p=0,684	p=0,011*	p=0,057	p=0,866
Eğitim Durumu				
İlkokul	11±2,5	11±1,95	11±1,81	24±2,48
Ortaöğretim	12±2,29	11±1,97	11±1,47	24±2,2
Üniversite ve Üstü	13±4,45	11±2,08	12±1,41	24±2,33
	H=1,901	H=0,464	H=3,899	H=4,278
	p=0,387	p=0,793	p=0,142	p=0,118
Meslek				
Memur	18±5,29	12±1	14±1	23±3,79
İşçi	13±3	11±1,15	12±2,65	24±0

Emekli	11,5±2,15	10±1,23	11±1,4	24±2,29
Ev hanımı	12±2,85	12±2,12	11±1,98	24±2,62
Diğer	11,5±3,86	10,5±3,37	11±0,5	22,5±0,96
	H=7,819	H=33,108	H=8,195	H=5,761
	p=0,098	p=0,000*	p=0,085	p=0,218
Kanser Türü				
Nazofarenks, Larenks, Akciğer	12±2,68	10±1,78	11±1,7	24±2,78
Prostat, Mesane, Böbrek	11,5±3,21	11±2,11	11±2,04	24±2,26
Kolon,İnce bağırsak,Mide,Özefagus, Çekum, Pankreas,Rektum,Apendiks	11±2,47	10±1,53	11±1,52	24±2,14
Meme, Over, Uterus, Serviks,Endometrium	12±3,24	11,5±2,19	11±1,97	24±2,58
Diğer	11±1,59	10±1,55	11±1,28	24±1,79
	H=0,218	H=16,164	H=0,690	H=4,340
	p=0,975	p=0,001*	p=0,876	p=0,227

*Kruskal-Wallis H 1-Way Anova

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri Tablo 3'te verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri incelendiğinde; hastaların cinsiyet, birlikte yaşadığı kişiler, meslek ve kanser türü değişkenlerine göre sürekli öfke, öfke dışta ve öfke kontrol faktörlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hastaların medeni durum, yaşadığı yer ve eğitim durumuna göre ise sürekli öfke, öfke içte, öfke dışta ve öfke kontrol faktörlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Hastaların cinsiyete göre öfke içte faktöründe istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Erkek cinsiyet grubunun ortalaması 10, kadın cinsiyet grubunun ortalaması 11,5 olarak bulunmuştur. Buna göre kadınların öfke içte düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların birlikte yaşadığı kişiye göre öfke içte faktöründe istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kruskal-

Wallis H 1-Way Anova çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre eş ile eş ve çocukları ile birlikte yaşayanlar ortalaması incelendiğinde eş ile yaşayanların öfke içte düzey ortalaması 10 puan, eş ve çocuklarla yaşayanların öfke içte düzey ortalaması 11 puan olarak bulunmuştur. Bu durumda eş ve çocuklarla yaşayan kanser hastalarının öfke içte düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların mesleğine göre öfke içte faktöründe istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kruskal-Wallis H 1-Way Anova çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre emekli ile ev hanımı puan ortalaması incelendiğinde emekli meslek grubunun öfke içte düzey ortalaması 10 puan, ev hanımı meslek grubunun öfke içte düzey ortalaması 12 puan olarak bulunmuştur. Bu durumda ev hanımı kanser hastalarının öfke içte düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların kanser türüne göre öfke içte faktöründe istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kruskal-Wallis H 1-Way Anova çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre kolon, ince bağırsak, mide, özefagus, çekum, pankreas, rektum, apendiks ile meme, over, uterus, serviks, endometrium puan ortalaması incelendiğinde kolon, ince bağırsak, mide, özefagus, çekum, pankreas, rektum, apendiks kanser türü grubunun öfke içte düzey ortalaması 10 puan, meme, over, uterus, serviks, endometrium kanser türü grubunun öfke içte düzey ortalaması 11,5 puan olarak bulunmuştur. Bu durumda meme, over, uterus, serviks, endometrium kanser hastalarının öfke içte düzeyi daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4'te kanser hastalarının Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ) Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki etki düzeyleri verilmiştir. Öfke dışta faktörünün sürekli öfke, öfke içte, öfke kontrol bağımsız değişkenlerin açıklama düzeyi $R^2=0,66$ olarak bulunmuştur. Öfke dışta faktörünü sürekli öfke faktörü pozitif yönlü

0,30 düzeyinde, öfke içte faktörü pozitif yönlü 0,12 düzeyinde ve öfke kontrol faktörü negatif yönlü 0,18 düzeyinde etkilemektedir.

Tablo 4: Kanser Hastalarının Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Etkilerin İncelenmesi (Regresyon Analizi)

Bağımsız Değişken	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	10,809	1,324		8,162	0,0001
Sürekli Öfke	0,302	0,042	0,484	7,272	0,0001
Öfke İçte	0,125	0,058	0,141	2,153	0,033
Öfke Kontrol	-0,182	0,043	-0,255	-4,212	0,0001
Bağımlı değişken: Öfke Dışta				R² =0,66	

Tablo 5: Kanser Hastalarının Demografik Özelliklerinin Öfke-İçte Faktörü Üzerindeki Etkileri

Değişkenler	Sürekli Öfke Ort ± SD	Öfke İçte Ort ± SD	Öfke Dışta Ort ± SD	Öfke Kontrol Ort ± SD
Cinsiyet				
Kadın	12±3,22	11,5±2,13	11±1,93	24±2,59
Erkek	12±2,26	10±1,26	11±1,52	24±2,28
	u=3320	u=1731	u=3328	u=3341
	p=0,892	p=0,0001	p=0,913	p=0,947
Cohen's d		0,09		
Birlikte Yaşadığı Kişi				
Yalnız	11±2,76	11±2,24	11±1,73	24±1,9
Eş	12±2,35	10±1,79	11±1,7	24±2,54
Eş ve Çocuklar	12±3,5	11±2,06	12±1,75	24±2,41
	H=,761	H=8,949	H=5,730	H=,288
	p=0,684	p=0,011*	p=0,057	p=0,866
Eta kare		0,051		

Meslek

Memur	18±5,29	12±1	14±1	23±3,79
İşçi	13±3	11±1,15	12±2,65	24±0
Emekli	11,5±2,15	10±1,23	11±1,4	24±2,29
Ev hanımı	12±2,85	12±2,12	11±1,98	24±2,62
Diğer	11,5±3,86	10,5±3,37	11±0,5	22,5±0,96
	H=7,819	H=33,108	H=8,195	H=5,761
	p=0,098	p=0,000*	p=0,085	p=0,218
Eta kare	0,2			

Kanser Türü

Nazofarenks, Akciğer	Larenks,	12±2,68	10±1,78	11±1,7	24±2,78
Prostat, Mesane, Böbrek		11,5±3,21	11±2,11	11±2,04	24±2,26
Kolon,İnce bağırsak,Mide,Özefagus, Çekum, Pankreas, Rektum,Apendiks		11±2,47	10±1,53	11±1,52	24±2,14
Meme, Over, Uterus, Serviks, Endometrium		12±3,24	11,5±2,19	11±1,97	24±2,58
Diğer		11±1,59	10±1,55	11±1,28	24±1,79
		H=,218	H=16,164	H=,690	H=4,340
		p=0,975	p=0,001*	p=0,876	p=0,227
Eta kare		0,1			

*Kruskal-Wallis H 1-Way Anova

Tablo 5’te cinsiyet, birlikte yaşadığı kişi, meslek ve kanser türüne göre etki büyüklükleri verilmiştir. Cinsiyete göre etki büyüklüğünü incelemek için Cohen’s d, diğer değişkenlerde etki büyüklüğünü incelemek için Eta kare kullanılmıştır. Cinsiyete göre etki büyüklüğü olarak Cohen’s d katsayısı 0,09 bulunmuştur. Buna göre kadın cinsiyet grubunun erkek cinsiyet grubuna göre öfke içte faktöründe yüksek düzeyde etkili olduğu söylenebilir. Birlikte yaşadığı kişilere göre etki büyüklüğü olarak Eta kare katsayısı 0,051

bulunmuştur. Buna göre eş ve çocuklar grubunun, eş grubuna göre öfke içte faktöründe düşük düzeyde etkili olduğu söylenebilir. Meslek değişkenine göre etki büyüklüğü olarak Eta kare katsayısı 0,20 bulunmuştur. Buna göre ev hanımı grubunun, emekli grubuna göre öfke içte faktöründe yüksek düzeyde etkili olduğu söylenebilir. Kanser türü değişkenine göre etki büyüklüğü olarak Eta kare katsayısı 0,10 bulunmuştur. Buna göre meme, over, uterus, serviks, endometrium grubunun, kolon, ince bağırsak, mide, özefagus, çekum, pankreas, rektum, apendiks grubuna göre öfke içte faktöründe orta düzeyde etkili olduğu söylenebilir.

Tartışma

Bu araştırma kanser hastalarının öfke ifade tarzlarının ve yordayıcılarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %51,2'si kadın, %92,7'si evli, %64'ü ilde yaşayan ve %59,8'i eşiyle yaşayan bireylerden oluşmaktadır. Bireylerin %76,8'i ilkokul mezunu, %47,6'sı ev hanımı ve %46,3'ü emeklidir. Katılımcıların %35,4'ü kadına özgü kanserler olan meme, over, uterus, serviks ve endometrium kanserine; %29,9'u ise sindirim sistemi kanserine sahiptir. Araştırma bulguları, öfke içte alt boyutunun cinsiyet, birlikte yaşadığı kişiler, meslek ve kanser türü gibi değişkenlere göre farklılaştığını ortaya koymaktadır (Tablo 3). Çalışmanın bulgularına göre kadınların öfke içte düzeyi erkeklerin öfke içte düzeyine göre daha yüksek bulunmuştur. Kanser hastalarının birlikte yaşadıkları kişiler açısından bulgular incelendiğinde, eş ve çocuklarıyla yaşayanların öfke içte düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Meslek ve kanser türü açısından bulgular incelendiğinde ise, ev hanımı olan ve kadına özgü kanser türleri (meme, over, uterus, serviks ve endometrium) bulunan hastaların öfke içte düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Elde edilen bulgulara göre bireylerin medeni durumu, yaşadığı yer ve eğitim durumu değişkenleri sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarını etkileyen bir faktör olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Kanser hastalarının, hastalık teşhisi, tedavi süreci ve hastalık prognozunun etkisiyle yoğun duygular yaşadıkları görülmektedir (aktaran Pene & Kissane, 2019). Hastaların çoğunluğu ciddi bir hastalık tanısı alıp ölümcül bir hastalık ile karşı karşıya kaldıklarında inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamalarından geçmektedir (Kübbler-Ross, 1972). Onkoloji konsültasyonlarının yaklaşık %53'üne varan oranda orta ve şiddetli öfke ifadesi görülmektedir (Alexander & ark., 2011).

Meme kanseri tanısı almış kadınların yaşam kalitesi; ağrı, nüks korkusu, yorgunluk, depresyon, azalmış kadınlık ve çekicilik hissi, beden imajı ve öz saygıdaki değişiklikler ve cinsellikteki değişiklikler gibi birçok farklı durumdan etkilenebilmektedir (Archangelo & ark., 2019). Yapılan bir çalışmaya göre, yaşam kalitesini iyileştirmede öfke ifadesi ve öfke kontrolünün olumlu etkisinin olduğu, öfkeyi baskılamamanın ise yaşam kalitesini azalttığı bulunmuştur (Julkunen, Gustavsson-Lilius & Hietanen, 2009). Birey öfkesini ifade edemediğinde depresyona sürüklenebilir (Şahin, Kocamaz & Yıldırım, 2020). Li ve ark'larının yaptığı çalışma, Çinli meme kanseri hastalarında öfkeyi bastırmanın depresif belirtileri öngörmede etkili olduğunu ortaya koymuştur (Li & ark., 2015). Kanser hastaları arasında duygu ifadelerinin bastırılmasının yaygın olduğu bu durumun kanserin etiyolojisinde ve prognozunda rol oynadığı konusunda görüş birliği bulunmaktadır (aktaran Tuna, 2023). Kanser hastalarının öfke kontrol puan ortalamasının yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 1). Bu bulgu, hastaların öfkelerini kontrol edebildiklerini gösterebileceği gibi öfkenin içte tutulup bastırıldığını da işaret ediyor olabilir. Öfkenin hoş bir duygu olarak görülmemesi, bireylerin öfke duygularını açıkça ifade etmekten kaçınmalarına yol açabildiği, öfkenin ifade edilememesi öfkenin içe atılmasını ve duygusal bastırmanın yoğunluğunu arttırdığı düşünülmektedir. Öfkenin içe atılması ise psikolojik iyi oluş halini etkileyerek depresif belirtilerin ortaya çıkmasına yol açabilir.

Duygularını baskılayan hastaları, olumsuz duygularını uygun bir şekilde ifade etmeye teşvik etmek son derece önemlidir.

Sınırlılıklar

Bu araştırmada bazı sınırlılıklar bulunmaktadır; Verilerin öz-bildirim (self-report) yöntemiyle toplanmış olması, sosyal istenilirlik etkisine yol açmış olabilir. Araştırmamız yalnızca Sivas bölgesinde yapıldığı için farklı bölgelerde benzer sonuçlara ulaşıp ulaşılmayacağı belirsizdir.

Sonuç

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre kanser hastalarının öfkelerini kontrol edebildikleri bununla birlikte kadınların, eş ve çocukları ile yaşayanların, ev hanımı olanların, meme ve üreme organı ile ilgili organları etkileyen kanser hastalığına sahip olan bireylerin öfkelerini daha fazla içe attıkları bulunmuştur. Bu sonuçlar kapsamında;

Kanser hastalarının öfke düzeylerinin belirlenmesi için sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesi,

Öfke içte düzeyi yüksek olan kanser hastası bireylere öfke ifadesi ve kontrolü hakkında eğitim verilmesi,

Öfke içte alt ölçeği puanları yüksek olan hastaların depresyon açısından değerlendirilmesi ve bu konuda niteliksel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Kaynakça

Alexander, S.C., Pollak, K.I., Morgan, P.A., Strand, J., Abernethy, A.P., Jeffreys, A.S., Arnold, R.M., Olsen, M., Rodriguez, K.L., Garrigues, S.K., Manusov, J.R., & Tulskey, J.A. (2011). How do non-physician clinicians respond to advanced cancer patients' negative expressions of emotions? *Supportive care in cancer: Official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 19(1), 155–159. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0996-5>

American Cancer Society (2025) (19/11/2025 tarihinde <https://www.cancer.org/cancer/understanding-cancer/what-is-cancer.html> adresinden ulaşılmıştır).

Archangelo S de C, Sabino Neto M, Veiga DF, Garcia EB, Ferreira LM. (2019). Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics*. 74:e883 1-5. doi:[10.6061/clinics/2019/e883](https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e883)

Bacık Yaman G, Kayıkçıoğlu E, Hocaoglu Ç. (2023). Examination of mental symptoms, anger, and death anxiety in elderly cancer patients *Turkish Journal of Geriatrics* 26(3). 302–313. <https://doi.org/10.29400/tjgeri.2023.357>

Bruno A, Pandolfo G, Scimeca G, Leonardi V, Cedro C, Racchiusa S. (2014). Anger in health, benign breast disease and breast cancer: a prospective case–control study. *In Vivo*. 28:973-977.

Chida Y, Steptoe A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: A meta-analytic review of prospective evidence. *J Am Coll Cardiology*, 53(11) 936-946. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2008.11.044>

Çivitci, A. (2015). Sürekli öfkenin yordayıcıları olarak benlik saygısı ve sosyal destek: Sosyal desteğin aracı ve düzenleyici rolü.

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 15(1), 66-81. <https://doi.org/10.17240/aibuefd.2015.15.1-5000128595>

Dilekler, İ., Törenli, Z., Selvi, K. (2014). Öfkeye farklı açılardan bakış: Öfkenin mekanizması, farklı psikopatolojilerde öfke ve terapistin öfkesi. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 1(3), 44-59. <https://doi.org/10.31682/ayna.470591>

Elkin, N., Karadağlı, F. (2016). Üniversite öğrencilerinin öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. *Anadolu Kliniği*, 21(1), 64-71. <https://doi.org/10.21673/anadoluklin.180680>

Gemalmaz, A., Avşar, G. (2015). Kanser tanısı ve sonrası yaşananlar: Kalitatif bir çalışma. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(2), 93-98. <https://doi.org/doi:10.5222/HEAD.2015.093>

Gerhart JI., Sanchez Varela V., Burns JW. (2017). Brief training on patient anger increases oncology providers' self-efficacy in communicating with angry patients *American Academy of Hospice and Palliative Medicine*, 54(3):355-360 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.039>

Julkunen, J., Gustavsson-Lilius, M., & Hietanen, P. (2009). Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *Journal of psychosomatic research*, 66(3), 235-244. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.09.011>

Kakoo-Brioso E, Costa L, Ouakinin S. (2018). Association of Anger Expression-Out with NK Cell Counts in Colorectal Cancer Patients. *Acta Med Port*.29;31(3):152-158. <https://doi.org/10.20344/amp.9573>

Kübler-Ross, E. (1972). On death and dying: Therapeutic grand rounds number 36 (S. Wessler & L. V. Avioli, Eds.). *JAMA*, 221(2). 174-179.

Li, L., Yang, Y., He, J., Yi, J., Wang, Y., Zhang, J., & Zhu, X. (2015). Emotional suppression and depressive symptoms in women newly diagnosed with early breast cancer. *BMC women's health*, 15, 91. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0254-6>

Özer, A.K. (1994). Sürekli öfke (SL-Öfke) ve öfke ifade tarzı (Öfke-Tarz) ölçekleri ön çalışması *Türk Psikoloji Dergisi*, 9 (31), 26–34.

Pene CTH, Kissane D. (2019). Communication in cancer: its impact on the experience of cancer care: Communicating with the angry patient and the patient in denial. *Curr Opin Support Palliat Care*. 13(1):46-52. <https://doi.org/10.1097/spc.0000000000000410>

Seol KH, Bong SH, Kang DH, Kim JW (2021). Factors associated with the quality of life of patients with cancer undergoing radiotherapy. *Psychiatry Investig.* jan;18(1):80–7. [10.30773/pi.2020.0286](https://doi.org/10.30773/pi.2020.0286)

Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş (2013). Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull* 12(3):219-224.

Spielberger, C.D. (1988). State-trait anger expression inventory (STAXI-2): Professional manual. odessa, FL: *Psychological Assessment Resources*.

Şahin H, Kocamaz D, Yıldırım M. (2020). Kanser sürecinde psikolojik sorunlar ve psiko-onkoloji. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*. 2(3):136-141

Thomas SP, Groer M, Davis M, Droppleman P, Mozingo J, Pierce M. (2000). Anger and cancer: An analysis of the linkages. *Cancer Nurs*.23(5):344-349. <https://doi.org/10.1097/00002820-200010000-00003>

Tuna, E. (2023). Kronik hastalıklarda duygu düzenleme: Kalp ve damar sistemi hastalıkları, kanser, migren, fibromiyalji ve sedef hastalığı üzerine bir derleme. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 7(1), 117-142. <https://doi.org/10.57127/kpd.26024438m000084X>

WHO (2024). Global cancer burden growing, amidst mounting need for services. (11/01/2025 tarihinde <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services> adresinden ulaşılmıştır).

PSİKİYATRİK ACİL DURUMLARDA BÖLÜM 2 HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

GÜVENLİK, DEĞERLENDİRME VE MÜDAHALE PROTOKOLLERİ

FATMA BOĞAN¹

Giriş

Psikiyatrik acil durumlar, bireyin ruhsal durumunda ortaya çıkan ani ve ciddi bozulmaların, kişinin kendisi ya da çevresi için yüksek düzeyde zarar riski oluşturduğu ve gecikmeksizin değerlendirme ile müdahale gerektiren klinik tablolar olarak tanımlanmaktadır (APA, 2022). Dünya Sağlık Örgütü, psikiyatrik acil durumları bireyin temel işlevselliğini ve güvenliğini tehdit eden, hızlı ve koordineli müdahale gerektiren ruhsal krizler olarak ele almaktadır (WHO, 2019).

Günümüzde ruh sağlığı sorunlarının artışı, toplumsal stresörlerin yoğunlaşması ve madde kullanımındaki yükseliş, acil servislerde psikiyatrik nedenli başvuruların belirgin biçimde artmasına yol açmıştır. Uluslararası veriler, acil servis başvurularının %5–10'unun doğrudan psikiyatrik nedenlerle ilişkili

¹ Öğr. Gör., Düzce Üniversitesi, İlk ve Acil Yardım Programı, Orcid: 0000-0002-1356-787X

olduğunu göstermektedir (Zeller et al., 2014; Nicks & Manthey, 2012).

Acil servisler, çoğu zaman ruhsal kriz yaşayan bireyler için sağlık sistemine ilk temas noktasıdır. İntihar girişimleri, ajitasyon ve saldırgan davranışlar, akut psikotik ataklar, panik bozukluklar ve madde kullanımına bağlı acil tablolar, psikiyatrik acillerin en sık karşılaşılan örnekleri arasında yer almaktadır. Bu başvuruların önemli bir bölümünde eşlik eden tıbbi risklerin bulunması, psikiyatrik acil bakımın multidisipliner niteliğini güçlendirmektedir (Tintinalli et al., 2020).

Psikiyatrik acil durumlar, belirsizlik, zaman baskısı ve yüksek risk içeren koşullar altında yönetilmektedir. Yanlış ya da gecikmiş müdahaleler; intihar, kendine zarar verme, şiddet davranışı ve tıbbi komplikasyonlar gibi geri dönüşü olmayan sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle literatür, yapılandırılmış değerlendirme ve müdahale protokollerinin hasta güvenliği açısından kritik olduğunu vurgulamaktadır (Richmond et al., 2012).

Psikiyatri hemşireleri, psikiyatrik acil bakımda merkezi bir role sahiptir. Hastanın ilk gözlemlenmesi, risklerin erken fark edilmesi, güvenliğin sağlanması, terapötik iletişimin kurulması ve müdahalelerin uygulanması büyük ölçüde hemşirelik uygulamaları üzerinden yürütülmektedir (Halter et al., 2019). Hemşirelik gözleminin sürekliliği, psikiyatrik acillerde risk düzeyindeki ani değişimlerin erken fark edilmesini sağlamaktadır (Stuart, 2020).

Psikiyatrik acil bakımda hemşirelik yaklaşımı yalnızca semptomların kontrol altına alınmasını değil; aynı zamanda insan onuruna saygılı, travma duyarlı ve hak temelli bir bakım anlayışını da içermelidir. Travma bilgili bakım yaklaşımları, özellikle ajitasyon ve zorlayıcı müdahalelerin azaltılmasında etkili bulunmuştur (Harris & Fallot, 2001).

Bu çalışmanın amacı, psikiyatrik acil durumlarda psikiyatri hemşirelerinin rolünü; güvenlik, değerlendirme ve müdahale protokolleri çerçevesinde kapsamlı biçimde ele almaktır. Bölüm kapsamında psikiyatrik acillerin kavramsal çerçevesi, güvenlik yönetimi, hemşirelik değerlendirme süreci, müdahale protokolleri, etik ve hukuki boyutlar ile klinik vaka örnekleri ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

Psikiyatrik Acil Durumlar

Psikiyatrik Acil Durumun Tanımı

Psikiyatrik acil durum, bireyin ruhsal durumundaki ani değişikliklerin, kişinin kendisi ya da çevresi için ciddi zarar riski oluşturduğu ve gecikmeksizin müdahale edilmesini gerektiren klinik bir tabloyu ifade etmektedir (APA, 2022). ICD-11 sınıflandırması da psikiyatrik acilleri, akut risk ve işlev kaybı ile seyreden durumlar olarak tanımlamaktadır (WHO, 2022).

Rutin Psikiyatrik Bakım ile Psikiyatrik Acil Bakım Arasındaki Ayrım

Rutin psikiyatrik bakım, planlı ve uzun süreli izlem süreçlerini içerirken; psikiyatrik acil bakım, kısa sürede stabilizasyonu hedefleyen yoğun ve hızlı müdahaleleri kapsamaktadır. Bu ayrım, hemşirelik bakımının önceliklerini ve klinik karar verme süreçlerini doğrudan etkilemektedir (Townsend & Morgan, 2021). Psikiyatrik acillerde bakımın temel amacı tanı koymak değil; akut riskleri belirlemek, güvenliği sağlamak ve uygun yönlendirmeyi gerçekleştirmektir. Bu yaklaşım, acil psikiyatri literatüründe “risk odaklı bakım modeli” olarak tanımlanmaktadır (Bowers, 2014).

Sık Görülen Psikiyatrik Acil Durumlar

Acil servislerde en sık karşılaşılan psikiyatrik aciller arasında intihar riski ve kendine zarar verme davranışları yer almaktadır. İntihar girişimleri, özellikle genç erişkinlerde acil servis başvurularının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (Hawton & Williams, 2001). Ajitasyon ve saldırgan davranışlar, psikiyatrik acillerin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Ajitasyonun erken tanınması, şiddet olaylarının önlenmesinde kritik bir basamak olarak kabul edilmektedir (Richmond et al., 2012).

Psikiyatrik Acillerde Güvenlik Yönetimi

Psikiyatrik acil durumlarda güvenlik yönetimi, bakım sürecinin temel ve vazgeçilmez bir bileşenidir. Literatür, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının önemli bir bölümünün psikiyatrik acil başvurular sırasında gerçekleştiğini göstermektedir (Pompeii et al., 2015).

Güvenliğin Önceliklendirilmesi

Güvenliğin önceliklendirilmesi etik ilkelerle doğrudan ilişkilidir (Beauchamp & Childress, 2019). Psikiyatrik acil bakımda güvenlik ile hasta özerkliği arasında denge kurulması, hemşirelik mesleğinin temel etik sorumlulukları arasında yer almaktadır (Delaney & Johnson, 2019).

Şiddet ve Kendine Zarar Verme Riskinin Değerlendirilmesi

Brøset Violence Checklist gibi yapılandırılmış araçlar, riskin sistematik biçimde değerlendirilmesine katkı sağlamaktadır (Woods & Almvik, 2002). Ancak yapılandırılmış ölçeklerin, klinik yargının yerini alamayacağı vurgulanmaktadır (Douglas et al., 2014).

Çevresel Güvenliğin Sağlanması

Safewards modeli, çevresel düzenlemeler ve ekip temelli yaklaşımların şiddeti azaltmada etkili olduğunu ortaya koymuştur (Bowers, 2014).

Psikiyatrik Acillerde Hemşirelik Değerlendirmesi

Psikiyatrik acil durumlarda hemşirelik değerlendirmesi, bakım sürecinin yönünü belirleyen temel aşamadır. Bu değerlendirme süreci, yalnızca hastanın bildirdiği belirtileri değil; gözlem, klinik deneyim ve yapılandırılmış değerlendirme araçlarını içeren bütüncül bir yaklaşımı gerektirmektedir. Psikiyatri hemşireleri, psikiyatrik acillerde çoğu zaman ilk değerlendirmeyi yapan ve riskleri erken fark eden sağlık profesyonelleridir. Literatür, erken ve doğru yapılan hemşirelik değerlendirmesinin şiddet olaylarını ve zorlayıcı müdahale ihtiyacını azalttığını göstermektedir (Bowers et al., 2015; Stuart, 2020).

İlk Değerlendirme ve Psikiyatrik Triyaj

Psikiyatrik acil durumlarda ilk değerlendirme, hastanın aciliyet düzeyinin belirlenmesine yönelik hızlı ve odaklanmış bir süreci kapsamaktadır. Psikiyatrik triyaj, fiziksel triyaj sistemleriyle paralel biçimde risk temelli önceliklendirmeyi esas almaktadır. Acil servislerde kullanılan Emergency Severity Index (ESI) sisteminin psikiyatrik hastalar için risk odaklı uyarlamalarla birlikte kullanılması önerilmektedir (Hesketh et al., 2017). Ajitasyon, bilinç değişikliği, tehditkâr davranışlar ve kontrolsüz motor aktivite, yüksek riskli psikiyatrik acillerin erken göstergeleri arasında yer almaktadır (Zeller & Rhoades, 2010). Bu belirtilerin varlığında, değerlendirme süreci güvenlik önlemleri ile eş zamanlı yürütülmelidir (Richmond et al., 2012).

Ruhsal Durum Muayenesi

Ruhsal durum muayenesi; hastanın görünümü, davranışları, konuşması, duygudurum ve duygulanımı, düşünce süreci ve içeriği, algısı, bilişsel işlevleri, içgörü ve yargılama yetisini kapsamaktadır (APA, 2022). Psikiyatrik acil koşullarda ruhsal durum muayenesinin kısa, yapılandırılmış ve tekrarlayıcı biçimde yapılması önerilmektedir (Townsend & Morgan, 2021). Özellikle emredici varsanılar, paranoid sanrılar ve yoğun umutsuzluk ifadeleri, akut risk göstergeleri olarak değerlendirilmelidir. Bu belirtilerin varlığı, kendine zarar verme veya şiddet davranışı açısından artmış riskle ilişkilidir (Douglas et al., 2014).

Risk Değerlendirme Araçları ve Klinik Gözlem

Psikiyatrik acillerde risk değerlendirmesi, yapılandırılmış ölçekler ve klinik gözlemin birlikte kullanılmasını gerektirir. İntihar riskinin değerlendirilmesinde Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) yaygın olarak kullanılmaktadır. C-SSRS'nin acil servis ortamında hemşireler tarafından uygulanabilirliği gösterilmiştir (Posner et al., 2011). Şiddet riskinin değerlendirilmesinde Brøset Violence Checklist (BVC) öne çıkmaktadır (Woods & Almvik, 2002). Bununla birlikte, klinik yargının risk değerlendirmesinde vazgeçilmez olduğu vurgulanmaktadır (Singh et al., 2014).

Psikiyatrik Acillerde Hemşirelik Müdahale Protokolleri

Psikiyatrik acil durumlarda hemşirelik müdahaleleri, hastanın güvenliğini sağlamaya yönelik hızlı, planlı ve kanıta dayalı

uygulamaları içermektedir. Müdahalelerin temel amacı, semptomları baskılamak değil; akut riski azaltmak ve klinik stabilizasyonu sağlamaktır. Uluslararası rehberler, müdahalelerin aşamalı ve en az kısıtlayıcı yaklaşımla planlanmasını önermektedir (NICE, 2015; WHO, 2017).

Terapötik İletişim ve De-Eskalasyon

Terapötik iletişim, psikiyatrik acil bakımda en etkili ve en az kısıtlayıcı müdahale yöntemlerinden biridir (Hallett & Dickens, 2017). Project BETA rehberi, ajitasyon yönetiminde de-eskalasyonun birinci basamak müdahale olması gerektiğini vurgulamaktadır (Richmond et al., 2012).

Davranışsal ve Çevresel Müdahaleler

Davranışsal müdahaleler, çevresel düzenlemelerle birlikte uygulanmalıdır. Safewards modeli, çevresel düzenlemeler ve ekip temelli yaklaşımların şiddet olaylarını azalttığını göstermektedir (Bowers, 2014).

Farmakolojik Müdahalelerde Hemşirenin Rolü

Farmakolojik müdahaleler, de-eskalasyon girişimleri başarısız olduğunda gündeme gelmektedir (NICE, 2015). Hemşirenin ilaç sonrası sedasyon düzeyi, solunum ve kardiyovasküler yan etkiler açısından hastayı yakından izlemesi önerilmektedir (Zun, 2018).

Fiziksel Kısıtlama ve İzolasyon

Fiziksel kısıtlama ve izolasyon son seçenek olarak değerlendirilmelidir (WHO, 2017). Kısıtlama uygulamalarının hasta üzerinde psikolojik travmaya yol açabileceği bildirilmiştir (Cusack et al., 2018).

Özel Psikiyatrik Acil Durumlarda Hemşirelik Yaklaşımı

İntihar Girişimi Sonrası Bakım

İntihar girişimi sonrası bakım, fiziksel stabilizasyonun yanı sıra kapsamlı bir ruhsal değerlendirmeyi içermektedir. Sürekli gözlem ve güvenli ortam sağlanması, tekrar girişim riskini azaltmaktadır (Hawton & Williams, 2001; WHO, 2014).

Ajite ve Saldırgan Hastaya Yaklaşım

Ajite hastalarda öncelik de-eskalasyon teknikleridir. Hemşire tutumunun sakin ve tutarlı olması, ajitasyonun şiddetlenmesini önleyebilmektedir (Stuart, 2020).

Madde Kullanımıyla İlişkili Aciller

Madde entoksikasyonu ve yoksunluk tabloları, psikiyatrik ve tıbbi riskleri birlikte barındırmaktadır. Acil psikiyatri literatürü, bu hastalarda yakın vital bulgu izlemine önermektedir (Tintinalli et al., 2020).

Etik, Hukuki Ve Mesleki Boyut

Psikiyatrik acil durumlarda hemşirelik bakımı, yalnızca klinik müdahalelerle sınırlı olmayıp; etik, hukuki ve mesleki sorumlulukların yoğun biçimde iç içe geçtiği bir bakım alanını kapsamaktadır. Bu durumlarda alınan kararlar çoğu zaman zaman baskısı, yüksek risk ve belirsizlik içeren koşullar altında verilmektedir. Psikiyatri hemşireleri, bu süreçte hasta güvenliği ile hasta özerkliği arasında hassas bir denge kurmakla yükümlüdür.

Psikiyatrik acil bakımda temel etik ilkeler; yararlılık, zarar vermeme, özerklik ve adalet ilkeleri etrafında şekillenmektedir (Beauchamp & Childress, 2019). Güvenliğin sağlanması gerekliliği, özellikle ajitasyon, saldırganlık ve kendine zarar verme riski bulunan hastalarda hasta özerkliğinin geçici olarak sınırlandırılmasını gündeme getirebilmektedir. Bu durum, psikiyatri hemşirelerinin sıklıkla etik ikilemlerle karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Literatür, psikiyatrik acil bakımda etik kararların çoğunlukla güvenlik gerekçesiyle alındığını, ancak bu kararların mutlaka en az kısıtlayıcı müdahale ilkesiyle temellendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Delaney & Johnson, 2019; Cusack et al., 2018).

Uluslararası Etik ve Hukuki Çerçeve

Psikiyatrik acil bakım, uluslararası düzeyde insan hakları temelli yaklaşımlar doğrultusunda ele alınmaktadır. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ve Dünya Sağlık Örgütü'nün ruh sağlığı politikaları, ruhsal hastalığı olan bireylerin

onuruna saygılı, ayrımcılıktan uzak ve güvenli bakım alma hakkını açıkça tanımlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, psikiyatrik bakımda fiziksel kısıtlama ve izolasyon gibi zorlayıcı uygulamaların mümkün olan en düşük düzeyde tutulmasını önermekte ve bu uygulamaların sistematik olarak izlenmesini talep etmektedir (WHO, 2017). Uluslararası literatürde, zorlayıcı müdahalelerin gerekçelendirilmesi, süresinin sınırlandırılması ve ayrıntılı biçimde kayıt altına alınması etik ve hukuki bir zorunluluk olarak kabul edilmektedir.

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi kararları da, psikiyatrik hastalara yönelik zorlayıcı uygulamaların ancak açık ve belgelenmiş bir güvenlik tehdidi varlığında meşru kabul edilebileceğini ortaya koymaktadır (European Court of Human Rights, 2016). Bu bağlamda psikiyatri hemşireleri, uyguladıkları her girişimin etik gerekçesini açıklayabilmeli ve insan hakları perspektifini bakım sürecine entegre edebilmelidir.

Türkiye’de Psikiyatrik Acil Bakımda Hukuki Çerçeve

Türkiye’de psikiyatrik acil durumlarda bakım, Hasta Hakları Yönetmeliği, Türk Ceza Kanunu ve ilgili sağlık mevzuatı çerçevesinde yürütülmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği, bireyin sağlık hizmetlerinden insan onuruna yakışır biçimde yararlanma, bilgilendirilme ve güvenli bakım alma hakkını açıkça tanımlamaktadır.

Psikiyatrik acil bakımda zorunlu tedavi, fiziksel kısıtlama ve izolasyon uygulamaları yalnızca tıbbi gereklilik halinde ve belirli koşullar altında uygulanabilmektedir. Bu uygulamaların, hastanın kendisi ya da çevresi için açık ve yakın bir tehlike oluşturmaması durumunda, en kısa süreyle ve en az kısıtlayıcı biçimde gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Hasta Hakları Yönetmeliği, 2014).

Psikiyatri hemşireleri açısından hukuki sorumluluğun en önemli boyutlarından biri kayıt ve belgelendirme sürecidir. Eksik ya da yetersiz kayıtların, hem idari hem de cezai sorumluluk doğurabileceği; özellikle kısıtlama ve zorunlu tedavi uygulamalarında ayrıntılı kayıt tutulmasının zorunlu olduğu vurgulanmaktadır (Aydın & Ersoy, 2015).

Psikiyatri Hemşiresinin Etik ve Mesleki Sorumlulukları

Psikiyatrik acil bakım, psikiyatri hemşirelerinden ileri düzeyde klinik karar verme, etik duyarlılık ve stresle başa çıkma becerileri gerektirmektedir. Hemşire, bir yandan hasta güvenliğini sağlamakla yükümlüken; diğer yandan hastanın insan onurunu, mahremiyetini ve haklarını korumak zorundadır.

Psikiyatri hemşirelerinin mesleki sorumlulukları şu alanları kapsamaktadır:

- Riskleri erken fark etmek ve uygun müdahaleleri başlatmak

- Zorlayıcı uygulamaları son seçenek olarak değerlendirmek
- Tüm girişimleri etik ve hukuki gerekçelerle belgelemek
- Ekip içi iletişimi ve koordinasyonu sağlamak

Literatür, psikiyatrik acil servislerde çalışan hemşirelerin etik stres ve tükenmişlik açısından risk altında olduğunu; bu nedenle süpervizyon ve kurumsal destek mekanizmalarının önemli olduğunu göstermektedir (Edward et al., 2018). Bu bağlamda hizmet içi eğitimler, etik olgu tartışmaları ve psikiyatri hemşirelerine yönelik destekleyici yönetim yaklaşımları hem bakım kalitesini hem de çalışan güvenliğini artırmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Psikiyatrik acil durumlar, psikiyatri hemşireliğinin klinik, etik ve hukuki boyutlarının yoğun biçimde kesiştiği bir bakım alanını temsil etmektedir. Bu bölümde sunulan bulgular, psikiyatrik acil bakımda hemşirelik yaklaşımının hasta güvenliği, bakım kalitesi ve insan hakları açısından belirleyici bir role sahip olduğunu göstermektedir.

Psikiyatri hemşireleri, erken risk tanıma, terapötik iletişim ve de-eskalasyon teknikleri aracılığıyla zorlayıcı müdahalelerin azaltılmasında kilit bir konumda yer almaktadır. Klinik uygulamada, yapılandırılmış risk değerlendirme araçlarının klinik gözlemle birlikte kullanılması; eğitim düzeyinde ise simülasyon temelli

psikiyatrik acil bakım eğitimlerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Gelecekte yapılacak araştırmaların, psikiyatrik acil bakımda hemşirelik girişimlerinin hasta sonuçları üzerindeki etkisini değerlendiren deneysel tasarımlara odaklanması önem taşımaktadır.

Kaynakça

American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). APA Publishing.

Aydın, E., & Ersoy, N. (2015). Psikiyatride zorla tedavi ve etik sorunlar. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 23(2), 45–52.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Bowers, L. (2014). Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499–508. <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>

Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D., & Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1412–1422. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001>

Cusack, P., Cusack, F. P., McAndrew, S., McKeown, M., & Duxbury, J. (2018). An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 1162–1176. <https://doi.org/10.1111/inm.12432>

Delaney, K. R., & Johnson, M. E. (2019). Ethical issues in psychiatric emergency nursing. *Journal of the American Psychiatric*

Nurses Association, 25(4), 292–300.
<https://doi.org/10.1177/1078390319835187>

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2014). HCR-20V3: Assessing risk for violence (3rd ed.). *Mental Health, Law, and Policy Institute*, Simon Fraser University.

Edward, K. L., Hercelinskyj, G., & Giandinoto, J. A. (2018). Emotional labour in mental health nursing: An integrative systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 79–90. <https://doi.org/10.1111/inm.12302>

Hallett, N., & Dickens, G. L. (2017). De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 10–20. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003>

Halter, M. J., Varcarolis, E. M., & Carson, V. B. (2019). *Varcarolis' foundations of psychiatric mental health nursing* (8th ed.). Elsevier.

Harris, M., & Fallot, R. D. (2001). Using trauma theory to design service systems. Jossey-Bass.

Hawton, K., & Williams, K. (2001). The Papageno effect and suicide prevention. *British Journal of Psychiatry*, 178(1), 7–12. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.1.7>

Hesketh, I., Brookes, J., & Evans, R. (2017). Psychiatric

triage in emergency departments. *Emergency Medicine Journal*, 34(8), 538–543. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2016-205873>

National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings* (NICE Guideline NG10). NICE.

Nicks, B. A., & Manthey, D. M. (2012). The impact of psychiatric patient boarding in emergency departments. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 30(1), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2011.09.007>

Pompeii, L. A., Schoenfisch, A. L., Lipscomb, H. J., Dement, J. M., Smith, C. D., & Conway, S. H. (2015). Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers. *American Journal of Industrial Medicine*, 58(11), 1199–1211. <https://doi.org/10.1002/ajim.22489>

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., et al. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>

Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., et al. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17–25. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>

Singh, J. P., Grann, M., & Fazel, S. (2014). A comparative study of violence risk assessment tools. *British Journal of Psychiatry*, 205(6), 501–506.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147025>

Stuart, G. W. (2020). *Principles and practice of psychiatric nursing* (11th ed.). Elsevier.

Tintinalli, J. E., Ma, O. J., Yealy, D. M., et al. (2020). Tintinalli's emergency medicine: A comprehensive study guide (9th ed.). McGraw-Hill.

Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2021). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (10th ed.). F. A. Davis.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. WHO.

World Health Organization. (2017). *Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices*. WHO.

World Health Organization. (2019). *Guidelines on mental health at emergency settings*. WHO.

World Health Organization. (2022). *International classification of diseases* (11th rev.). WHO.

Woods, P., & Almvik, R. (2002). The Brøset Violence Checklist. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(5),

509–515. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00498.x>

Zeller, S. L., & Rhoades, R. W. (2010). Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. *Western Journal of Emergency Medicine*, 11(4), 1–12.

Zeller, S. L., Calma, N. M., & Stone, A. (2014). Effects of a dedicated regional psychiatric emergency service on boarding of psychiatric patients in area emergency departments. *Western Journal of Emergency Medicine*, 15(1), 1–6. <https://doi.org/10.5811/westjem.2013.6.17848>

BÖLÜM 3

THE PROCESS OF INTERNALIZED STIGMA IN MENTAL HEALTH: AN EVALUATION OF GRADUATE STUDIES IN TÜRKİYE

AYTUĞ TÜRK¹

Giriş

Stigma surrounding mental illness, both individual and societal, continues to be one of the main barriers to the recovery, social participation, and access to treatment of individuals suffering from these illnesses (Horsfall, Cleary, & Hunt, 2010). Internalized stigma, defined as the process whereby individuals with mental illness adopt the negative beliefs about mental illness that exist in society and accept that they themselves are part of this chain of negativity, leads to many problems, primarily decreased self-esteem, impaired functioning, and avoidance of treatment (Taşkın, 2007). In this regard, understanding the dynamics of internalized stigma remains a current topic at the center of mental health research and practice.

¹ Research Assistant Dr. Aytuğ Türk, Psychiatric and Mental Health Nursing, Muğla Sıtkı Koçman University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing; aytugturk@mu.edu.tr ; ORCID: 0000-0001-9172-3308

Master's theses constitute an important component of this field of research, and the sample groups, emerging themes, methodological choices, and results of these studies contribute significantly to the interdisciplinary literature. In Turkey, although interest in mental health stigma is increasing in fields such as psychiatric nursing, psychology, and social work, it has been observed that studies conducted at the master's level have not been systematically examined.

In this regard, the section examines how internalized stigma is addressed in master's theses in Turkey, focusing on the designs, data collection methods, intervention approaches, and main subject distribution of the master's theses conducted, in addition to providing explanatory information about stigma and internalized stigma. By classifying these trends, it aims to clarify the current state of academic work and highlight issues that should be considered to strengthen future research in this field.

Stigmatization and Internalized Stigmatization Process

Stigma, in general, refers to the loss of status and exclusion caused by negative stereotypes about individuals diagnosed with a chronic illness (Arabacı, Başoğlu & Büyükbayram, 2015). Internalized stigma occurs when individuals belonging to a stigmatized group turn society's stigmatizing attitudes and reactions inward (Avcil, 2014). Individuals with mental health issues are commonly perceived by others as unreliable, dangerous, or incapable of fulfilling roles such as friends, workers, neighbors, or partners. These perceptions contribute to stereotypes such as "mentally ill individuals are unpredictable, untrustworthy, or incapable of taking care of themselves," which are internalized by the individuals themselves (Teke, 2017). These individuals often experience feelings of shame, inadequacy, an increase in negative

automatic thoughts, social withdrawal, and a decline in self-esteem. The more stigmatizing the psychiatric diagnosis, the more severe these symptoms become (Çuhadar, 2011).

Internalized stigma stems from societal beliefs such as "individuals with mental health issues evoke emotions of anger, disdain, ridicule, and disgust." It manifests as the reactions stigmatized individuals direct toward themselves. Even in the absence of explicit discrimination, individuals internalize societal negative attitudes and anticipate stigmatizing behaviors, leading to behavioral changes as if discrimination has already occurred. As a result, individuals with mental health issues stigmatize themselves before society does (Drapalski et al., 2013; Teke, 2017). Societal stigma may follow this internal process simultaneously or independently. This process often begins when a person receives a mental health diagnosis, reviving existing stereotypes about mentally ill individuals. The more negative the stereotypes held by the individual, the greater the perceived stigma (Overton & Medina, 2008). Thus, the tendency to stigmatize oneself is directly proportional to the individual's belief in societal stigma (Drapalski et al., 2013;).

Internalized stigma is independent of actual experiences of exclusion or discrimination and begins to take effect when individuals are labeled with a mental health diagnosis (Taşkın, 2007). People with mental health problems are often aware of the negative stereotypes about themselves. If they internalize and apply these stereotypes to themselves, it leads to diminished self-esteem and self-efficacy. For instance, an individual might think, "I have a mental illness, so I do not deserve good medical care or cannot succeed in any job." This self-stigma is accompanied by emotional feelings of shame, reduced social engagement, worthlessness, and depressive symptoms, ultimately decreasing the individual's quality of life (Türk & Uğurlu, 2023; Horsfall, Cleary, & Hunt, 2010). It

may also reduce motivation to achieve goals such as living independently or maintaining employment (Aydemir, 2004).

Internalized stigma affects approximately one-third of individuals with severe mental illnesses (Taşkın, 2007). However, not all individuals in stigmatized groups experience self-stigma. Some reject these prejudices and maintain healthy relationships or actively combat stigma (Avcil, 2014). Similar to societal stigma, internalized stigma comprises stereotypes, prejudice, and discrimination. Individuals who internalize stigma endorse stereotypes, saying, “This is true; I am weak and incapable of taking care of myself.” Personal prejudice resulting from these beliefs leads to negative emotional responses, such as low self-esteem and reduced self-efficacy (Horsfall, Cleary, & Hunt, 2010). Prejudice also translates into behavioral responses, such as individuals with mental health issues abandoning opportunities to work or live independently. These behavioral changes often result not from the illness itself but from the individuals’ self-discriminatory behaviors (Taşkın, 2007).

Many individuals with mental illnesses are aware of societal stereotypes, such as “people with mental illnesses are incompetent.” However, mere awareness of stereotypes does not lead to internalized stigma unless these stereotypes are accepted and endorsed by the individual (Aydemir, 2004). Internalized stigma develops through the interaction of social stigma and personal stigma. According to socio-psychological models, social stigma progresses through stereotypes, prejudice, and discrimination (Teke, 2017).

Stereotypes are cognitive structures shared by many members of society. They represent common beliefs about different social groups and allow for categorization. While individuals may be aware of stereotypes, they do not necessarily agree with them (Link & Phelan, 2001). For example, some may recognize stereotypes

about ethnic groups but reject their validity. Prejudiced individuals, on the other hand, endorse negative stereotypes, leading to emotional responses such as fear or hostility. This prejudice manifests behaviorally as discrimination. For instance, employers may avoid hiring individuals with mental illnesses due to negative stereotypes (Taşkın, 2007). Corrigan explains internalized stigma using the "3A" model: awareness, agreement, and application (Teke, 2017; Taşkın, 2007).

Awareness: Individuals are aware of societal stereotypes about mental illnesses, such as “people with mental illnesses are unpredictable and dangerous,” even before they develop a mental illness themselves (Cam & Dağlı, 2017).

Agreement: Individuals accept and identify with these stereotypes, such as “Yes, it’s true; people with mental illnesses are unpredictable and dangerous.” However, awareness and agreement alone are insufficient for internalized stigma to occur (Teke, 2017).

Application: Internalized stigma occurs when individuals apply these stereotypes to themselves following a diagnosis. For example, “I am mentally ill, so I must be unpredictable and dangerous” (Cam & Dağlı, 2017).

Variables Influencing the Level of Perceived Stigma

The most important variable is the patients’ level of internalized stigma. The higher the level of internalized stigma in a patient, the stronger the sense of being stigmatized. Other relevant variables include:

- Patients with lower self-esteem report higher levels of perceived stigma.
- Regardless of the nature of the illness, patients who cannot return to their previous level of functioning after the onset of the disorder experience higher levels of perceived stigma. The

emergence of functional impairment due to the illness and the resulting deterioration of prior occupational or social roles are associated with increased stigma perception (Link & Phelan, 2001).

- The presence of physical functional impairments alongside psychiatric illness contributes to heightened stigma perception (Ko et al., 2022).

- Patients who are knowledgeable about their illness demonstrate lower levels of perceived stigma. The more stigmatizing the diagnostic label they receive, the greater the sense of stigma experienced (Link & Phelan, 2001).

- Members of minority groups or migrants diagnosed with a mental disorder are known to experience higher levels of perceived stigma.

- Individuals living in rural areas have been reported to exhibit higher levels of perceived stigma (Stewart et al., 2015).

- Patients who have been hospitalized for psychiatric treatment show higher levels of perceived stigma. The administration of ECT and the necessity for continuous medication contribute to the increase in stigma perception (Çuhadar, 2011; Taşkın, 2007; Aydemir, 2004).

Consequences of Internalized Stigma

Stigma and internalized stigma constitute a distressing burden that aggravates the outcomes and course of mental disorders, representing both a clinical and public health concern. Stigmatized individuals encounter discrimination in society and become targets of negative stereotypes (Link & Phelan, 2001). Moreover, by accepting and applying these stereotypes to themselves, they develop low self-esteem. A patient experiencing internalized stigma may think, “People with mental illness are bad, therefore I must also

be a bad person,” and may withdraw from society (Drapalski et al., 2013; Teke, 2017).

Because this process reflects a subjective and self-directed stigma, patients initially avoid seeking psychiatric help, hindering their engagement and adherence to pharmacological and psychosocial interventions and thereby obstructing recovery (Çuhadar, 2011). At the same time, this leads to negative outcomes such as reduced quality of life (Türk & Uğurlu, 2023).

Internalized stigma is also associated with decreased self-esteem and increased demoralization, impaired social adjustment, heightened feelings of guilt, and a sense of shame. One of the most significant consequences is that these emotions prevent patients from feeling they occupy their rightful place in society, or even from feeling that they belong to society at all (Drapalski et al., 2013; Link & Phelan, 2001). Due to internalized stigma, patients are unable to return to their previous social and occupational roles independently of the effects of the illness; instead, they withdraw from society and resort to behavioral avoidance (Çuhadar, 2011).

The depth of internalized stigma is related to individuals' awareness of societal attitudes and the degree to which they apply these attitudes to themselves. Applying such negative beliefs personally undermines self-esteem and self-efficacy (Taşkın, 2007). These regressions adversely affect the pursuit and achievement of life goals. For this reason, individuals with mental illness tend to avoid opportunities that could facilitate the attainment of important goals related to work, housing, and other essential life domains (Teke, 2017).

When individuals with mental illness internalize societal attitudes such as devaluation and discrimination, they anticipate rejection and discrimination from others and adopt coping strategies such as secrecy about their illness or withdrawal from social

interactions. To avoid discrimination and rejection, they limit their social interactions to individuals who are similarly stigmatized or who are aware of or accepting of stigma, such as family members (Taşkın, 2007; Aydemir, 2004).

Combating Stigma

Considering that one in four people are affected by mental disorders at some point in their lives, the theme of World Health Day in 2001 was designated as “Stop Exclusion, Dare to Care.” The aim of this theme was to convey the message that everyone has a place in society without being marginalized (Drapalski et al., 2013). At this point, combating stigma requires joint actions, initiatives, and competencies shared by experts in the field and community leaders. In this regard, nurses’ attitudes are directly influential on patient outcomes and play a decisive role in establishing a therapeutic clinical environment (Üstün & İnan, 2018).

Strategies for combating stigma:

- Increasing public awareness about schizophrenia, providing information on the nature of the illness and available treatment options, improving societal attitudes toward individuals with schizophrenia and their families, and initiating efforts to eliminate prejudice and discrimination (Drapalski et al., 2013).

- In anti-stigma efforts, it is first necessary to attempt to change the existing false beliefs and misinformation within society. While doing so, individuals’ beliefs and attitudes, as well as their experiences of stigmatization, should be assessed using measurement tools. Among these tools, several validated and reliable scales exist: the “Community Attitudes Toward the Mentally Ill Scale (CAMI),” adapted by Bağ and Ekinici (2003), the “Beliefs Toward Mental Illness Scale (BMIS)” developed by Bilge and Çam (2008), and the “Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI)” adapted by Ersoy and Varan (2007).

- Changing individuals' attitudes is a priority in combating stigma. In this context, modifying misconceptions, false beliefs, and prejudices about mental illness and individuals with mental disorders is possible through public education. Providing accurate information to key community figures appears to be the most effective method for reducing stigma and related discrimination (Drapalski et al., 2013).

- Efforts to combat stigma should be implemented through an intervention framework that includes interpersonal, societal, industrial, administrative, and governmental policies. In these practices, conducting target group-oriented activities within a patient-centered approach is recommended(Drapalski et al., 2013)..

- Informing the public about psychiatric disorders and their treatments will reduce the effects of stigma. Therefore, planning educational programs and developing research initiatives aimed at combating stigma may be suggested. While educating the public about stigma, patients should also be informed during treatment on how to cope with stigmatization(Bilge & Çam, 2010).

- It is important to address a psychiatric patient together with their physical, environmental, and cultural context and to rehabilitate them within the community. In this regard, day clinics and associations play a significant role, and it is recommended that professionals who serve as community leaders receive training on combating stigma (Bilge & Çam, 2010).

Efforts aimed at reducing stigma toward individuals with mental disorders, and consequently internalized stigma, play a significant role in reshaping societal attitudes and enhancing the quality of clinical practice. In this regard, it is essential to understand the nature of the studies conducted in the literature and the ways in which they contribute to this field. This study examined graduate theses on internalized stigma in terms of their topics and methods,

focusing on their adaptation to this specific period. To achieve this goal, the following research questions were addressed:

- What types of research methodologies were used in the theses?
- How were the data collected in these theses?
- How were the interventions implemented in the theses?
- In which departments were the theses on internalized stigmatization conducted?

Materials and Methods

Research Design: This descriptive study utilized the document analysis method. Graduate theses available on the Council of Higher Education (CoHE) Thesis Center were reviewed for this purpose. **Data Collection Method:** A total of 18 approved and publicly accessible theses completed by December 1, 2024, were reviewed on the Turkish Council of Higher Education (YÖK). The included theses were classified according to research type, data collection method, sample characteristics, studied concepts, and the intervention implementation methods used in experimental and quasi-experimental studies.

Data Analysis: The theses included in the study were examined through a descriptive analytical approach. Each thesis was reviewed in detail and coded according to predefined categories such as research design, data collection methods, characteristics of the study sample, the concepts addressed, and the types of interventions used in experimental and quasi-experimental work. Following the coding process, the data were summarized using frequency and percentage distributions to present an overall picture of current research trends in the field. The results were organized into tables to provide a clear and comparable overview of how graduate theses

have approached these methodological and conceptual elements. Since the purpose of the study was to describe the existing literature rather than test hypotheses, no inferential statistical analyses were applied.

Results

Table 1. Methods of Graduate Theses

Method	n	%
Research Type		
Descriptive, Cross-sectional, Relational (D-CS-R)	14	77.8
Mixed	1	5.6
Experimental	1	5.6
Methodological	2	11
Data Collection Method		
Face-to-face	15	83.3
Online	3	16.7
Sample		
Nurses	1	5.9
Individuals with mental illnesses	3	17.6
Individuals with bipolar disorder	4	23.5
Non-professional caregivers (families)	1	5.9
Individuals with schizophrenia	2	11.8
Individuals with alcohol and substance use disorders	6	35.3
Department in which the study was conducted		
Clinical Psychology	3	16.7
Psychology	1	5.6
Psychiatric Mental Health Nursing	5	27.8
Nursing	5	27.8
Addiction Counseling and Rehabilitation	1	5.6
Social Work	1	5.6
Speech and Language Therapy	1	5.6
Health Management	1	5.6
Total	17	100.0

The table reveals key trends in graduate theses focused on internalized stigma. Most of the studies (77.8%) were descriptive,

descriptive-cross-sectional, or descriptive-relational in nature, indicating a predominant emphasis on observational research. Face-to-face methods were the primary mode of data collection, accounting for 83.3% of the theses, reflecting a preference for direct interaction with participants. Regarding the sample, individuals with alcohol and substance use disorders were the most frequently studied group, making up 35.3% of the total sample, highlighting the importance of addressing stigma within this population. Additionally, the theses were predominantly conducted in the fields of Clinical Psychology and Psychiatric Mental Health Nursing, each accounting for 27.8%, suggesting these disciplines' active engagement in exploring internalized stigma (Table-1).

Table 2. Distribution of Theses Conducted During the Covid-19 Pandemic Period According to Research Type

Research Type	D- DC- DRS	Methodological	Qualitative	Experimental
<i>Undergraduate Thesis Features</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Level Above Bachelor's Degree	13	86.67	-	-
Master's Degree	1	6.67	2	100.0
PhD	1	6.67	-	-
Specialization in Medicine	15	100	2	100.0
<i>Total</i>				
Data Collection				
Face-to-face	15	88.2	-	-
Online	2	11.8	1	100.0
<i>Total</i>	17	100.0	1	100.0

D:Descriptive , DC: Descriptive cross-sectional DCS: Descriptive relationship seeker

The analysis of undergraduate thesis features indicates that the majority of the theses (86.67%) were completed at the master's degree level, while PhD and specialization in medicine each accounted for 6.67%. Regarding data collection methods, face-to-face interactions dominated, representing 88.2% of the total methods, while online methods accounted for only 11.8%. This highlights the preference for master's level research and face-to-face data collection in the examined studies.

Discussion

This research revealed internalized stigma as its main focus and started to review the graduate work produced on this in Turkey. It was noticed that master's theses predominantly employed descriptive, descriptive-cross-sectional, and descriptive-relational research designs. Only one of the four doctoral studies that addressed interventions to reduce internalized stigma used an experimental method, while the number of dissertations was strikingly limited. It has been said that in Turkey master's theses are usually carried out by using quantitative methods, while doctoral theses are mostly planned as quasi-experimental or experimental studies (Öztürk Turgut, Türk, 2023; Taş, Dikeç, and Baysan Arabacı, 2019; Tel and Sabancıoğulları, 2014). Such results confirm the prevailing literature on master's theses, but to some extent, they also overlap with the findings regarding doctoral research. The authors of the study recommend that the coming generation of master's studies move away from the predominantly descriptive or relational methodologies and include more intervention-based or experimental designs.

The majority of the reviewed theses utilized face-to-face data collection methods, and the study samples primarily consisted of individuals with mental illnesses. However, it has been emphasized that online data collection methods offer significant advantages for

descriptive studies involving larger sample sizes from groups with functional disabilities (Houtenville, Phillips & Sundar, 2021). Telepsychiatry services, for example, provide significant temporal, spatial, and economic benefits (Shoib et al., 2022). Given that most theses on internalized stigma have been conducted using descriptive methods, it is suggested that online data collection techniques should be more actively employed in future studies. Additionally, the distribution of studies across departments highlights the prominent roles of "Psychiatric Mental Health Nursing" and "Nursing" disciplines, each representing 27.8% of the total studies. These findings underscore the critical contribution of nursing disciplines to addressing internalized stigma, likely due to their direct involvement in patient care and mental health interventions.

Conclusion

This study revealed that graduate theses on internalized stigma in Turkey predominantly utilize descriptive and observational research methods, with limited experimental studies, particularly at the doctoral level. Most studies employed face-to-face data collection methods, with a primary focus on individuals with mental health issues, especially those with alcohol and substance use disorders. Additionally, the findings highlighted the significant contribution of nursing disciplines, particularly "Psychiatric Mental Health Nursing" and "Nursing," in addressing internalized stigma due to their direct involvement in patient care and mental health interventions. Future research should prioritize experimental and quasi-experimental designs to develop evidence-based interventions aimed at reducing internalized stigma. Expanding the use of online data collection methods could enhance accessibility and sample diversity, particularly in descriptive studies. Furthermore, research should broaden its focus to include various populations, such as caregivers or individuals with physical disabilities, to provide a more comprehensive understanding of stigma. Finally, fostering

interdisciplinary collaboration across fields like nursing, psychology, social work, and health management is essential to create holistic strategies for combating internalized stigma effectively.

Kaynakça

Açıkgöz, F., & Akkuş, D. (2018). Combating stigma in mental illness: Key professional roles. *Düzce University Journal of Health Sciences Institute*, 8(3), 142–146.

Arabacı, L. B., Başoğlu, C., & Büyükbayram, A. (2015). Internalized stigma and social functioning levels of forensic psychiatry patients. *Anadolu Psychiatry Journal*, 16(2), 113–121.

Avcil, C. (2014). *Stigma and related factors among relatives of psychiatric patients* (Master's thesis). Üsküdar University, Institute of Social Sciences, Clinical Psychology Department, İstanbul, Türkiye.

Avcil, C., Bulut, H., & Sayar, G. H. (2016). Psychiatric disorders and stigma. *Üsküdar University Journal of Social Sciences*, 2(2), 1–14.

Bağ, B., & Ekinci, M. (2003). The adaptation of the Community Attitudes Toward the Mentally Ill (CAMI) Scale into Turkish. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 16(1), 18–25.

Bilge, A., & Çam, O. (2008). Development of the Beliefs Toward Mental Illness Scale (BMIS). *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 21(1), 28–36.

Bilge, A., & Çam, O. (2010). Combating stigma toward mental illness. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), 71–78.

Ceylan, B., & Uyaroğlu, A. K. (2018). Perceptions and recommendations of nurses working in psychiatric clinics regarding stigma toward schizophrenia patients. *Anatolian Journal of Nursing and Health Sciences*, 21(2), 97–103.

Çam, O., & Dağlı, D. A. (2017). Internalized stigma, guilt, and shame in individuals with alcohol dependence. *Addiction Journal*, 18(4), 145–151.

Çuhadar, D. (2011). *The effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigma in patients diagnosed with bipolar disorder* (Doctoral dissertation). Ege University, Institute of Health Sciences, Psychiatric Nursing Program, İzmir, Türkiye.

Demirören, M., et al. (2015). Evaluation of the need for anti-stigma education on mental disorders in medical education: A qualitative and quantitative approach. *Anadolu Psychiatry Journal*, 16(1), 22–29.

Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., et al. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, 64(3), 264–269.

Ersoy, M. A., & Varan, A. (2007). Validity and reliability of the Turkish version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(2), 163–171.

Horsfall, J., Cleary, M., & Hunt, G. E. (2010). Stigma in mental health: Clients and professionals. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(7), 450–455.

Houtenville, A. J., Phillips, K. G., & Sundar, V. (2021). Usefulness of internet surveys to identify people with disabilities: A cautionary tale. *Journal of Survey Statistics and Methodology*, 9(2), 285–308.

Kamışlı, S., Dil, S., Daştan, L., & Eni, N. (2016). Sense of freedom and internalized stigma: A comparison of inpatients and outpatients receiving psychiatric treatment. *Turkish Journal of Psychiatry*, 27(4), 251–256.

Ko, C., Lucassen, P., van der Linden, B., Ballering, A., & Hartman, T. O. (2022). Stigma perceived by patients with functional somatic syndromes and its effect on health outcomes: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 154, 110715.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.

Shoib, S., et al. (2024). The effectiveness of telehealth interventions in suicide prevention: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 70(3), 415–423.

Stewart, H., Jameson, J. P., & Curtin, L. (2015). The relationship between stigma and willingness to use mental health services among rural and urban older adults. *Psychological Services*, 12(2), 141–150.

Taş, G., Dikeç, G., & Baysan Arabacı, L. (2019). A quantitative and content analysis of postgraduate theses conducted in mental health and psychiatric nursing in Turkey. *Journal of Psychiatric Nursing*, 10(3), 173–180.

Taşkın, E. O. (2007). Internalized stigma and stigma perception. In *Stigma attitudes towards mental illness and stigma* (pp. 31–40). Meta Publishing.

Tel, H., & Sabancıoğulları, S. (2014). Characteristics of doctoral dissertations in psychiatric nursing. *DEUHYO ED*, 7(3), 178–185.

Teke, G. (2017). *Determining psychological help-seeking behaviors, internalized stigma, and self-esteem among nurses* (Master's thesis). Yıldırım Beyazıt University, Institute of Health Sciences, Nursing Program, Ankara, Türkiye.

Turgut, E. Ö., & Türk, A. (2024). The effect of the COVID-19 pandemic on mental health and psychiatric nursing specialty. *Journal of Psychiatric Nursing*, 15(2), 120–135.

Türk, A., & Uğurlu, N. B. (2023). Internalized stigma and the quality of life and self-esteem of individuals with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Nursing*, 14(1), 49–56.

Uz, S., & Kaya, K. (2018). Stigma toward children with autism and their families. *Journal of History Culture and Art Research*, 7(1), 1–12.

Üstün, B., & İnan, F. Ş. (2018). An example of psychiatric nursing practice: An anti-stigma training program. *Journal of Education and Research in Nursing*, 15(2), 131–135.

Yeşil, B., & Almış, B. H. (2016). Differences in internalized stigma between a mental health hospital and a training and research hospital. *Firat University Journal of Medical Sciences*, 30(3), 125–129.

BÖLÜM 4

THE EFFECT OF SPIRITUAL STRUCTURE ON THE MEDICAL SUPPORT PROCESS IN BIPOLAR DISORDERS

DİLEK YEŞİLBAŞ¹

Introduction

Bipolar disorder (BD), a disorder characterized by cycles of mania and depression, and in which individuals exhibit both mood states at specific frequencies, has become a significant public health problem with its increasing incidence and prevalence in recent years (Grande et al, 2016; Anderson et al, 2012; Müller-Oerlinghausen et al, 2002). In addition to treatment, individuals' social and physical activities, as well as their daily lives, should be monitored more closely, and all stages associated with BD should be analyzed holistically and multidisciplinary (Carvalho et al, 2020; McIntyre et al, 2020; Miklowitz and Johnson, 2017).

Individuals generally exist within a social structure and protect their selfhood, psychological and psychiatric health, through social identity. Therefore, it can be argued that social identity and the

¹ Dr. Dilek Yeşilbaş Kliniği, Başakşehir, İstanbul. Mail: dilekyesilbas@gmail.com, ORCID: 0009-0001-4329-119X

socialization of individuals can be as important as the medical agents used in the treatment process (Marmot, 2022; Creel et al, 2013; Casper, 2001). However, this area remains more limited than the medical treatment process, and the available data in this area is relatively qualitative. One of the areas where individuals are expected to influence the treatment process in bipolar disorder cases, but for which quantitative data is scarce, is spirituality.

Spiritual structure generally refers to a concept referred to as "spiritual" in the dictionary, which separates existence from the body and examines it through a spiritual structure, and the structure it creates (Balboni et al, 2022; de Brito Sena et al, 2021; Delgado, 2005). The body's desires and needs are more material and concrete, and it is relatively easier to measure these, identify deficiencies, and analyze their effects on humans. However, the needs of the soul can vary not only from soul to soul, but also within the same soul, across time and space. Therefore, disentangling the spiritual structure is likely to make significant contributions to the treatment of many psychotic and neurotic illnesses (Koenig and Carey, 2024; Long et al, 2024). The relationship between BD, one of these, and the spiritual structure is discussed in this section.

Bipolar Disorder

Bipolar disorder, also known as manic-depressive disorder in the past, refers to an unstable mood characterized by cycles of mania and depression that predominate at regular intervals (Singh et al, 2025; Vieta et al, 2018; Geddes and Miklowitz, 2013). In this regard, bipolar disorder refers to periods of extreme excitement and happiness, during which individuals engage in impulsive risky behaviors, and periods of extreme depression or excessive sadness, exhaustion, despair, and even suicidal thoughts. The personality type and structure of bipolar disorder patients are unstable and fluctuate (Phillips and Kupfer, 2013; Zimmerman et al, 2008; Kleinman et al,

2003). The frequency of transitions and changes between manic and depressive moods is related to the severity of bipolar disorder.

Although the exact etiology of bipolar disorder and its risk factors are unknown, the same risk factors as those of classic psychiatric disorders are thought to apply to bipolar disorder. These include general risk factors such as family history, genetic predisposition, environmental factors, and traumatic or congenital anomalies (Rowland and Marwaha, 2018; Duffy et al, 2010; Lenox et al, 2002). Recent studies have also focused on clinical and theoretical investigations into the possible associations between bipolar disorder and nutrition, physical activity, and other variables related to daily living. The fundamental point emerging from all these studies is that bipolar disorder has a complex and unknown etiology. Therefore, rather than a definitive treatment or cure, the focus is on minimizing symptoms, controlling individuals' manic episodes, and managing their depressive tendencies. To achieve this, individuals require both medical and social support.

In brief, BD is a mood disorder for which knowledge and methods regarding risk factors and the treatment process are limited, yet it has a significant impact on individuals' adaptation to social life and quality of life. Effective and successful management of manic and depressive episodes and cycles in bipolar patients requires both experienced and knowledgeable physicians and a holistic approach to the patient, extending beyond the doctor-patient relationship and adhering to social and cultural norms.

Spiritual Structure

Spiritualism is an approach that fundamentally distinguishes between the body and the soul, and posits the soul as essential. The spiritual approach is also used with other terms such as spirituality, spiritualism, spiritual centeredness, and spirituality. The fundamental point that emerges in the conceptual explanations of all

these terms is that the soul is considered above and above all else (Koburtay et al, 2023; Quinn and Connolly, 2023; Ryff, 2021).

Sacred religions theoretically form the foundation of spirituality. In major religious teachings and beliefs, worldly life is temporary, a place of testing, and the life that follows is permanent. In this process, the world is a testing ground, while the body is nothing more than a tool used in that testing. According to this approach, instead of physical desires and wishes, the focus should be on spiritual wishes and desires, managing these desires and needs, and drawing a line between desires and needs (Koburtay et al, 2023). In this way, it is possible to become a self-actualized person or a perfect human being, a characteristic of every religious teaching, though expressed with some variations.

This concept, which spiritual structure actually expresses, is closely related to the social identity theory proposed by Giddens and the interaction of individuals with their social environment. A self-actualized person will, in a sense, have acquired a social identity and be accepted by the society they live in. In this case, the individual will be able to establish healthy relationships with the individuals and institutions of their society and will be protected against psychological and psychiatric disorders that may arise from a lack of socialization.

However, this is merely a dimension of the spiritual structure, and the term "self-transcendent" or "perfect human" is a concept that goes far beyond social identity. With this concept, individuals integrate into society while simultaneously understanding the balance between this world and the afterlife, protecting themselves from falling into unnecessary and liberal struggles over this world. While this may seem like indifference at first glance, it is, on the contrary, an expression of surrender. However, surrender is a process that brings with it responsibility and is completed by absolute obedience to the rules and regulations of these teachings. The most

significant benefit such surrender provides to the individual is a robust personal structure that is less vulnerable to events, yet more proactive in its influence and action.

From a bipolar disorder perspective, the spiritual structure influences the degree, direction, form, and manifestation of both manic and depressive episodes, limiting and shaping all individual behaviors and movements. Although the individual's ability to control manic and depressive episodes and periods is lost in bipolar disorder cases, it is possible to argue that the spiritual structure plays a significant role in the degree and severity of this loss.

Spiritual Structure in Bipolar Disorders

The most important relationship between BD and spirituality stems from religious belief. Spiritualism is a concept studied through the soul, or spirit, which is more sophisticated and more enigmatic than the body, encompassing more metaphysics. The primary nourishment of the soul is music, art, literature, and religion, which are more abstract or contain more abstract concepts. Among all these, religion represents a holistic doctrine, transcending all other abstract or abstract concepts. Religion can be described as a body of governing discourses that aim for people's happiness both in this world and the next, define the paths and rules leading to happiness, and foster healthy relationships within society.

In bipolar disorder cases with a high level of religious belief, a comparison can be made with a patient with no religious belief to fully understand the impact of this belief. Because such a patient lacks the urge to harass others, violate other people's rights, or engage in proper etiquette during manic and depressive reactions, the antisocial reactions and behaviors associated with the illness can emerge more clearly and unfiltered. Therefore, it can be argued that a spiritual structure supported by religious belief can positively

contribute to socialization and compliance during treatment in bipolar disorder cases.

The most important tenet of religious teachings asserts that there will be eternal life after death, that this world is temporary, and that everything is, in fact, a test for eternal life. This approach brings with it a sense of acceptance in individuals, and the idea that all bad or good deeds are actually a test. Therefore, in spiritual structures with a high religious teaching, social relationships, relationships between institutions, and institutions are much stronger. This is not a complacency, but rather an understanding of acceptance and surrender. Patients with a spiritual structure that accepts this, have higher levels of acceptance of illness and participation in treatment. Similarly, in societies composed of individuals with such a high religious spiritual structure, individuals are less judged for their illness or its consequences, which strengthens socialization. It is also possible to state that in societies with a high religious tendency, the reaction to extreme or extreme behaviors that occur during periods of mania and depression is less pronounced, and therefore, social support during the treatment process is less fragile and more robust.

According to the impact of spirituality on bipolar disorder (BD) cases in general, it can be stated that religious teachings, among the fundamental nourishments of spirituality, play a significant and soothing role for both patients and the society surrounding them. In such societies, patients are more cautious in their reactions and more likely to accept the illness, while the social structure is more tolerant of these reactions and more welcoming of socialization.

Conclusion

In conclusion, both concrete studies in the literature and theoretical and sociological studies demonstrate that feelings of "believing" and "belonging" are important functions and components of psychological resilience and mental health.

Therefore, spiritual structure is the primary component affecting individuals' psychological and psychiatric health. While spiritual structure is not directly related to the society in which they live, it regulates relationships within the social structure through the effects of individuals' emotions and behaviors. In this way, spiritual structure not only enables individuals to integrate with society and the social structure, but also organizes the patterns by which individuals determine, direct, and respond to behavioral patterns and actions within that structure.

In bipolar disorder (BD), individuals differ from healthy individuals within the social structure during both manic and depressive episodes, attracting attention. In this regard, since spirituality is one of the factors that determines individuals' emotions and behaviors within society, it may allow for greater control of manic and depressive manifestations in bipolar disorder (BD). This does not imply that spirituality reduces these reactions, but merely provides support for a more normal and social appearance. For example, religious beliefs and rituals, which shape emotions and behavior within society and are closely linked to individuals' spiritual nature, prohibit all excesses during manic and depressive episodes in normal individuals. This may be perceived in bipolar disorder patients as a habit from the premorbid period or as support from their environment.

Another important relationship between spirituality and bipolar disorder (BD) is people's level of acceptance, again through religion. This is a concept that is directly related to the patient in bipolar disorder cases, as well as their family and environment. In bipolar disorder cases, the social and environmental reactions that occur during manic and depressive episodes significantly influence the severity of the illness and the destructiveness of these reactions in terms of socialization. Therefore, a structure based on more explicit roles, more deeply rooted in religious belief, and more

clearly defined roles within the social structure, will positively impact the bipolar disorder treatment process.

In conclusion, one of the most important factors revealing the effects of spiritual structure on bipolar disorder cases is religious beliefs, which also influence individuals' social and cultural lives. The primary goal of religious beliefs is to ensure people's happiness both in this world and the afterlife. To this end, religious teachings clearly demarcate the relationships, rights, and limitations between individuals. The stronger and more robust these boundaries are perceived by both the patient and the social structure within which the patient lives, the greater the socialization of the individual will be, thus reducing bipolar disorder symptoms and yielding more effective treatment outcomes.

References

Anderson, I. M., Haddad, P. M., & Scott, J. (2012). Bipolar disorder. *Bmj*, 345.

Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K. N., Ferrell, B. R., Fitchett, G., & Koh, H. K. (2022). Spirituality in serious illness and health. *Jama*, 328(2), 184-197.

Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine*, 383(1), 58-66.

Casper, M. (2001). A definition of “social environment”. *American journal of public health*, 91(3), 465-470.

Creel, S., Dantzer, B., Goymann, W., & Rubenstein, D. R. (2013). The ecology of stress: effects of the social environment. *Functional ecology*, 27(1), 66-80.

Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561-1572.

de Brito Sena, M. A., Damiano, R. F., Lucchetti, G., & Peres, M. F. P. (2021). Defining spirituality in healthcare: A systematic review and conceptual framework. *Frontiers in psychology*, 12, 756080.

Delgado, C. (2005). A discussion of the concept of spirituality. *Nursing science quarterly*, 18(2), 157-162.

Duffy, A., Alda, M., Hajek, T., Sherry, S. B., & Grof, P. (2010). Early stages in the development of bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 121(1-2), 127-135.

Geddes, J. R., & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *The lancet*, 381(9878), 1672-1682.

Kleinman, L. S., Lowin, A., Flood, E., Gandhi, G., Edgell, E., & Revicki, D. A. (2003). Costs of bipolar disorder. *Pharmacoeconomics*, 21(9), 601-622.

Koburtay, T., Jamali, D., & Aljafari, A. (2023). Religion, spirituality, and well-being: A systematic literature review and futuristic agenda. *Business Ethics, the Environment & Responsibility*, 32(1), 341-357.

Koenig, H. G., & Carey, L. B. (2024). Religion, spirituality and health research: Warning of contaminated scales. *Journal of Religion and Health*, 63(5), 3729-3743.

Lenox, R. H., Gould, T. D., & Manji, H. K. (2002). Endophenotypes in bipolar disorder. *American journal of medical genetics*, 114(4), 391-406.

Long, K. N., Symons, X., VanderWeele, T. J., Balboni, T. A., Rosmarin, D. H., Puchalski, C., ... & Koh, H. K. (2024). Spirituality as a determinant of health: Emerging policies, practices, and systems: Article examines spirituality as a social determinant of health. *Health Affairs*, 43(6), 783-790.

Marmot, M. G. (2022). Social inequalities in mortality: the social environment. In *Class and health* (pp. 21-33). Routledge.

McIntyre, R. S., Berk, M., Brietzke, E., Goldstein, B. I., López-Jaramillo, C., Kessing, L. V., ... & Mansur, R. B. (2020). Bipolar disorders. *The Lancet*, 396(10265), 1841-1856.

Miklowitz, D. J., & Johnson, S. L. (2017). Bipolar disorder. *Psychopathology: History, Diagnosis, and Empirical Foundations, Third Edition*, 317-363.

Müller-Oerlinghausen, B., Berghöfer, A., & Bauer, M. (2002). Bipolar disorder. *The Lancet*, 359(9302), 241-247.

Phillips, M. L., & Kupfer, D. J. (2013). Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *The Lancet*, 381(9878), 1663-1671.

Quinn, B., & Connolly, M. (2023). Spirituality in palliative care. *BMC Palliative Care*, 22(1), 1.

Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 8(9), 251-269.

Ryff, C. D. (2021). Spirituality and well-being: Theory, science, and the nature connection. *Religions*, 12(11), 914.

Singh, B., Swartz, H. A., Cuellar-Barboza, A. B., Schaffer, A., Kato, T., Dols, A., ... & Frye, M. A. (2025). Bipolar disorder. *The Lancet*, 406(10506), 963-978.

Vieta, E., Berk, M., Schulze, T. G., Carvalho, A. F., Suppes, T., Calabrese, J. R., ... & Grande, I. (2018). Bipolar disorders. *Nature reviews Disease primers*, 4(1), 1-16.

Zimmerman, M., Ruggero, C. J., Chelminski, I., & Young, D. (2008). Is bipolar disorder overdiagnosed?. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(6), 935-940.

GEÇİCİ KAPAK

*Kapak tasarımı
devam ediyor.*