

PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE ÇAĞDAŞ YAKLAŞIMLAR 3:

KANİTA DAYALI UYGULAMALAR
VE KLİNİK PERSPEKTİFLER

EDİTÖR:

DOÇ. DR. BURCU DEMİR GÖKMEN



KANİTA DAYALI HEMŞİRELİK
PSİKIYATRİK BAKIMDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR
KLİNİK UYGULAMALAR VE DEĞERLENDİRME
BİLİMSSEL VERİYLE GÜÇLENEN BAKIM

BİDGE Yayınları

**Psikiyatri Hemşireliğinde Çağdaş Yaklaşımlar 3 : Kanıta
Dayalı Uygulamalar ve Klinik Perspektifler**

Editör: BURCU DEMİR GÖKMEN

ISBN: -

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 2026-06-25

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

Ruh sağlığı, bireyin yaşam kalitesini, işlevselliğini ve toplumsal yaşama katılımını doğrudan etkileyen temel sağlık bileşenlerinden biridir. Günümüzde ruh sağlığı hizmetleri, yalnızca hastalıkların tanı ve tedavisine odaklanmakla kalmayıp, koruyucu ve geliştirici yaklaşımları, birey ve aile merkezli bakımı, kanıta dayalı uygulamaları ve disiplinler arası iş birliğini de kapsamaktadır. Bu doğrultuda, güncel bilimsel bilgilerin uygulamaya aktarılması ve sağlık profesyonellerinin sürekli gelişiminin desteklenmesi büyük önem taşımaktadır.

Bu kitap, ruh sağlığı hemşireliği ve psikiyatri alanında güncel konuları farklı yönleriyle ele alarak okuyuculara kapsamlı bir bakış açısı sunmayı amaçlamaktadır. Kitapta; psikiyatri servislerinde kısıtlama uygulamalarının önlenmesine yönelik güvenli servis yaklaşımları, bipolar bozukluk yönetiminde bilişsel davranışçı terapi, psikolojik sağlamlığın önemi, hemodiyaliz hastalarında hastalık algısı, psikolojik ihtiyaçlar ve yardım arama davranışları, epilepsili bireyler ve eşlerinin evlilik uyumu ile hastalığa ilişkin bilgi ve stigma algıları, ayrıca huzurevinde yaşayan yaşlılarda yalnızlık, yaşam doyumu, yaşam kalitesi ve benlik saygısı gibi ruh sağlığıyla yakından ilişkili güncel konular bilimsel kanıtlar doğrultusunda değerlendirilmektedir.

Her bölüm, kuramsal bilgiyi güncel literatür ve klinik uygulamalarla bütünleştirecek şekilde hazırlanmış olup, okuyucuların yalnızca bilgi edinmelerini değil, aynı zamanda eleştirel düşünme ve kanıta dayalı karar verme becerilerini desteklemeyi hedeflemektedir. Farklı yaş grupları ve klinik alanları kapsayan bu eser, ruh sağlığının bütüncül yapısını ortaya koyarken multidisipliner yaklaşımın önemini de vurgulamaktadır.

Bu kitabın; lisans ve lisansüstü öğrencileri, akademisyenler, hemşireler, psikologlar, psikiyatristler ve ruh sağlığı alanında görev yapan tüm sağlık profesyonelleri için yararlı bir başvuru kaynağı olacağına inanıyoruz. Eserin hazırlanmasına bilimsel bilgi ve deneyimleriyle katkı sağlayan tüm bölüm yazarlarına teşekkür eder, kitabın eğitim, araştırma ve klinik uygulamalara değerli katkılar sunmasını dileriz.

Doç. Dr. Burcu DEMİR GÖKMEN

İÇİNDEKİLER

PSİKIYATRİ SERVİSLERİNDE KISITLAMA UYGULAMALARININ ÖNLENMESİ: GÜVENLİ SERVİSLER	1
<i>SİBEL ASİ KARAKAŞ, ŞEVİN UÇAK</i>	
EPİLEPSİLİ HASTA VE EŞLERİNİN EVLİLİK UYUMU İLE HASTALIĞA YÖNELİK BİLGİ VE STİGMA ALGILARI	30
<i>MERYEM ALTUNOK, LEMAN KUTLU</i>	
HUZUREVİNDE YALNIZLIK: YAŞAM DOYUMU, YAŞAM KALİTESİ VE BENLİK SAYGISININ ROLÜ	81
<i>SEMA ÇALIK, LEMAN KUTLU</i>	
HEMODİYALİZ HASTALARINDA HASTALIK ALGISI, PSİKOLOJİK İHTİYAÇLAR VE YARDIM ARAMA DAVRANIŞLARI	135
<i>PINAR BEŞTAŞ, LEMAN KUTLU</i>	
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK	172
<i>AYŞE AKSOY, MERAL KELLEÇİ</i>	
BİPOLAR BOZUKLUK YÖNETİMİNDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ	190
<i>AYŞE AKSOY, MERAL KELLEÇİ</i>	

PSİKIYATRİ SERVİSLERİNDE

KISITLAMA UYGULAMALARININ ÖNLENMESİ: GÜVENLİ SERVİSLER

SİBEL ASİ KARAKAŞ¹
ŞEVİN UÇAK²

Giriş

Psikiyatri servislerinde hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, nitelikli sağlık hizmetinin en temel bileşenlerinden birini oluşturmaktadır. Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği; hem hastanın hem de sağlık personelinin fiziksel ve psikolojik iyilik halini korumak amacıyla alınan önlemlerin bütünüdür (Orak vd., 2020). Ancak, psikiyatri kliniklerinin doğası gereği, gerçekliği değerlendirme yetisi kısıtlanmış ve akut psikotik semptomlar sergileyen hastaların varlığı, bu ortamlarda agresyon riskini kaçınılmaz kılmaktadır (Böke vd., 2008).

Agresyon; ses tonunun yükseltilmesinden fiziksel saldırıya kadar değişkenlik gösteren, zarar verme niyetiyle gerçekleştirilen ve hem bireyin kendisine hem de çevresine ciddi hasarlar verebilen davranışlar bütünüdür (Tekka, t.y.). Psikiyatri kliniklerinde agresyonun yönetilememesi, yalnızca fiziksel yaralanmalara değil, aynı zamanda tedavi sürecinin kesintiye uğramasına, hemşirelerde anksiyete ve utanç gibi olumsuz duyguların gelişmesine ve terapötik

¹ Prof. Dr., Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği ABD, Orcid: 0000-0002-5499-2143

² Öğr., Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği ABD, Orcid: 0009-0001-5652-1898

ortamın bozulmasına yol açmaktadır (Needham vd., 2005; Coşkun & Öztürk, 2010; Demir Gökmen vd., 2020). Bu riskleri kontrol altına almak amacıyla literatürde lüzum halinde ilaç uygulamaları, özel gözlem, izolasyon ve mekanik kısıtlama gibi çeşitli kontrol yöntemlerinin kullanıldığı görülmektedir (Bowers vd., 2007; Steinert & Lepping, 2009). Bununla birlikte, kontrol yöntemlerinin uygulanmasında uluslararası düzeyde ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Bazı ülkeler mekanik kısıtlamayı tercih ederken, diğerleri izolasyon veya yoğun gözlem gibi yöntemleri ön plana çıkarmaktadır (Sailas & Wahlbeck, 2005; Martin vd., 2007). Bu değişkenlik, klinik ortamların güvenliğinin sadece kısıtlayıcı önlemlerle değil, yapılandırılmış bir yönetim modeliyle sağlanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu noktada "Güvenli Servisler Modeli", kliniklerdeki çatışma ve kısıtlama oranlarını minimize etmek adına personel ve hastaların iş birliğine dayalı, kanıta dayalı bir çerçeve sunmaktadır (Bowers vd., t.y.). Bu bölümde, psikiyatri servislerinde çatışmayı azaltmaya yönelik müdahaleler ve "Güvenli Servisler Modeli"nin klinik pratiğe entegrasyonu detaylıca ele alınacaktır.

Psikiyatri Servislerinde Kısıtlama Uygulamaları

Neden Yapılır ve Nelerdir?

Sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının en temel unsurlarından biri hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır. Sağlık kurumlarında uygulanan koruyucu önlemlerin bütünü olarak tanımlanan hasta güvenliği, aynı zamanda nitelikli bakımın da temelini oluşturmaktadır. Bu yaklaşımın nihai hedefi; hasta, hasta yakınları ve sağlık personeli için hem fiziksel hem de psikolojik açıdan güvenli bir ortam tesis etmektir. Psikiyatri kliniklerinde bu durum, hizmetin sürdürülebilirliği açısından kritik bir önem taşımaktadır.

Psikiyatri servislerinde sık karşılaşılan agresyon (saldırganlık) olguları; fiziksel yaralanmalara, psikolojik travmalara ve hatta yaşamı tehdit eden sonuçlara yol açabilmektedir. Agresyon, ses tonunun yükseltilmesinden fiziksel şiddete veya silahlı saldırıya kadar değişkenlik gösteren, zarar verme niyeti taşıyan ya da doğrudan zarar veren davranışlar bütünüdür (Tekka, t.y.). Bu tür davranışlar, hem bireyin kendisine hem de çevresine yönelik ciddi hasar riskleri barındırmaktadır (Tekka, t.y.).

Psikiyatri hemşireleri, hasta haklarını koruma sorumluluklarının yanı sıra; hastanın kendisine, çevresindekilere veya sağlık ekibine karşı sergileyebileceği yıkıcı tutumlara karşı gerekli güvenlik önlemlerini alma yükümlülüğüne de sahiptir (Orak vd., 2020). Literatürde intihar girişimleri, kendine zarar verme eğilimi, saldırganlık epizotları ve sağlık personeline yönelik sözel ya da fiziksel şiddet gibi beklenmedik durumlar, klinik süreçlerin en önemli risk başlıklarını oluşturmaktadır (Barker & Buchanan-Barker, 2010).

Gerçekliği değerlendirme yetisi kısıtlanmış ve akut psikotik semptomlar sergileyen şizofreni hastalarının izlendiği kapalı psikiyatri klinikleri, saldırgan davranışların daha yoğun görülebildiği alanlar olarak öne çıkmaktadır (Böke vd., 2008). Bu noktada kontrol yöntemleri devreye girmektedir; araştırmalar kliniklerde lüzum halinde ilaç uygulamaları, özel gözlem, mekanik kısıtlama, izolasyon ve psikiyatrik yoğun bakım ünitelerine transfer gibi yöntemlerin kullanıldığını göstermektedir (Bowers vd., 2007). Türkiye’de ise bu alanda en çok tercih edilen müdahaleler izolasyon, mekanik kısıtlama ve intramüsküler sedasyon uygulamalarıdır (Steinert & Lepping, 2009). Hastalarda ajitasyon, oryantasyon bozukluğu ve saldırganlık gibi faktörlerin, kısıtlayıcı önlemlere başvurulmasında temel gerekçeler olduğu belirtilmektedir (Keski-Valkama vd., 2010).

Hemşirelik bakımında bu süreç yönetilirken, güvenliğin sağlanmasının ötesinde; hastanın yaşadığı duygusal karmaşayı ve çatışmaya zemin hazırlayan nedenleri anlamak da esastır. Saldırganlığın etkili bir şekilde yönetilememesi ve kontrol yöntemlerinin gecikmesi, hem tedavi sürecine sekte vurmakta hem de hastanın güven ve saygınlık duygularını zedelemektedir. Öte yandan, saldırgan davranışlara maruz kalan hemşirelerin hastalarla kurdukları etkileşimin azaldığı, hastaya karşı mesafeli veya gönülsüz bir tutum geliştirdikleri ve klinik ortamda pasifleşme eğilimi gösterdikleri, ayrıca bu süreçlerin ardından sıklıkla utanç ve suçluluk hissettikleri vurgulanmaktadır (Needham vd., 2005).

Psikiyatri servislerinde çatışma yönetimi sadece fiziksel/psikolojik zararı önlemekle kalmaz, aynı zamanda bakım kalitesini de korur. Klinikten firar etme girişimi; zaman alıcı bürokratik süreçlere, tedavinin kesintiye uğramasına ve personelde anksiyeteye neden olmaktadır. Tedavi reddi iyileşme sürecini yavaşlatırken, kuralların ihlal edilmesi terapötik ortamın bozulmasına ve hasta-çalışan çatışmalarına zemin hazırlamaktadır. Bu nedenle, hasta davranışlarının düzenlenmesi klinik bütünlük açısından bir zorunluluktur (Coşkun & Öztürk, 2010; Orak vd., 2020). Sonuç olarak; psikiyatri kliniklerinde agresyonu yönetmek, tedaviye uyumu sağlamak ve güvenli bir çevreyi sürdürmek amacıyla izolasyon, mekanik kısıtlama ile oral veya intramüsküler ilaç tedavileri gibi kontrol yöntemlerine başvurulmaktadır (Tekka, 2010).

Psikiyatri Servislerinde Kullanılan Kontrol Yöntemleri

Psikiyatri kliniklerinde hasta ve çevre güvenliğini sağlamak amacıyla uygulanan kontrol yöntemleri, klinik gerekliliklere ve hastanın durumuna göre farklılık göstermektedir. Bu yöntemler şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

Mekanik Kısıtlama: Hastanın hareket serbestliğini tamamen sınırlamak amacıyla kemer, kelepçe veya benzeri tıbbi araçların kullanılarak bedensel hareketlerin kısıtlanması işlemidir.

Fiziksel Kısıtlama (Bedensel Tespit/Tedavi Edici Tutma): Hastanın kontrolsüz hareketlerini önlemek için sağlık personeli tarafından fiziksel temas ile sabitlenmesidir.

İzolasyon (Tecrit): Klinik güvenliğin sağlanması adına hastanın, kapısı kilitli bir odada gözetim altında tutulması yöntemidir.

Açık Alan İzolasyonu: Hastanın kilitli veya izole edilmiş özel bir alanda, bir sağlık personeli eşliğinde tutulmasıdır. Bu yöntemde hasta hiçbir şekilde yalnız bırakılmaz; en az bir personel sürekli olarak hastaya refakat eder.

Mola Verme Yöntemi: Hastanın, kapısı kilitlenmeksizin kendi odasında veya belirlenmiş bir alanda kalarak dış uyaranlardan uzaklaşmasının ve sakinleşmesinin sağlanmasıdır.

Özel Gözlem: Kendine veya çevresine zarar verme riski bulunan hastaların bir sağlık personeli tarafından yakından izlenmesi sürecidir ve iki şekilde uygulanır:

Aralıklı Gözlem: Henüz aktif zarar verme riski taşımayan ancak risk barındıran hastaların, yaklaşık 5-10 dakikalık periyotlarla düzenli aralıklarla kontrol edilmesidir.

Sürekli Gözlem: Zarar verme riski yüksek olan hastaların, gözlemi yapan personelin kesintisiz görüş alanında ve fiziksel müdahale mesafesinde olacak şekilde takip edilmesidir.

Ağ Yatak: Hastanın, etrafı güvenlik ağları veya çelik tellerle çevrili özel bir yatakta tutularak şiddet içeren davranışlarının sınırlandırılması ve izlenmesidir.

Lüzum Halinde Tedavi Uygulaması: Rutin tedavi planına ek olarak, hastanın onayıyla ihtiyaç duyulduğunda oral veya enjeksiyon yoluyla uygulanan ilaç tedavileridir.

Zorla/İstem Dışı İnteramüsküler Sedasyon (Kimyasal Kısıtlama): Agresyon ve şiddet davranışlarını kontrol altına almak amacıyla, hastanın onayı olmaksızın kas içi yolla uygulanan farmakolojik müdahaledir. Bu süreçte acil durumlara yönelik hazırlanan tipik antipsikotikler (haloperidol, tiyoridazin, droperidol, lorazepam vb.) veya bu ilaçların kombine formları tercih edilebilmektedir.

Psikiyatrik Yoğun Bakım: Bireyin öz denetimini tamamen yitirdiği, kendisine veya çevresine yönelik yüksek risk taşıdığı ve standart terapötik yöntemlerin yetersiz kaldığı durumlarda; hastanın donanımlı ve güvenli bir özel birime nakledilerek tedavi edilmesi sürecidir (Tekkaş & Bilgin, 2010).

Profesyonel Kontrol Yöntemlerinin Uluslararası

Kullanım Düzeyleri

Literatür incelendiğinde, psikiyatri kliniklerinde benimsenen profesyonel kontrol yöntemlerinin ülkeden ülkeye farklılık gösterdiği dikkat çekmektedir (Sailas & Wahlbeck, 2005). Örneğin, İngiltere’de mekanik kısıtlamaya başvurulmazken, fiziksel kısıtlama ve izolasyon uygulamaları daha yaygın bir profil çizmektedir. Tarihsel süreçte hapisane sisteminden psikiyatri ortamlarına entegre edilen fiziksel kısıtlama uygulamaları, İngiltere Ruh Sağlığı Yasası Uygulama Kodu çerçevesinde "yalnızca son çare" olarak tanımlanmıştır (Ryan & Bowers, 2006).

Kontrol yöntemlerinin tercih edilme oranları coğrafi ve kültürel bağlama göre de değişmektedir. Açık alan izolasyonu özgün olarak Norveç’te uygulanırken, aralıklı ve sürekli gözlem İngiltere’de standart bir uygulama haline gelmiştir; Danimarka’da ise bu yöntemlerin kullanımı daha yeni bir gelişmedir (Ryan &

Bowers, 2006). Hollanda'da mekanik kısıtlama ve izolasyon yöntemleri bir arada kullanılmakla birlikte, izolasyon daha ağırlıklı bir seçenek olarak öne çıkmaktadır (Bowers vd., 2007). Finlandiya'da ise izolasyon, istem dışı ilaç uygulamalarına kıyasla daha yaygın başvurulmuş bir yöntem olarak kabul görmektedir. Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Rusya ve Slovenya gibi ülkelerde yerel kültürel pratiklerin de etkisiyle "ağ yatak" kullanımı devam etmektedir (Sailas & Wahlbeck, 2005). Almanya'da mekanik kısıtlamalar ön plandayken, İsviçre'de izolasyon uygulamalarına daha sık başvurulduğu görülmektedir (Martin vd., 2007). Türkiye ve ABD'de ise hastaların güvenliğini sağlamak amacıyla öne çıkan temel yaklaşım mekanik kısıtlamadır (Sercan & Bilici, 2009).

Psikiyatri hizmetlerinde en geniş grubu oluşturan hemşireler (Allanson & Fulbrook, 2010), kısıtlayıcı uygulamaları üzücü ancak klinik açıdan kaçınılmaz müdahaleler olarak değerlendirmektedir (Happell & Harrow, 2010). Klinik süreçlerdeki şiddet riskini artıran çevresel faktörler arasında, hasta ve personel arasındaki etkileşimin düşük olması ve yapılandırılmış aktivitelerin yetersizliği öne çıkmaktadır (Davison, 2005).

Literatürdeki veriler, sağlık personelinin maruz kaldığı risklerin boyutlarını da gözler önüne sermektedir. İngiltere'de akut psikiyatri kliniklerinde bir yıllık verilerin analiz edildiği bir çalışmada, personeli hedef alan 101'i fiziksel olmak üzere toplam 254 saldırganlık olayı kaydedilmiştir (Foster vd., 2007). Benzer şekilde, Bowers ve ark. (2007) tarafından yürütülen bir çalışmada, hemşirelerin %16'sının yıl içinde fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Türkiye verilerine bakıldığında, 121 hemşireyle gerçekleştirilen bir araştırmada sözel şiddete maruz kalma oranı %86, fiziksel şiddete maruz kalma oranı ise %50,4 olarak belirlenmiştir. Fiziksel şiddet mağduru hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%82) bu durumu psikiyatri kliniklerinde yaşadığı ve

olayların %77'sinin hasta kaynaklı olduğu tespit edilmiştir (Coşkun & Öztürk, 2010).

Güvenli Servis Modeli

Her toplulukta olduğu gibi hastanelerde de bireylerin güvenliğini sağlamak, temel hizmet hedeflerinden biridir. Bu durum, özellikle yüksek risk faktörleri barındıran psikiyatri servisleri için kritik bir öneme sahiptir ve sürekli bir dikkat ve çaba gerektirir. "Güvenli Servisler Modeli" kapsamında "çatışma" kavramı; şiddet, intihar girişimi, kendine zarar verme, madde kullanımı ve klinikten izinsiz ayrılma (fırar) gibi eylemleri kapsar. Ayrıca, tedavi ekibiyle iletişimi reddetme veya yasak alanlarda sigara içilmesi gibi kuralların ihlali de modelin çatışma tanımları içerisinde yer almaktadır (Bowers ve ark., 2014).

Bowers ve ark. (t.y.), bu modelin psikiyatri servislerindeki tüm güvenlik sorunlarına kesin bir çözüm sunmasa da, sağladığı çıktıların klinik sonuçlar üzerinde pozitif etkileri olduğunu vurgulamaktadır. Model, çatışma ve kısıtlama (kontrol altına alma) oranlarını minimize etmek adına personel ve hastaların iş birliğini teşvik eden bir çerçeve sunar. Klinikler arasında çatışma ve kontrol altına alma uygulamalarının büyük değişkenlik göstermesi, iyileştirme süreçleri için geniş bir potansiyel bulunduğunu ortaya koymaktadır(Bowers vd., t.y.).

Modelin önerdiği çatışma ve çevreleme (containment) stratejileri, gerçek klinik ortamlarda test edilmiş ve zorlu denetim süreçlerinden başarıyla geçmiştir. Yapılan uygulamalar; personelin aktif müdahalelerinin, hem çatışma olaylarını hem de kısıtlama gereksinimini önemli ölçüde azalttığını göstermiştir. Modelin temel yapıtaşlarından birini oluşturan "Kaynak Etki Alanları", bir serviste potansiyel risklerin veya "parlama noktalarının" oluşabileceği alanları ifade eder(Bowers vd., t.y.).

"Parlama noktaları" ise, bir riskin veya istenmeyen bir durumun gerçeğe dönüşebileceği kritik zaman dilimlerini veya şartları temsil eder. Güvenli Servisler Modeli, öncelikle personelin proaktif yaklaşımlarına odaklanır. Model, personelin kaynak etki alanlarını önceden tanımlayıp farkındalık geliştirerek, sorunlar henüz parlama noktasına ulaşmadan müdahale edebileceğini savunmaktadır. Buna ek olarak, bir parlama noktası oluşsa dahi, personelin bu durumu yönetme biçimi ve tercih edilen kısıtlama yöntemlerinin çatışmayı tırmandırmayacak şekilde seçilmesi, sürecin olumlu sonuçlanmasında belirleyici bir rol oynamaktadır (Bowers ve ark., 2014).

Güvenli Servis Modelinin Daha Ayrıntılı İncelenmesi

Güvenli Servis Modeli, klinik ortamdaki riskleri daha derinlemesine analiz edebilmek adına "Kaynak Etki Alanları" olarak tanımlanan altı temel kategori üzerine inşa edilmiştir (Bowers, t.y.; Bowers ve ark., 2014). Bu alanlar, klinik içi ve dışı dinamiklerin çatışma süreçlerine etkisini anlamamıza yardımcı olmaktadır:

I. Çalışma Ekibi: Kliniğin iç organizasyonu, işleyiş kuralları ve günlük rutinler bu dinamiğin temelini oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra ekip etkililiği, ortamın düzeni ve temizliği ile kurumun benimsediği ideolojik yaklaşım ve yerleşik uygulama alışkanlıklarını kapsamaktadır.

II. Fiziksel Çevre: Servisin mimari ve yapısal özelliklerini belirleyen kapı kilitleme sistemleri, genel yapısal kalite ve çevresel karmaşıklık bu kapsamda değerlendirilmektedir. Ayrıca tecrit odaları, psikiyatrik yoğun bakım üniteleri (PICU/ICA), dinlenme ve duyuşal düzenleme odaları ile çevresel risk oluşturabilecek sabit noktalar bu çevrenin fiziksel unsurlarını oluşturmaktadır.

III. Hastane Dışı Faktörler: Hastanın tedavi sürecini doğrudan etkileyen ziyaretçi ilişkileri ve aile içinde yaşanan gerginlikler bu alanda öne çıkmaktadır. Bununla birlikte, hastanın taburculuk ya da transfer süreçlerine dair hissettiği belirsizlikler, madde bağımlılığı sorunları ve hastanın ev ortamı ile sosyal yaşamına dair taşıdığı beklentileri içermektedir.

IV. Hasta Topluluğu: Klinik ortamındaki sosyal iklimi şekillendiren en önemli unsurlardan biri, serviste yatan hastaların kendi aralarındaki etkileşimlerdir. Bu doğrultuda, huzursuzluğun hastalar arasında yayılması olarak tanımlanan sosyal bulaşma süreçleri ve hastalar arası yaşanan çatışmalar bu başlık altında yer almaktadır.

V. Hasta Özellikleri: Bireyin demografik yapısı, yaş ve cinsiyet gibi temel niteliklerinin yanı sıra paranoya, sanrı, halüsinasyon, depresyon ve içgörü düzeyi gibi semptomatolojik özelliklerini barındırmaktadır. Ayrıca hastanın kişilik özellikleri, sinirlilik ya da disinhibisyon durumu ile alkol veya madde kullanım öyküsü bu özellikleri şekillendirmektedir.

VI. Düzenleyici Çerçeve: Kliniğin işleyişini yasal ve bürokratik açıdan sınırlandıran yasal altyapı ile ulusal sağlık politikaları bu çerçeveyi belirlemektedir. Son olarak, hastaların haklarını arayabildiği şikayet ve temyiz süreçleri, yürütülen hukuki süreçler ve hastanenin kendi iç işleyiş politikaları bu sistemin yasal dayanaklarını oluşturmaktadır.

Bu kaynak etki alanlarının potansiyel "parlama noktalarına" (riskli anlara) nasıl dönüştüğü ve bu noktalarda sağlık profesyonellerinin proaktif müdahale stratejilerinin neler olabileceği, aşağıda verilecek örneklerle detaylandırılacaktır(Bowers, t.y.; Bowers ve ark., 2014).

I. Personel Ekibi veya İç Yapı Alanı

Açıklama: Personelin kendi duygularıyla nasıl başa çıktığı; kuralları belirlemede ve bunlara uymada gösterdikleri tutarlılık; hastaların gereksinimlerini karşılama konusundaki iş birlikleri ve servis rutinlerinin temiz ve düzenli tutulması ile ilgilidir.

Parlama Noktaları: Personelin hastalara üzücü haberler vermesi, servis kurallarındaki tutarsızlıklar veya hastaların ihtiyaçlarını karşılamaması.

Kadro Değiştiriciler: Personelin zor durumları şefkatle yönetmesi, tutarlı ve net bir ekip çalışması sergilemesi (Bowers, t.y.; Bowers ve ark., 2014).

II. Fiziksel Ortam Alanı

Açıklama: Kaliteli mobilya ve ekipmanın hastaların rahatlığı üzerindeki etkisi, net görüş alanlarının önemi, gizlilik ile güvenlik arasındaki dengenin korunması.

Parlama Noktaları: Uzun süreli izolasyon, kırık veya uygun olmayan ekipman, hastaneye ilk yatıştaki şok hissi ve kapıların kilitli olması gibi kısıtlamalar.

Kadro Değiştiriciler: Tamir ve dekor ihtiyaçlarına önem verilmesi, mahremiyete saygı duyulması ve hastaların sıkıntısını fark eden proaktif personel (Happell & Harrow, 2010; Tekka, t.y.).

III. Hastane Alanı Dışında

Açıklama: Servis dışı olayların, aile/arkadaş ilişkilerinin ve parasal kaygıların hastalar üzerindeki etkisi; hastaların dış dünyaya döneceklerinin bilincinde olması.

Parlama Noktaları: Boşanma, yas, hastalık gibi süreçler; servis dışı kötü haberler ve evdeki krizler (Bowers, t.y.; Bowers ve ark., 2014).

Kadro Değiştiriciler: Aile ve arkadaşlara özel destek sunan, hastaların servis dışı sorunlarını anlayan personel.

IV. Hasta Topluluğu Alanı

Açıklama: Servislerdeki gerilimlerden hastaların da etkilenmesi ve bu durumun duygusal yükselişlere neden olması.

Parlama Noktaları: Hastaların diğer hastaların olumsuz duygu ve davranışlarından etkilenmesi, hüsrana yaşanması.

Kadro Değiştiriciler: Zor duyguları yönetmede rehberlik eden ve hastaların birbirlerine destek olmalarını sağlayan personel (Bowers, t.y.; Bowers ve ark., 2014).

V. Hasta Özellikleri Alanı

Açıklama: Çatışma riski yüksek olan hasta grupları; üç ana grup olarak; 1) Paranoya veya halüsinasyon gibi semptomlar, 2) İlişki kurmakta güçlük çeken hastalar, 3) Yaş, cinsiyet, tanı gibi demografik özelliklere göre değişkenlik gösteren hasta grupları.

Parlama Noktaları: Personelin rehberlik etme gerekliliği, kısıtlamalar ve algılanan (veya gerçek) özgürlük kaybı.

Kadro Değiştiriciler: Zamanında en iyi tedaviyi sunan, durum hakkında açıklama yapan ve şefkatle yöneten personel (Böke ve ark., 2008).

VI. Düzenleyici Çerçeve Etki Alanı

Açıklama: Hem personel hem de hastalar yasal ve yönetsel politikalara tabidir. Ruh Sağlığı Yasası bir kanun olup uyulması gereklidir. Hastane politikaları, tüm servislerin aynı prosedürlere bağlı kalmasını ve ulusal kılavuzlara uymasını sağlamak amacıyla yazılmıştır. Bu alan, personele hastalar üzerinde gerçek bir güç sağlarken, aynı zamanda gerçek sorumluluklar da yükler.

Parlama Noktaları: Ruh Sağlığı Yasası kapsamındaki kontrol altına alma gerçeklerinin hasta ve personel arasında gerginliğe neden olması; personelin sahip olduğu gücü kötüye kullandığı veya sorumluluklarını yerine getirmediği durumlar.

Kadro Değiştiriciler: Personelin hastaların haklarının gözetilmesini sağlaması, hastalara bilgi vererek itiraz veya şikayet süreçlerinde yardımcı olması; ayrıca kısıtlamaları telafi etmek adına mümkün olduğunca esnek olunması (Orak ve ark., 2020; Steinert & Lepping, 2009).

Aşağıda, Güvenli Servisler Modeli'nin temel yapısı sunulmaktadır. Bu model, benzer hasta profillerine sahip ve aynı hastane bünyesinde yer alan servisler arasında, neden bazılarında çatışma ve kısıtlama olaylarının diğerlerine oranla on kat daha fazla yaşandığını açıklamaktadır. Model bağlamında "çatışma", hastanın kendisine veya çevresine yönelik tehdit oluşturan her türlü davranışı (şiddet, intihar, kendine zarar verme, firar vb.) ifade eder. "Kontrol altına alma" (çevreleme) ise personelin bu riskli durumları önlemek veya zararlı sonuçlarını en aza indirmek için uyguladığı müdahaleleri (lüzum halinde tedavi, özel gözlem, tecrit vb.) kapsamaktadır (Bowers ve ark., 2014) .

Model, bir çatışma epizodunu tetikleyebilecek belirli "parlama noktalarına" yol açan çeşitli çatışma kaynaklı faktörlerin varlığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, çevreleme uygulamaları ile çatışma arasında dinamik bir karşılıklı ilişki olduğunu; bazen çevreleme kullanımının çatışmayı önlemek yerine doğrudan yeni bir çatışmaya zemin hazırlayabildiğini vurgulamaktadır (Bowers ve ark., 2007, 2014).

Son olarak model, personelin çatışma ve kısıtlama oranlarını düşürmek için şu stratejileri izleyebileceğini belirtir:

- Çatışmaya zemin hazırlayan faktörleri azaltmak veya tamamen ortadan kaldırmak.
- Parlama noktalarının oluşumunu engellemek.
- Parlama noktası oluşsa dahi, bunun çatışma olayına dönüşmesini engelleyerek aradaki bağlantıyı koparmak.
- Kontrol altına alma yöntemlerinin ters etki yaratacağı durumları doğru tespit ederek, kısıtlayıcı müdahale yerine farklı yöntemleri tercih etmek.
- Çevreleme yöntemlerinin kullanıldığı durumlarda, bu uygulamanın süreci kötüleştirmeyecek şekilde yürütülmesini sağlamak.

Bu mekanizmalar, aşağıdaki örneklerle daha detaylı bir biçimde açıklanmaktadır(Bowers, n.d.; Bowers ve ark., 2014).

Etki Alanları ve Faktörler Özeti

I. Personel Ekibi veya İç Yapı

Kapsam: Kurallar, rutinler, verimlilik, temizlik/düzen, ideoloji, gelenek ve uygulama.

Parlama Noktaları: Talebin reddi, personel talebi, limit ayarı, kötü haber, görmezden gelme.

Kadro Değiştiriciler: Personel kaygısı ve hayal kırıklığı, ahlaki taahhütler, psikolojik anlayış, ekip çalışması ve tutarlılık, teknik ustalık, olumlu takdir(Bowers ve ark., 2007).

II. Fiziksel Ortam

Kapsam: Kapı kilitleri, kalite, inzivanın mevcudiyeti, odalar, PICU veya konfor/rahatlama/duyu odaları.

Parlama Noktaları: Düzenin karmaşıklığı, gizli alanlar, özel alanlar.

Kadro Değiştiriciler: Özenle uyanık ve meraklı olma, rutinleri kontrol etme(Bowers ve ark., 2014).

III. Hastane Dışında

Kapsam: Ziyaretçiler, akrabalar ve aile.

Parlama Noktaları: Kötü haber, ev krizi, ilişki veya barınma sorunları.

Kadro Değiştiriciler: Bakıcı/akraba katılımı, aile terapisi, aktif hasta desteği(Bowers ve ark., 2014).

IV. Hasta Topluluğu veya Hasta-Hasta Etkileşimi

Kapsam: Bulaşma ve uyumsuzluk.

Parlama Noktaları: Toplanma/kalabalık/etkinlik, kuyruk/bekleme/gürültü, personel/nokta devri/değişimi, zorbalık/hırsızlık/mala zarar verme.

Kadro Değiştiriciler: Açıklama/bilgi, rol modelleme, hasta eğitimi, araçların kaldırılması, mevcudiyet(Bowers ve ark., 2007, 2014).

V. Hasta Özellikleri (Semptomlar ve Demografi)

Kapsam: Paranoya, PD özellikleri, sinirlilik/disinhibisyon, istismar, erkek cinsiyet, alkol/uyuşturucu, depresyon, iç yüzü, sanrılar, halüsinasyonlar, genç yaş.

Parlama Noktaları: Alevlenmeler, bağımsızlık/kimlik kaybı, argümanlar, keskinlik/önem derecesi.

Kadro Değiştiriciler: Farmakoterapi, psikoterapi, hemşirelik desteği ve müdahalesi(Bowers ve ark., 2014).

VI. Düzenleyici Çerçeve veya Dış Yapı

Kapsam: Yasal çerçeve, ulusal politika, şikayetler, itirazlar, kovuşturmalar, hastane politikası.

Parlama Noktaları: Zorunlu gözaltı, temyiz reddi, şikayet reddedildi, zorla tedavi.

Kadro Değiştiriciler: Yasal süreç, adalet, haklara saygı, bilgi verme, itiraz desteği, meşruiyet(Bowers ve ark., 2014).

Dahili yapı (kurumsal işleyiş) söz konusu olduğunda, personel kaynak faktörlerin içeriği üzerinde doğrudan etkiye sahiptir; dolayısıyla parlama noktalarının ortaya çıkıp çıkmayacağı ve bu noktaların olumsuz bir çatışma olayına dönüşme riski, büyük ölçüde personelin kontrolü altındadır. Fiziksel çevre, yapısal kısıtlamalar nedeniyle personel açısından daha az esneklik sunsa da, bakım ve gözetim süreçlerinin bu ortamda nasıl yürütüleceği tamamen çalışanların inisiyatifindedir (Bowers ve ark., 2007) .

Hastane dışındaki faktörler, örneğin hastanın arkadaş ve aile çevresinde yaşananlar, personel tarafından doğrudan değiştirilemeyebilir; ancak personel, potansiyel stres kaynaklarını, gerilimleri ve hasta üzerindeki talepleri yakından takip ederek, bu unsurlar akut veya yıkıcı bir boyuta ulaştığında hızlı müdahalede bulunabilir. Benzer şekilde personel, olumlu ve yargılayıcı olmayan bir tutumu teşvik ederek hastalar arası etkileşimleri ve birbirlerine verdikleri tepkileri olumlu yönde şekillendirebilir(Bowers ve ark., 2014).

Personel, hastanın klinik semptomlarını veya sanrılarının içeriğini belirleme gücüne sahip değildir; fakat destekleyici, düşük stresli bir ortam yaratarak hızlı iyileşmeyi destekleyen nitelikli bir tedavi süreci sunabilir. Nihayetinde, akıl hastalığının etkin ve verimli bir şekilde tedavi edilmesi, çatışma oranlarını düşüren en temel önleyici tedbirdir (Bowers ve ark., 2014).

Güvenli Servisler Modeli'nde yer alan altı temel alan; hasta topluluğu, hasta özellikleri, düzenleyici çerçeve, personel ekibi, fiziksel ortam ve hastane dışı faktörler, çatışma ve kontrol altına

alma (çevreleme) oranları üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Modelin en dış halkası, bu alanlarda çatışmayı tetikleyebilecek temel özellikleri özetlemektedir. Bir sonraki halka, hastaların birbirleriyle etkileşimlerini (hasta değiştiricileri) ve bu durumun altı temel alanın çatışma üzerindeki etkisini nasıl değiştirdiğini gösterir. Takip eden halka ise aynı dinamikleri personel değiştiricileri üzerinden ele alır. Bu halka ile en dıştaki halka arasında bulunan oklar, personelin riskleri azaltmak amacıyla etki alanlarının özelliklerini doğrudan değiştirme veya düzenleme yetkinliğine sahip olduğunu ifade eder (Bowers ve ark., 2014).

Modelin en iç halkası, ilgili alanlarla doğrudan ilişkili "parlama noktalarını" tanımlar; bu noktalar, çok kısa vadede çatışmayı veya kontrol altına alma müdahalesini tetikleme olasılığı en yüksek olan sosyal koşullar veya olaylardır. Modelin merkezinde ise çatışma ve kontrol altına alma uygulamaları yer alır. Bu iki kavram, birbirlerini tetikleyebileceklerini gösteren çift yönlü bir okla birbirine bağlıdır; zira çatışma kısıtlamayı gerektirebileceği gibi, kısıtlama uygulamasının kendisi de yeni bir çatışmayı tetikleyebilir. Bu alandaki parlama noktaları; şiddetli semptomların ani alevlenmelerini veya hastanın bağımsızlığının ve hareket özgürlüğünün kısıtlandığı her türlü durumu içerebilmektedir (Bowers ve ark., 2014).

Psikiyatri kliniklerinde, özellikle şiddet ve çevreye zarar verme eylemlerine oldukça sık rastlanabilmektedir (Coşkun & Öztürk, 2010). Bu kliniklerde görev yapan hemşirelerin kısıtlayıcı uygulamalara başvururken sergiledikleri empatik tutum, hastanın sakinleşme sürecini doğrudan etkilemektedir. Agresyonun yönetiminde ve kısıtlayıcı müdahaleler öncesinde ilk tercih edilmesi gereken yöntem; güven verici bir ilişki kurarak hastaya anlaşıldığını hissettirmek, yararını gözetmek ve olumsuz duyguları iletişim yoluyla yatıştırmaktır. Bu sürecin başarısı, büyük ölçüde empatik bir dinleme ve yaklaşım sergilenmesine bağlıdır (Orak vd., 2020).

Güvenli Servis Modelinin Geliştirilmesi ve Çalışmalar

Güvenli Servisler Modeli, çatışma ve kontrol altına alma (çevreleme) süreçlerinin azaltılmasına odaklanan kapsamlı uluslararası araştırmaların bir sentezidir. Bu modelin temelinde; hasta firarları, kural ihlalleri, resmi olay raporları, fiziksel müdahaleler, zorunlu yatış süreçleri ve kişilik bozukluğu olan bireylere yönelik hemşirelik tutumlarını inceleyen uzun süreli akademik çalışmalar yatmaktadır. Literatürde hasta agresyonunun yaygınlığı ve yönetimi üzerine yapılan geniş kapsamlı çalışmalar (Foster ve ark., 2007), kısıtlama kararlarının arkasındaki kurumsal raporlama süreçleri (Ryan & Bowers, 2006) ve bu olayların hemşirelik personeli üzerindeki sistemik etkileri (Needham ve ark., 2005) modelin kavramsal altyapısını besleyen önemli dinamikler arasındadır. Bu alandaki en geniş kapsamlı çalışmalar arasında 136 servisin karşılaştırıldığı “City-128” araştırması; dört yıllık değişim sürecini inceleyen “Tompkins Acute Ward Study” ve klinik müdahalelerin test edildiği projeler yer almaktadır (Bowers vd., 2014). Süreç içerisinde “CONSEQ” çalışması ile 522 hasta verisi analiz edilmiş, “HICON” çalışması ile yüksek oranda kısıtlama uygulanan hasta grupları incelenmiştir. Bu çalışmalar neticesinde, dünya genelinde yaygın olarak kullanılan ve birçok dile çevrilen standart anket ve kontrol listeleri geliştirilmiştir.

Güvenli Servisler Modeli, saldırganlık, madde kullanımı, intihar, kendine zarar verme, tedavi reddi, lüzum halinde (PRN) ilaç kullanımı, özel gözlem, tecrit ve mekanik kısıtlama gibi konularda literatürde yer alan binden fazla çalışmanın sistematik incelemesiyle güçlendirilmiştir. Nitekim psikiyatri inpatient (yataklı) kliniklerinde tecrit ve kısıtlama uygulamalarının uzun vadeli ulusal trendlerini ve gerekçelerini inceleyen geniş ölçekli araştırmalar da bu kısıtlayıcı müdahalelerin klinik temellerini doğrulamaktadır (Keski-Valkama ve ark., 2010).

Modelin pratik uygulamaya dönüştürülmesi süreci, 2008-2011 yılları arasında gerçekleştirilen yoğun araştırma ve literatür taramasıyla başlamıştır. Bu süreçte modele dayalı 298 farklı müdahale fikri detaylı olarak analiz edilmiş ve “hassas müdahale listesi” oluşturulmuştur. Uzman hemşireler ve hizmet kullanıcılarından oluşan odak gruplarının değerlendirmeleri sonucunda, uygulanabilirlik (fizibilite) açısından en yüksek puanı alan ilk 30 fikir belirlenmiştir. 2012 yılında gerçekleştirilen ilk pilot çalışmada bu fikirlerden 15’i uygulamaya konulmuştur. Doğu Londra’da gerçekleştirilen bu denemelerde, deneysel servislerde çatışma oranlarının azaldığı, kontrol altına alma uygulamalarında ise anlamlı bir değişiklik olmadığı saptanmıştır. Uygulama süreci sonunda, geribildirim anketleri ve odak grup görüşmeleri temel alınarak, hemşireler tarafından uygulanması en zor ve en az tercih edilen 5 müdahale listeden çıkarılmıştır (Bowers, n.d.; Bowers ve ark., 2014).

Güvenli Servisler Modeli’nin kapsamlı saha denemesi, 2013 yılı Ocak-Haziran ayları arasında gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada, 15 farklı hastaneye bağlı 31 serviste, tek kör küme randomize kontrollü bir çalışma yürütülmüştür. Bu çalışmada 15 servis kontrol grubu olarak belirlenmiş; diğer servislerde ise nihai olarak seçilen 10 deneysel müdahale uygulanmıştır. Söz konusu müdahaleler aşağıda detaylandırılmıştır (Bowers ve ark., 2014).

Güvenli Servis Modelinin Müdahaleleri

Net Karşılıklı Beklentiler

Psikiyatri servislerinde gözlenen zorlayıcı hasta davranışlarının bir kısmı, hastalardan beklenen tutumların netleştirilmemesinden veya servis personelinin bu beklentiler konusundaki tutarsızlıklarından kaynaklanmaktadır (Bowers ve ark., 2007). Bu belirsizlik ortamı, özellikle şu özelliklere sahip hastalar için ciddi sorun teşkil eder:

Bilişsel süreçlerde (düşünce netliği, konsantrasyon) güçlük yaşayanlar.

- Psikotik semptomlar nedeniyle dikkati dağınıklar.
- Sözel ve sözel olmayan iletişim kanallarını yorumlamakta zorlananlar.
- Duygusal yoğunluk veya ruh hali değişimleri nedeniyle çevresel algısı saptananlar.
- Geçmiş deneyimleri ve otorite figürleriyle olan ilişkileri nedeniyle çarpık bir dünya algısına sahip olanlar (Böke ve ark., 2008).

"Net Karşılıklı Beklentiler" müdahalesi, hem personelin hastadan hem de hastanın personelden beklentilerini şeffaflaştırmayı hedefler. Bu beklentilerin açıklığa kavuşturulması; personelin tutarlı bir tutum sergilemesini sağlar ve hastanın kendi yükümlülüklerini anlamasını kolaylaştırır. Sosyal ortamdaki bu netlik, hastanın bilişsel yükünü hafifleterek stres ve kaygı düzeyini azaltır; böylece semptomların hafiflemesine ve iyileşme sürecinin hızlanmasına katkıda bulunur. Ayrıca "kural" terimi, hastalar tarafından çocuksu veya kısıtlayıcı algılanabildiği için, bu müdahalede "beklentiler", "yönergeler" veya "standartlar" kavramlarının kullanımı tercih edilmektedir (Bowers ve ark., 2014).

Uygulama Adımları:

Personel Değerlendirmesi: Personel toplantılarında mevcut kurallar gözden geçirilmelidir. Bu aşamada "Hangi beklentiler gereklidir?", "Neler değiştirilmelidir?" veya "Hangi kısıtlamalar artık işlevsizdir?" sorularına yanıt aranmalı ve tutarlı bir iskelet liste oluşturulmalıdır (Ryan & Bowers, 2006).

Ortak Karar Süreci: Personel ve hastaların katılımıyla bir topluluk toplantısı düzenlenmelidir. Beklentilerin gerçek gerekçeleri

hastalarla paylaşılmalı, hastaların kendi taahhütleri ve personelden beklentileri müzakere edilerek nihai liste üzerinde mutabık kalınmalıdır. Hastalara, yönetsel zorunluluklara nasıl itiraz edebilecekleri veya değışiklik taleplerinde bulunabilecekleri açıklanmalıdır.

İçerik Hazırlığı: Üzerinde uzlaşılan karşılıklı beklentiler, katılımcıların tercih ettiğı bir formatta yazılı hale getirilmelidir.

Görselleştirme ve Yaygınlaştırma: Hazırlanan metin, dikkat çekici bir tasarım ile lamine poster haline getirilmeli ve servisin görünür alanlarına asılmalıdır. Gerektiğinde küçük kopyalar hasta odalarına asılabilir veya hasta karşılama paketlerine eklenebilir.

Kabul Sürecine Entegrasyon: Posterin içeriğı, servise yeni kabul edilen hastalarla ilk hafta içerisinde düzenli olarak gözden geçirilmeli; hastanın beklentileri anladığından emin olunmalıdır.

Uygulama Rehberi: Personel, hastadan belirli bir davranış değışikliğı talep ederken veya bir kuralı hatırlatırken bu ortak beklentiler listesine referans vermelidir.

Geri Bildirim Döngüsü: Hastalar, beklentilerin karşılanmadığı veya aksadığı durumlarda personeli bilgilendirmeleri konusunda teşvik edilmeli; bu, karşılıklı sorumluluğun bir parçası olarak görülmelidir.

Yumuşak Sözler (Soft Words)

Akut dönemde olan hastaların yönetimi klinik açıdan zorlayıcı olabilir. Hemşirelerin temel görevleri arasında; hastaların kişisel bakımını (uyku, hijyen, beslenme, giyim) sağlamak, onlarla terapötik bir ilişki kurmak ve onları sosyal/organize faaliyetlere dahil etmek yer alır. Bu süreçte hemşireler aynı zamanda ilaç yönetimi, servisin güvenliğı, uzman hekim görüşmelerinin

koordinasyonu ve şiddeti önleme gibi çok yönlü sorumlulukları üstlenmektedir. "Yumuşak Sözler" inisiyatifi, hastalarla daha işbirlikçi bir yaklaşım geliştirerek olası çatışmaları azaltmayı hedefler:

Günün Mesajı Poster: Servis ofisine asılacak ve mümkünse her gün değiştirilecek, destekleyici mesajlar içeren bir poster.

Destekleyici Kartpostallar: İlgili ve nazik içerikli, özel mesajlar taşıyan kartpostallar(Bowers, n.d.).

'Talk Down' (Sakinleştirici İletişim) Teknikleri

Hastaların ajite veya öfkeli olduğu durumlarda krizin şiddetlenmesini önlemek için kullanılan "de-eskalasyon" (gerilimi azaltma) süreçleri kritiktir. Personelin bu konuda ileri düzey beceriler kazanması için:

Temelden ileri seviyeye kadar tüm de-eskalasyon tekniklerini özetleyen bir poster hemşirelik ofisine asılacaktır.

Servis içerisinden seçilen bir "Talk Down Şampiyonu", personele bu teknikleri deneyimlerinden örneklerle açıklayacak ve rehberlik edecektir.

Personele "Açık, arkadaş canlısı ve pozitif kalma" konulu rehber dokümanlar sağlanacaktır(Foster ve ark., 2007).

Olumlu Sözler

Vardiya devir teslimleri, hastaların klinik durumlarının değerlendirildiği en kritik organizasyonel süreçtir. Ancak genellikle sadece "zorlayıcı" veya "riskli" davranışlara odaklanması, hastaların olumsuz algılanmasına neden olabilir. Bu eğilimi dengelemek için:

- Devir teslimlerde her hasta hakkında olumlu bir gözlem veya nitelik paylaşılmalıdır.

- Zorlayıcı davranışlar raporlanırken, bu davranışın altında yatan olası psikolojik açıklamalar sunulmalıdır.
- Hastanın yaşadığı üzüntü veya mutsuzluk belirtileri gözlemlendiğinde, empatik dinleme (açık uçlu sorular, göz teması) ile duygusal destek sağlanmalıdır(Orak ve ark., 2020).

Birbirini Tanımak

Terapötik ilişkinin temeli güvene dayanır. Ancak yoğun klinik rutin içerisinde hastaları derinlemesine tanımak zordur. Bu müdahale, ortak ilgi alanları keşfederek etkileşimi kolaylaştırmayı amaçlar:

Personel Profili: Personelin hobileri, deneyimleri ve ilgi alanlarını içeren lamine edilmiş bir bilgi formu, hastaların erişimine açılacaktır.

Hasta Profili: Hasta onayıyla, kabul sırasında hastanın kimliği, sevdikleri ve temel arka plan bilgilerini içeren bir profil oluşturularak konuşma tetikleyicileri (sohbet konuları) belirlenecektir (Needham ve ark., 2005).

Karşılıklı Yardım Toplantıları

Servis bir sosyal topluluktur ve hastaların birbirlerine destek olması, hem yardım edenin özgüvenini artırır hem de çatışmaları azaltır. Haftada en az üç kez, mümkünse her sabah gönüllü hastalar ve personelin katılımıyla yapılan bu kısa toplantılarda; hastaların gün içinde birbirlerine nasıl yardımcı olabilecekleri planlanır (Bowers ve ark., 2014).

Sakinleştirme Yöntemleri (Ekipman Kutusu)

Ajitasyon belirtileri gösteren hastalara hemen PRN ilaç uygulamak yerine, hastanın kendi başa çıkma mekanizmalarını destekleyen

"Sakinleştirme Yöntemleri Kutusu" kullanılabilir. Bu kutu; hastanın uyarılma düzeyini düşürmeye yarayan çeşitli materyaller içerir. Kullanım sürecinde kayıt tutulmalı ve hastalar bu eşyaların klinik malı olduğu konusunda bilgilendirilmelidir (Keski-Valkama ve ark., 2010).

Güvence

Serviste yaşanan bir kriz (şiddet, firar, zorunlu müdahale vb.) tüm hastaları tedirgin edebilir. Bu durum "duygusal bulaşma" riskini artırır. Olay sonrası personel:

- Tanık olan hastalarla (gerekirse tek tek) konuşarak yaşananları açıklamalıdır.
- Serviste daha görünür, sakin ve destekleyici bir varlık sergileyerek hastaların kendini güvende hissetmesini sağlamalıdır (Coşkun & Öztürk, 2010).

Taburcu Mesajları

Taburcu olan hastaların deneyimlerini paylaşması, serviste kalan hastalar için umut kaynağıdır. Hastalardan, servisi ve personeli değerlendiren, yeni kabul edilen hastalara tavsiyeler içeren mesajlar yazmaları istenerek bir "Taburcu Mesajları Panosu" veya ağacı oluşturulur(Tekka, n.d.).

Güvenli servisleri hangi ülkeler kullanmakta?

Güvenli Servisler Modeli; Galler (Bangor), Almanya, İngiltere ve ABD gibi pek çok ülkede başarıyla uygulanmaktadır (Bowers vd., t.y.).

Güvenli Servisler Türkiye'de Uygulanabilir mi?

Modelin kanıt temeli, yataklı psikiyatri kliniklerine ve benzer hasta gruplarına odaklanmaktadır. Türkiye'deki psikiyatri

kliriklerinde yapılan çalışmalar, fiziksel yapılandırma eksiklikleri ve terapötik aktivitelerin yetersizliğini ortaya koymaktadır(Ergün ve ark., 2008). Ruh sağlığı hemşirelerinin terapötik ortamı sağlama konusundaki artan sorumlulukları düşünöldüğünde; şiddeti önlemede ve klinik süreçleri daha güvenli/terapötik hale getirmede "Güvenli Servisler Modeli", Türkiye'deki klinikler için rehber niteliğinde, uygulanabilir ve örnek bir model sunmaktadır(Orak ve ark., 2020; Tekka, n.d.).

Sonuç

Psikiyatri servislerinde güvenli bir ortam oluşturmak, sadece fiziksel kısıtlayıcıların varlığıyla değil, klinik ortamın insani ve terapötik bir yaklaşımla yeniden tanımlanmasıyla mümkündür. Elde edilen bulgular ve literatür ışığında görölmektedir ki; şiddet ve çatışma, kaçınılmaz klinik olgular olmaktan ziyade, doğru yönetim teknikleri ve personelin proaktif müdahaleleriyle minimize edilebilen süreçlerdir.

"Güvenli Servisler Modeli", hemşirenin rolünü "gözlemci ve kısıtlayıcı" konumundan çıkarıp, "terapötik ilişki kuran ve kolaylaştırıcı" bir konuma yükseltmektedir. Personelin, hastanın duygusal dünyasına ve ihtiyaçlarına gösterdiği empatik yaklaşım, çatışmayı tetikleyen faktörlerin erkenden fark edilmesini sağlamaktadır. Bu durum, personelin tükenmişlik yaşamasını engellediği gibi, hastanın da klinik ortamda "nesne" değil, kendi iyileşme sürecinin bir "öznesi" olarak hissetmesine yardımcı olmaktadır.

Türkiye'deki psikiyatri kliniklerinin mevcut yapısal kısıtlılıkları göz önüne alındığında, bu modelin uygulanması klinik pratik için bir dönüm noktası olabilir. Fiziksel kısıtlamalardan ziyade iletişim temelli müdahalelerin, olumlu sözler, karşılıklı beklentilerin netleştirilmesi, sakinleştirici yöntemler gibi ön plana çıkarılması, klinikteki iyileşme iklimini daha güçlü hale getirecektir. Özetle,

güvenli servis; kapıların kilitli olduğu değil, karşılıklı güvenin ve şeffaf iletişimin anahtar olduğu bir iyileşme alanıdır. Hemşirelerin bu dönüşümdeki liderliği, sadece servis içi güvenliği değil, aynı zamanda toplumun ruh sağlığına bakışını da olumlu yönde etkileyecek en önemli faktördür.

Kaynakça

Allanson, A. M., & Fulbrook, P. (2010). Preparation of nurses for novice entry to perioperative practice: Evaluation of a short education program. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 23(2), 14–27. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.415851634154528>

Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2010). The Tidal Model of mental health recovery and reclamation: Application in acute care settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 171–180. <https://doi.org/10.3109/01612840903276696>

Bowers, L. (n.d.). *Contact*. Safewards. <https://www.safewards.net/contact>

Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., Jarrett, M., Jeffery, D., Nijman, H., Owiti, J. A., Papadopoulos, C., Ross, J., Wright, S., & Stewart, D. (2014). Safewards: The empirical basis of the model and a critical appraisal: Safewards: Evidence and appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 354–364. <https://doi.org/10.1111/jpm.12085>

Bowers, L., Alexander, J., Simpson, A., Ryan, C., & Carr-Walker, P. (2007). Student psychiatric nurses' approval of containment measures: Relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 349–356. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.03.002>

Böke, Ö., Sarısoy, G., Çelik, C., Aker, S., Bahçe, Z., & Rıfat Şahin, A. (2008). Yatarak tedavi gören şizofreni hastalarında fiziksel saldırganlık ve nörolojik silik işaretler [Physical aggression and neurologic soft signs in inpatients with schizophrenia]. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 18(1), 22–30.

Coşkun, S., & Öztürk, A. (2010). Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinde şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 53–62.

Davison, S. E. (2005). The management of violence in general psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(5), 362–370. <https://doi.org/10.1192/apt.11.5.362>

Demir Gökmen, B., Cengiz, M., & Fırat, M. (2020). Psikiyatri servisinde yatan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve öfke ilişkisinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(5), 491–498. <https://doi.org/10.5455/apd.79601>

Foster, C., Bowers, L., & Nijman, H. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: Prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 140–149. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04169.x>

Happell, B., & Harrow, A. (2010). Nurses' attitudes to the use of seclusion: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 162–168. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00669.x>

Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A.-M., Lönnqvist, J., & Kaltiala-Heino, R. (2010). The reasons for using restraint and seclusion in psychiatric inpatient care: A nationwide 15-year study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(2), 136–144. <https://doi.org/10.3109/08039480903274449>

Martin, V., Bernhardsgrütter, R., Goebel, R., & Steinert, T. (2007). The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: A comparison of the practice in Germany and Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(1), Makale 1. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-1>

Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R. J. G., Fischer, J. E., & Dassen, T. (2005). Non-somatic effects of patient aggression on nurses: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3), 283–296. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03286.x>

Orak, O. S., Durmaz, H., Güleç, S., Tunç, E., & Vatansever, S. (2020). Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hemşirelerin kullandıkları kontrol yöntemleri ve kullanım nedenleri açısından empatik eğilim düzeylerinin incelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 159–172.

Ryan, C. J., & Bowers, L. (2006). An analysis of nurses' post-incident manual restraint reports. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 527–532. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00975.x>

Sailas, E., & Wahlbeck, K. (2005). Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(5), 555–559. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000179497.46182.6f>

Sercan, M., & Bilici, R. (2009). *Türkiye’de bir ruh sağlığı bölge hastanesindeki hasta bağlama uygulamalarının değişkenleri* [Açık erişim arşivi]. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Akademik Arşivi. <http://acikerisim.ibu.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12491/3414>

Steinert, T., & Lepping, P. (2009). Legal provisions and practice in the management of violent patients: A case vignette study in 16 European countries. *European Psychiatry*, 24(2), 135–141. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.03.002>

Tekka, K. (t.y.). *Psikiyatri servislerinde kullanılan profesyonel kontrol yöntemleri: Kullanım nedenleri, türleri, uluslararası uygulamalar ve algılamalar* [Yayımlanmamış çalışma/rapor].

BÖLÜM 2

EPİLEPSİLİ HASTA VE EŞLERİNİN EVLİLİK UYUMU İLE HASTALIĞA YÖNELİK BİLGİ VE STİGMA ALGILARI

MERYEM ALTUNOK¹

LEMAN KUTLU²

Giriş

Epilepsi, tekrarlayan nöbetlerle karakterize edilen ve dünya genelinde yaklaşık 50 milyon insanı etkileyen kronik bir nörolojik hastalıktır (WHO, 2019). Hastalığın tıbbi boyutlarının ötesinde, epilepsi bireylerin psikososyal işlevselliğini, aile dinamiklerini ve özellikle evlilik ilişkilerini derinden etkilemektedir (Taylor et al., 2011). Evlilik, bireylerin yaşam kalitesinin temel belirleyicilerinden biri olup, kronik hastalık bağlamında hem bir destek kaynağı hem de stres faktörü olabilmektedir (Taylor et al., 2011).

Epilepsili bireylerin evlilik deneyimleri, genel popülasyondan belirgin şekilde farklılaşmaktadır. Araştırmalar,

¹ Uzm Hemşire, Prof Dr Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Orcid: 0000-000-5785-5462

² Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Orcid: 0000-0002-8629-5166

epilepsili bireylerin daha düşük evlilik oranlarına, daha yüksek boşanma oranlarına ve evlilik uyumunda daha fazla zorluğa sahip olduklarını göstermektedir. Bu farklılıkların oluşmasına neden olan bu çok boyutlu faktörler arasında; nöbet sıklığı ve şiddeti gibi klinik değişkenler, hastalığa yönelik bilgi eksikliği, toplumsal ve içselleştirilmiş stigma, psikiyatrik komorbidite ve sosyal destek yetersizliği gibi psikososyal faktörler yer almaktadır (Riasi et al., 2014; Shackleton et al., 2003; Zouari et al., 2024).

Evlilik uyumunu etkileyen önemli faktörlerden biri, hasta ve eşinin epilepsi hakkındaki bilgi düzeyidir. Hastalık bilgisi, sadece tıbbi bilgileri değil, aynı zamanda nöbet yönetimi, ilaç uyumu, günlük yaşam düzenlemeleri ve psikososyal başa çıkma yöntemlerini de kapsamaktadır (May et al., 2005). Yetersiz bilgi düzeyi, tedaviye uyumsuzluğa, nöbet kontrolünde başarısızlığa ve sonuç olarak evlilik ilişkisinde gerginliğe yol açabilmektedir (Mohsen & Ahmed, 2018).

Diğer bir önemli faktör ise stigmadır. Epilepsi, tarih boyunca en çok damgalanan tıbbi hastalıklardan biri olmuştur ve bu damgalama günümüzde de devam etmektedir (Fiest et al., 2014; Kwon et al., 2022). Stigma, hem toplumsal düzeyde (enacted stigma) hem de bireysel düzeyde (felt/internalized stigma) ortaya çıkmakta ve bireylerin benlik saygısını, sosyal ilişkilerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Önemli olan, stigmanın sadece hastayı değil, aynı zamanda aile üyelerini ve özellikle eşleri de etkilemesidir; bu durum "yakın stigma" veya "ikincil damgalanma" olarak adlandırılmaktadır (Hansen et al., 2018; Lim et al., 2014).

Bu kitap bölümünün amacı, epilepsili hasta ve eşlerinin evlilik uyumu ile hastalığa yönelik bilgi ve stigma algıları arasındaki karmaşık ilişkileri sistematik bir şekilde incelemektir. Bölüm, güncel literatürden yararlanarak, evlilik uyumunu etkileyen faktörleri, bilgi düzeyinin rolünü, stigmanın çok boyutlu etkilerini ve bu üç değişken arasındaki etkileşimleri ele almaktadır. Ayrıca, hasta ve eş arasındaki

algı farklılıkları ve klinik uygulamada kullanılabilecek müdahaleler tartışılmaktadır. Bu kapsamlı yaklaşımın, sağlık profesyonellerine, araştırmacılara ve politika yapıcılara epilepsili bireylerin ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştirmede rehberlik edeceği düşünülmektedir.

Epilepsiye Genel Bakış

Epilepsi, dünya genelinde milyonlarca insanı etkileyen, yalnızca tıbbi değil aynı zamanda psikososyal boyutlarıyla da önem taşıyan kronik bir nörolojik hastalıktır. Bu bölümde, epilepsinin tanımı, sınıflandırılması ve epidemiyolojik özellikleri ele alındıktan sonra, hastalığın birey ve aile üzerindeki psikososyal etkileri kapsamlı bir şekilde incelenecektir.

Epilepsinin Tanımı, Sınıflandırılması ve Epidemiyolojisi

Epilepsi, beynin anormal ve aşırı elektriksel deşarjları sonucu ortaya çıkan, tekrarlayan, provoke edilmemiş nöbetlerle karakterize kronik bir nörolojik hastalıktır. Uluslararası Epilepsi ile Mücadele Birliği (International League Against Epilepsy-ILAE), epilepsiyi yalnızca nöbetlerin varlığı ile değil; bu durumun nörobiyolojik, bilişsel, psikolojik ve sosyal sonuçlarıyla birlikte, kalıcı bir nöbet eğilimi olarak tanımlamaktadır. ILAE'nin güncel klinik tanı kriterlerine göre epilepsi tanısı; en az 24 saat arayla meydana gelen iki provoke edilmemiş nöbet varlığında, tek bir provoke edilmemiş nöbet sonrası önümüzdeki 10 yıl içinde nöbet tekrarlama riskinin altta yatan epileptojenik bir lezyon ya da elektroensefalografide epileptiform anormallik gibi nedenlerle en az %60 olması durumunda ya da bir epilepsi sendromu tanısı aldığında konulabilmektedir (Fisher et al., 2014).

Epilepsi sınıflandırması, nöbet tipine, epilepsi sendromuna ve etiyolojiye göre yapılmaktadır. Nöbetler temel olarak fokal (odak başlangıçlı) ve jeneralize (yaygın başlangıçlı) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Fokal nöbetler beynin belirli bir bölgesinden

kaynaklanırken, jeneralize nöbetler her iki hemisferden eş zamanlı olarak başlamaktadır. Epilepsi sendromları ise nöbet tipi, EEG bulguları, görüntüleme sonuçları, yaş, komorbidite ve tetikleyici faktörlere göre sınıflandırılmaktadır (Scheffer et al, 2017).

Epidemiyolojik açıdan, her yıl 100.000 kişide 50-70 arasında değişen yeni epilepsi vakaları ortaya çıkmaktadır (Ngugi et al., 2011). Prevalans, düşük ve orta gelirli ülkelerde daha yüksektir ve bu ülkelerde epilepsili bireylerin %75'i uygun tedaviye erişememektedir (WHO, 2019; Meyer et al., 2010). Epilepsi her yaş grubunda görülebilmekle birlikte, insidans çocukluk ve ileri yaşlarda daha yüksektir (Fiest et al., 2017). Hastalığın yaşam boyu prevalansı %7-11 arasında değişmektedir ve aktif epilepsi prevalansı %4-10 civarındadır (Fiest et al., 2017; Beghi, 2020).

Epilepsinin etiyojisi çeşitlidir ve genetik faktörler, yapısal beyin anomalileri, enfeksiyonlar, travmatik beyin hasarı, inme, tümörler ve metabolik bozukluklar gibi birçok neden epilepsiye yol açabilmektedir (Scheffer et al., 2017; Beghi, 2020). Vakaların yaklaşık %50'sinde spesifik bir neden belirlenememekte ve bu durumlar idiyopatik veya kriptojenik epilepsi olarak sınıflandırılmaktadır (Shorvon, 2011; Balestini et al 2021). Etiyojinin belirlenmesi, tedavi planlaması ve prognoz açısından önemlidir (Scheffer et al., 2017).1.2.Epilepsinin Birey ve Aile Üzerindeki Psikososyal Etkileri

Epilepsi, sadece nörolojik bir hastalık olmayıp, bireyin psikolojik, sosyal ve ekonomik işlevselliğini derinden etkileyen bir durumdur. Hastalığın psikososyal etkileri, nöbetlerin kendisinden bağımsız olarak yaşam kalitesini belirleyen temel faktörler arasındadır (Tombini et al., 2021). Epilepsili bireyler, genel popülasyona kıyasla daha yüksek oranda psikiyatrik komorbidite, sosyal izolasyon, işsizlik, eğitim güçlükleri ve düşük yaşam kalitesi yaşamaktadır (Shackleton et al., 2003).

Psikiyatrik komorbidite, epilepside yaygın bir sorundur. Depresyon ve anksiyete bozuklukları, epilepsili bireylerde genel popülasyona göre 2-3 kat daha sık görülmektedir (Zouari et al., 2024). Bir çalışmada, epilepsili hastaların %49'unda anksiyete ve %39'unda depresyon saptanmıştır (Zouari et al., 2024). Bu psikiyatrik komorbidite, yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve evlilik uyumunu azaltmaktadır (Tedrus et al., 2015). Ayrıca, sosyal biliş eksiklikleri de epilepsili bireylerde yaygındır ve bu eksiklikler, depresyon, anksiyete ve nöbet sıklığından bağımsız olarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Yogarajah & Mula, 2019).

Epilepsinin sosyal etkileri de belirgindir. Epilepsili bireyler, genel popülasyona göre daha az evlenmekte, daha fazla ebeveynleriyle yaşamakta veya kurumlarda kalmakta ve daha düşük eğitim ve iş başarısı göstermektedir (Shackleton et al., 2003). Hastalık, bireylerin sosyal yaşamlarını, eş, arkadaş ve diğer aile üyeleriyle ilişkilerini olumsuz etkilemektedir (Motamedi et al., 2012). Evli hastaların %15,5'i ve bekar hastaların %39'u epilepsiyi evlilik için bir engel olarak görmektedir (Motamedi et al., 2012).

Epilepsinin aile üzerindeki etkileri de göz ardı edilemez. Ellis et al. (2000), epilepsinin tüm aile üyeleri için yüksek düzeyde psikososyal zorluklar yaratabileceğini, evlilik sorunları, damgalanma, stres, psikiyatrik morbidite, düşük benlik saygısı ve sosyal aktivitelerin kısıtlanması gibi sorunların yaygın olduğunu belirtmektedir. Aile ortamı, epilepsinin psikososyal etkilerinde önemli bir aracı faktördür. Mahrer-Imhof et al. (2013), hasta ve aile üyelerinin yaşam kalitesi arasında anlamlı farklılıklar olduğunu ve aile desteğinin her iki grup için de yaşam kalitesine önemli katkı sağladığını göstermiştir. Ayrıca aile üyelerinin yaşam kalitesi de hastanın hastalık bilgisinden ve hastaneye yatış nedeninden etkilenirken, hastanın yaşam kalitesi de aile üyelerinin yaşam kalitesine bağımlıdır (Mahrer-Imhof et al., 2013).

Bakım verenler de epilepsinin etkilerinden önemli ölçüde etkilenmektedir. Senthil (2016), epilepsi bakım verenlerinin ciddi fiziksel, psikososyal, duygusal ve başa çıkma sorunları yaşadığını ve evlilik ilişkilerinde zorluklar yaşadığını belirtmektedir. Evlilik ve aile çatışmaları, kronik hastalığı olan bireylerin bakım verenleri için düşük yaşam kalitesi ve artan yüke katkıda bulunabilmektedir. Ayrıca epilepsinin stresi de, bireylerin ve ailelerinin ruh sağlığını ve psikolojik refahını etkilemektedir (Senthil, 2016).

Sonuç olarak, epilepsi sadece tıbbi bir durum değil, bireyin ve ailesinin tüm yaşam alanlarını etkileyen karmaşık bir psikososyal fenomendir. Bu etkilerin anlaşılması, etkili müdahalelerin geliştirilmesinde büyük bir öneme sahiptir.

Evlilik Uyumu ve Epilepsi

Epilepsi, nöbetlerin ötesinde bireyin ve ailesinin psikososyal dünyasını şekillendiren kronik bir hastalık olarak, evlilik ilişkileri bağlamında kendine özgü dinamikler ortaya çıkarmaktadır. Bu bölümde, evlilik uyumu kavramı kuramsal çerçevesiyle ele alınacak, kronik hastalıkların evlilik uyumu üzerindeki genel etkileri incelenecek, epilepsiye özgü faktörlerin eş uyumuna yansımaları tartışılacak ve hasta ile eş arasındaki algı farklılıkları değerlendirilecektir.

Evlilik Uyumu Kavramı ve Kuramsal Çerçeve

Evlilik uyumu, eşlerin evlilik ilişkisinden aldıkları doyum, ilişkinin kalitesi ve eşler arasındaki uyum düzeyini ifade eden çok boyutlu bir kavramdır (Kinariwalla v& Sen, 2016). Evlilik uyumu, sadece çatışma yokluğunu değil, aynı zamanda duygusal yakınlık, karşılıklı destek, etkili iletişim, ortak değerler ve hedefler, cinsel doyum ve problem çözme becerilerini de içermektedir. Yüksek evlilik uyumu, bireylerin psikolojik sağlığı, yaşam kalitesi ve genel refahı için önemli bir koruyucu faktördür (Tedrus et al., 2015).

Evlilik uyumunu açıklayan çeşitli kuramsal modeller bulunmaktadır. Sosyal değişim kuramı, evlilik ilişkisini bir maliyet-fayda analizi çerçevesinde ele almakta ve bireylerin ilişkiden elde ettikleri kazançlar ile yaptıkları yatırımlar arasındaki dengeye odaklanmaktadır. Bağlanma kuramı, erken dönem bağlanma deneyimlerinin yetişkinlik dönemindeki romantik ilişkileri nasıl şekillendirdiğini açıklamaktadır. Aile sistemleri kuramı ise, evliliği daha geniş bir aile sistemi içinde ele almakta ve aile üyeleri arasındaki etkileşimlerin evlilik uyumunu nasıl etkilediğini vurgulamaktadır (Ellis et al., 2000).

Kronik hastalık bağlamında, biyopsikososyal model evlilik uyumunu anlamak için özellikle yararlıdır (Elliott & Richardson, 2014). Bu model, hastalığın biyolojik (nöbet sıklığı, ilaç yan etkileri), psikolojik (depresyon, anksiyete, başa çıkma stratejileri) ve sosyal (stigma, sosyal destek, ekonomik durum) boyutlarının etkileşimini vurgulamaktadır. Epilepsi bağlamında, evlilik uyumu bu üç boyutun karmaşık etkileşimi sonucunda şekillenmektedir (Kinariwalla ve Sen, 2016).

Stres ve başa çıkma modeli de kronik hastalıkta evlilik uyumunu anlamak için önemlidir (Ellis et al., 2000). Bu modele göre, kronik hastalık bir stres kaynağı olarak işlev görmektedir ve eşlerin bu stresle nasıl başa çıktıkları evlilik uyumunu belirlemektedir (Mameniškienė et al., 2017). Etkili başa çıkma stratejileri (problem odaklı başa çıkma, duygusal destek arama) evlilik uyumunu artırırken, etkisiz stratejiler (kaçınma, inkar) evlilik uyumunu azaltmaktadır (Senthil, 2016).

Kronik Hastalıkların Evlilik Uyumuna Etkisi

Kronik hastalıklar, evlilik ilişkilerini çeşitli mekanizmalar aracılığıyla etkilemektedir (Kinariwalla v& Sen, 2016). İlk olarak, hastalık fiziksel ve duygusal yük getirmekte, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamakta ve eşler arasındaki rol dağılımını

değiştirmektedir (Ellis et al., 2000). Hasta eş, hastalık yönetimi ve tedavi süreçleriyle meşgul olurken, sağlıklı eş bakım verici rolünü üstlenmekte ve bu durum ilişki dinamiklerini değiştirebilmektedir (Senthil, 2016; Mahrer-Imhof et al., 2013).

İkinci olarak, kronik hastalık ekonomik yük getirmektedir (Taylor et al., 2011). Tedavi masrafları, iş kaybı veya çalışma kapasitesinde azalma, ailenin ekonomik durumunu olumsuz etkilemekte ve bu durum evlilik ilişkisinde gerginliğe yol açabilmektedir (Wada et al., 2004). Üçüncü olarak, kronik hastalık sosyal izolasyona neden olabilmektedir (Shackleton et al., 2003). Hastalık nedeniyle sosyal aktivitelerin kısıtlanması, çiftin sosyal çevresinin daralması ve sosyal desteğin azalması, evlilik uyumunu olumsuz etkilemektedir (Wang et al., 2015).

Dördüncü olarak, kronik hastalık cinsel işlevselliği etkileyebilmektedir. Hastalığın kendisi, ilaçların yan etkileri veya psikolojik faktörler (depresyon, anksiyete, benlik saygısında azalma) cinsel istekte azalma, cinsel işlev bozukluğu ve cinsel doyumda azalmaya yol açabilmektedir (Mameniškienė et al., 2017). Bu durum, evlilik uyumunu önemli ölçüde etkilemektedir (Kinariwalla & Sen, 2016).

Beşinci olarak, kronik hastalık iletişim sorunlarına yol açabilmektedir (Benson et al., 2016). Hastalık hakkında konuşma zorluğu, duygusal ifade güçlüğü ve çatışma çözme becerilerinde azalma, evlilik uyumunu olumsuz etkilemektedir (Ellis et al., 2000). Altıncı olarak, kronik hastalık eşler arasında rol değişikliklerine neden olmaktadır (Mahrer-Imhof et al., 2013). Hasta eşin bağımlılığının artması, sağlıklı eşin bakım verici rolünü üstlenmesi ve geleneksel rol beklentilerinin değişmesi, ilişki dinamiklerini etkilemektedir (Senthil, 2016).

Ancak, kronik hastalığın evlilik üzerindeki etkisi her zaman olumsuz değildir. Bazı çiftler, hastalıkla başa çıkma sürecinde daha

yakın hale gelmekte, ilişkilerini güçlendirmekte ve daha derin bir duygusal bağ kurmaktadır (Ellis et al., 2000). Bu durum, çiftin başa çıkma stratejilerine, ilişki kalitesine, sosyal desteğe ve hastalık hakkındaki bilgi düzeyine bağlıdır (Wang et al., 2015).

Epilepside Eş Uyumunu Etkileyen Faktörler

Epilepside evlilik uyumunu etkileyen faktörler, klinik, psikolojik ve sosyal boyutları içeren karmaşık bir yapıdadır (Kinariwalla & Sen, 2016). Klinik faktörler arasında nöbet sıklığı ve şiddeti önemli bir yer tutmaktadır. Ancak, literatür bu konuda tutarsız bulgular sunmaktadır. Chen et al. (2013), aktif epilepsisi olan hastalarda psikososyal değişkenlerin, nöbetle ilgili faktörlerden daha fazla evlilik uyumunu açıkladığını bulmuştur. Bu bulgu, evlilik uyumunda klinik faktörlerden çok psikososyal faktörlerin önemini vurgulamaktadır.

Psikiyatrik komorbidite, evlilik uyumunu etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Zouari et al. (2024), epilepsi süresi, anksiyete ve depresyonun evlilik uyumu puanlarıyla anlamlı şekilde ilişkili olduğunu ve psikiyatrik komorbiditelerinin evlilik sıkıntısının ana yordayıcıları olduğunu göstermiştir. Tedrus et al (2015) da psikiyatrik komorbiditenin yaşam kalitesi puanlarını etkileyen tek faktör olduğunu bulmuştur. Wang et al. (2015), aktif epilepsili hastaların daha fazla evlilik uyumsuzluğu yaşadığını ve depresyon ile sosyal destek memnuniyetinin evlilik uyumunu yordadığını göstermiştir.

Sosyal destek, evlilik uyumunda kritik bir rol oynamaktadır. Wang et al. (2015), aileden gelen duygusal desteğin aile uyumunu ve evlilik kalitesini artırdığını, depresyonun ise aile uyumunu olumsuz etkilediğini bulmuştur. Mahrer-Imhof et al. (2013), aile desteğinin hem hasta hem de aile üyeleri için yaşam kalitesine önemli katkı sağladığını göstermiştir. Ancak, bazı çalışmalar sosyal desteğin

yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını bulmuştur (Nugraha, Agung et al., 2022).

Stigma, evlilik uyumunu etkileyen bir diğer önemli faktördür. Riasi et al. (2014), epilepsi stigmatının evlilik durumunu etkilediğini ve uygulanan stigma yaşayan hastaların boşanma olasılığının anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermiştir. İran'ın Birjand kentinde yapılan bu çalışmada, epilepsili hastaların evlilik oranı %27,3 iken boşanma oranı %54,8'dir ve epilepsili kadınlar erkeklere göre anlamlı şekilde daha yüksek boşanma oranı (%62,6'ya karşı %46,4) yaşamaktadır (Riasi et al., 2014).

Hastalık bilgisi de evlilik uyumunu etkilemektedir. Mahrer-Imhof et al. (2013), aile üyelerinin yaşam kalitesinin hastanın hastalık bilgisinden etkilendiğini göstermiştir. Yetersiz bilgi düzeyi, nöbet yönetiminde başarısızlığa, tedaviye uyumsuzluğa ve sonuç olarak evlilik ilişkisinde gerginliğe yol açabilmektedir (Mohsen & Ahmed, 2018).

Hastalığın gizlenmesi de evlilik uyumunu olumsuz etkilemektedir. Wasal (2019), epilepsili hastaların genellikle hastalıklarını potansiyel evlilik partnerlerinden gizlediklerini ve bu gizlemenin evlilik uyumsuzluğuna, daha yüksek boşanma oranlarına ve bozulmuş ilişkilere yol açtığını belirtmektedir. Hastalığın gizlenmesi, özellikle görücü usulü evliliklerde sorunludur ve üreme sorunları için gerekli tıbbi danışmanlığı engelleyebilmektedir (Wasal, 2019).

Medeni durum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki de karmaşıktır. Nagarathnam et al. (2014), evli epilepsili bireylerin evli olmayanlara göre daha düşük ortalama toplam yaşam kalitesi puanına sahip olduğunu bulmuştur. Evli bireylerde düşük yaşam kalitesi, nöbet alevlenmesi, antiepileptik ilaçlara uyumsuzluk, düşük benlik saygısı, ruhsal hastalık ve engellenmiş evlilik rollerinden kaynaklanabilmektedir (Nagarathnam et al., 2014; Wada et al.,

2004). Ancak, diğer bazı çalışmalar medeni durum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır (Nugraha Agung et al., 2022; Mohsen & Ahmed, 2018).

Hasta ve Eşin Evlilik Uyumundaki Algı Farklılıkları

Hasta ve eş arasındaki algı farklılıkları, evlilik uyumunu anlamada kritik öneme sahiptir (Kinariwalla ve Sen, 2016). Epilepsiyle ilgili psikososyal yükün algılanmasında cinsiyete özgü farklılıklar bulunmakta ve şiddetli nöbetler algılanan nöbet yükündeki tutarsızlıkla ilişkilendirilmektedir (Wada et al., 2004; Deli et al., 2019). Bu bulgu, hasta ve eşin hastalığın etkilerini farklı şekilde algılayabileceğini göstermektedir.

Mahrer-Imhof et al. (2013), hasta ve aile üyeleri arasında öznel yaşam kalitesi ve bakımdan memnuniyet açısından anlamlı farklılıklar olduğunu bulmuştur. İlginç bir şekilde, aile üyelerinin yaşam kalitesi hastanın hastalık bilgisinden ve hastaneye yatış nedeninden etkilenirken, hasta yaşam kalitesi puanları aile üyelerinin yaşam kalitesini etkilememektedir. Ancak, hasta yaşam kalitesi aile üyelerinin yaşam kalitesine önemli ölçüde bağımlıdır (Mahrer-Imhof et al., 2013). Bu asimetrik ilişki, hasta ve eş arasındaki karşılıklı bağımlılığın karmaşık doğasını göstermektedir.

Wasal (2019), hasta ve eş arasındaki algı farklılıklarının evlilik dinamiklerine yansımaları göstermektedir. Eşler ilaç yan etkilerinden şikayet ederken, hastalar kayıvalı ve kayınpederlerinin tepkilerinden memnuniyetsizlik ifade etmektedir. Bu farklı odak noktaları, çiftin hastalığın farklı yönlerini nasıl deneyimlediğini göstermektedir.

Stigma deneyiminde de hasta ve eş arasında farklılıklar bulunmaktadır. Hastalar içselleştirilmiş stigma yaşarken, eşler "yakın stigma" veya "ikincil damgalanma" deneyimlemektedir (Hansen et al., 2018; Lim & Tan, 2014). Bu farklı stigma türleri,

çiftin sosyal çevresiyle etkileşimlerini ve birbirleriyle ilişkilerini farklı şekillerde etkilemektedir.

Hasta ve eş arasındaki iletişim kalitesi de algı farklılıklarını etkilemektedir. Hastalık hakkında açık iletişim, eşlerin birbirlerinin deneyimlerini daha iyi anlamalarını sağlarken, iletişim eksikliği yanlış anlamalara ve ilişki sorunlarına yol açabilmektedir. Benson et al. (2016), epilepsiyle yaşayan ailelerin stigma deneyimlerinin ve algılarının, aile içi ve aile dışı epilepsiyle ilgili iletişim için önemli sonuçları olduğunu göstermiştir.

Özetle, hasta ve eş arasındaki algı farklılıkları, evlilik uyumunu etkileyen önemli bir faktördür. Bu farklılıkların anlaşılması ve ele alınması, evlilik ilişkisinin kalitesini iyileştirmek için kritik öneme sahiptir.

Epilepside Bilgi Düzeyi

Epilepsi yönetiminin başarısı, tıbbi tedavinin yanı sıra hasta ve ailesinin hastalık hakkındaki bilgi düzeyine de bağlıdır. Yeterli bilgi; etkili nöbet yönetimi, tedaviye uyum ve psikososyal uyum için temel bir gereklilik iken, bilgi eksikliği stigma, tedavi uyumsuzluğu ve düşük yaşam kalitesi gibi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (Mesafint et al., 2020). Bu bölümde, hastalık bilgisinin boyutları, bilgi kaynakları ve erişim engelleri, bilgi eksikliğinin etkileri ve hasta ile eşin bilgi düzeylerindeki farklılıklar ele alınacaktır.

Hastalık Bilgisinin Kapsamı: Tıbbi, Pratik ve Psikososyal Boyutlar

Epilepsi hakkındaki bilgi, sadece tıbbi bilgileri değil, aynı zamanda uygulanabilir yönetim stratejilerini ve psikososyal başa çıkma becerilerini de içeren çok boyutlu bir yapıdır (Lin & Widiasmoro, 2011). Tıbbi bilgi boyutu, epilepsinin tanımı, nedenleri, nöbet tipleri, tedavi seçenekleri, ilaçların etki mekanizmaları ve yan etkileri, cerrahi tedavi seçenekleri ve prognoz

hakkındaki bilgileri kapsamaktadır. Bu bilgiler, hastaların ve ailelerinin hastalığı anlamalarını ve tedavi kararlarına aktif katılımlarını sağlamaktadır (Mohsen & Ahmed, 2018).

Uygulanabilir bilgi boyutu, günlük yaşamda nöbet yönetimi, tetikleyici faktörlerin tanınması ve önlenmesi, nöbet sırasında ve sonrasında yapılması gerekenler, ilaç uyumu, yaşam tarzı düzenlemeleri (uyku hijyeni, alkol ve uyuşturucu kullanımından kaçınma, stres yönetimi) ve güvenlik önlemleri hakkındaki bilgileri içermektedir. Bu bilgiler, hastaların ve ailelerinin günlük yaşamda hastalıkla etkili bir şekilde başa çıkmalarını sağlamaktadır (May & Pfäfflin, 2005).

Psikososyal bilgi boyutu ise, epilepsinin psikolojik ve sosyal etkilerini, stigma ile başa çıkma stratejilerini, sosyal destek kaynaklarını, yasal hakları (sürücü belgesi, istihdam hakları, eğitim hakları), evlilik ve cinsel yaşam üzerindeki etkileri ve gebelik planlaması hakkındaki bilgileri kapsamaktadır (Yeni et al., 2018; Lin & Widiasmoro, 2011). Bu bilgiler, hastaların ve ailelerinin hastalığın psikososyal etkilerini anlamalarını ve bu etkilerle başa çıkmalarını sağlamaktadır.

May et al. (2005), psikoeğitim programlarının içeriğinin, öğretimsel yaklaşımının ve hedeflerinin değişkenlik gösterdiğini, ancak bu programların epilepsiyle ilgili bilgiyi, nöbet yönetimini iyileştirmeyi ve yanlış bilgileri azaltmayı amaçladığını belirtmektedir. Programlar ayrıca hastaları ve aileleri destekleyebilmekte, bazen nöbet sıklığını azaltabilmekte ve antiepileptik ilaç uyumunu iyileştirebilmektedir (May et al., 2005).

Kuramochi et al. (2023), "Epi-school" adlı bir günlük grup psikososyal eğitim programının epilepsili bireyler ve yakınları için epilepsi bilgisini önemli ölçüde artırdığını göstermiştir. Program, epilepsi bilgisi sağlamanın yanında, öz-stigma ve benlik saygısı gibi

psikososyal sorunları ele almayı amaçlamaktadır (Kuramochi et al., 2023).

Hasta ve Eşlerin Bilgi Kaynakları ve Erişimi

Epilepsili hastalar ve eşleri, hastalık hakkında bilgiyi çeşitli kaynaklardan elde etmektedir (Lin & Widiasmoro, 2011). Birincil bilgi kaynağı, sağlık profesyonelleridir (nörologlar, epilepsi hemşireleri, eczacılar). Sağlık profesyonelleri, tıbbi bilgi, tedavi seçenekleri ve pratik yönetim stratejileri konusunda en güvenilir kaynaklardır (Mohsen & Ahmed, 2018). Ancak, sağlık sistemindeki zaman kısıtlamaları, sağlık profesyonellerinin yeterli bilgi sağlama kapasitesini sınırlayabilmektedir (May & Pfäfflin, 2005).

İkinci önemli bilgi kaynağı, yazılı materyallerdir (broşürler, kitaplar, bilimsel makaleler). Bu materyaller, hastaların ve ailelerinin kendi hızlarında bilgi edinmelerini sağlamaktadır. Ancak, yazılı materyallerin anlaşılabilirliği ve erişilebilirliği değişkenlik göstermektedir (Lin & Widiasmoro, 2011; May & Pfäfflin, 2005).

Üçüncü bilgi kaynağı, internet ve dijital platformlardır. İnternet, epilepsi hakkında geniş bir bilgi yelpazesi sunmaktadır, ancak bilginin kalitesi ve güvenilirliği değişkendir. Kuramochi et al. (2025), yapay zeka destekli bir sohbet robotu olan EpiloBot'un epilepsi eğitimi ve stigma azaltma üzerindeki etkisini değerlendirmiş ve eğitim müdahalelerinin yaşam kalitesini ve bilgiyi artırdığını göstermiştir. Bu bulgu, dijital platformların epilepsi eğitiminde potansiyel rolünü vurgulamaktadır.

Dördüncü bilgi kaynağı, destek grupları ve hasta örgütleridir. Bu gruplar, deneyim paylaşımı, duygusal destek ve pratik bilgi sağlamaktadır. Kuramochi et al. (2023), destek gruplarının izolasyon ve anksiyete duygularını azalttığını, öz-kabulü teşvik ettiğini ve öz-stigmayı azalttığını belirtmektedir.

Beşinci bilgi kaynağı, aile ve arkadaşlardır. Yakın çevredeki kişiler, duygusal destek ve pratik yardım sağlamaktadır, ancak epilepsi hakkındaki bilgileri sınırlı veya yanlış olabilmektedir (Lin & Widiasmoro, 2011).

Bilgiye erişimde önemli engeller bulunmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, sağlık hizmetlerine erişim sınırlıdır ve epilepsili bireylerin %75'i uygun tedaviye erişememektedir (Meyer et al., 2010). Eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, coğrafi konum (kırsal vs. kentsel) ve dil engelleri, bilgiye erişimi etkilemektedir (Lin & Widiasmoro, 2011). Ayrıca, stigma nedeniyle bazı hastalar ve aileler bilgi aramaktan kaçınabilmektedir (Paschal et al., 2007).

Bilgi Eksikliğinin Tedaviye Uyum, Nöbet Yönetimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Bilgi eksikliği, epilepsi yönetiminde önemli bir engeldir ve tedaviye uyum, nöbet kontrolü ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sahiptir (Yeni et al., 2018; Mesafint et al., 2020). Mohsen & Ahmed (2018), epilepsili hastaların bilgi düzeyinin yaşam kalitelerini etkilediğini göstermiştir. Yetersiz bilgi, hastaların hastalıklarını yönetme kapasitelerini azaltmakta ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir.

Tedaviye uyum açısından, bilgi eksikliği ilaç uyumsuzluğuna yol açmaktadır. Hastalar ilaçlarının neden gerekli olduğunu, nasıl kullanılması gerektiğini ve yan etkilerinin nasıl yönetileceğini bilmediklerinde, ilaçlarını düzenli almama olasılıkları artmaktadır (May ve Pfäfflin, 2005). Nugraha Agung et al. (2022), düşük ilaç uyumunun (%67 katılımcıda) yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bulmuştur. Nagarathnam et al. (2014), antiepileptik ilaçlara uyumsuzluğun evli bireylerde düşük yaşam kalitesine katkıda bulunduğunu belirtmektedir.

Nöbet yönetimi açısından, bilgi eksikliği tetikleyici faktörlerin tanınmasını ve önlenmesini engellemektedir. Hastalar ve

aileleri, nöbetleri tetikleyebilecek faktörleri (uyku yoksunluğu, stres, alkol tüketimi, ışık uyarısı) bilmediklerinde, bu faktörlerden kaçınamaz ve nöbet sıklığı artar (Lin & Widiasmoro, 2011). Ayrıca, nöbet sırasında ve sonrasında yapılması gerekenler hakkında bilgi eksikliği, nöbet komplikasyonlarına ve yaralanmalara yol açabilmektedir (May & Pfäfflin, 2005).

Yaşam kalitesi açısından, bilgi eksikliği hastaların ve ailelerinin hastalığın psikososyal etkilerini anlamalarını ve bu etkilerle başa çıkma yöntemlerini engellemektedir. Yetersiz bilgi, gereksiz kısıtlamalara, sosyal izolasyona ve düşük benlik saygısına yol açabilmektedir (Mohsen & Ahmed, 2018; Mesafint et al., 2020). Paschal et al. (2007). epilepsili hastaların stigma, eğitim ve farkındalık hakkındaki algılarını incelemiş ve bilgi eksikliğinin stigma deneyimini artırdığını göstermiştir.

Bilgi eksikliği ayrıca yanlış inançlara ve mitlere yol açmaktadır. Kajumba et al. (2025), Sahra-altı Afrika'da epilepsinin yüksek oranda yanlış anlaşıldığını ve damgalandığını, genellikle doğaüstü nedenlere atfedildiğini belirtmektedir. Bu durum, sosyal reddedilmeye, duygusal sıkıntıya ve utanca yol açmakta ve birçok epilepsili ergenin tıbbi tedaviden kaçınmasına neden olmaktadır, bu da nöbet sıklığını artırmakta ve stigmatı pekiştirmektedir (Kajumba et al., 2025).

Sonuç olarak, bilgi eksikliği epilepsi yönetiminde kritik bir engeldir ve tedaviye uyum, nöbet kontrolü ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Bu nedenle, etkili eğitim müdahalelerinin geliştirilmesi ve uygulanması büyük önem taşımaktadır (May & Pfäfflin, 2005; Kuramochi et al., 2023; Mesafint et al., 2020).

Hasta ve Eşin Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Hasta ve eş arasındaki bilgi düzeyi farklılıkları, evlilik uyumu ve hastalık yönetimi açısından önemli sonuçlara sahiptir

(Mohsen & Ahmed, 2018). Mahrer-Imhof et al. (2013), aile üyelerinin yaşam kalitesinin hastanın hastalık bilgisinden etkilendiğini göstermiştir. Bu bulgu, hastanın bilgi düzeyinin sadece kendisini değil, aynı zamanda aile üyelerini de etkilediğini göstermektedir.

Kuramochi et al. (2023), "Epi-school" programının hem epilepsili bireyler hem de yakınları için epilepsi bilgisini önemli ölçüde artırdığını göstermiştir. Bu bulgu, eğitim müdahalelerinin hem hasta hem de aile üyeleri için etkili olabileceğini göstermektedir. Ancak, programın öz-stigma, benlik saygısı veya yaşam kalitesinde diğer önemli değişiklikleri belirlemediği not edilmiştir (Kuramochi et al., 2023).

Ryu et al. (2015), epilepsili Koreli ergenlerde algılanan stigmanın, epilepsi hakkındaki bilgi ve annenin stigma algısının etkilerini incelemiştir. Çalışma, epilepsili ergenlerin epilepsi hakkındaki bilgisinin, annenin gizleme davranışının ve politerapi almanın, ergenlerin stigma algısıyla anlamlı şekilde ilişkili olduğunu bulmuştur. Özellikle, düşük bilgiye sahip ergenler, çok düşük bilgiye sahip olanlara göre daha yüksek algılanan stigma bildirmiştir (Ryu et al., 2015). Bu bulgu, bilgi düzeyinin stigma algısını etkilediğini ve aile üyelerinin (özellikle annelerin) davranışlarının da önemli olduğunu göstermektedir.

Gadhavi et al. (2022), epilepsili çocukların ebeveynlerinin bilgi, tutum ve uygulamalarını incelemiş ve ebeveynler için yeterli eğitim ve farkındalığın epilepsili çocukları yönetmede anahtar olduğunu ve ebeveynlerin tutumlarının bilgilerinden etkilendiğini vurgulamıştır. Bu bulgu, aile üyelerinin bilgi düzeyinin hastalık yönetiminde kritik rolünü göstermektedir.

Hasta ve eş arasındaki bilgi düzeyi farklılıkları, çeşitli faktörlerden kaynaklanabilmektedir. Birincisi, hastalar genellikle sağlık profesyonelleriyle doğrudan temas halindedir ve bu nedenle

daha fazla tıbbi bilgiye erişebilmektedir (Lin & Widiasmoro, 2011). İkincisi, hastalar hastalığı doğrudan deneyimlemekte ve bu deneyim pratik bilgi sağlamaktadır (Mohsen & Ahmed, 2018). Üçüncüsü, bazı hastalar hastalıkları hakkında aktif olarak bilgi ararken, eşler daha pasif olabilmektedir (Mahrer-Imhof et al., 2013).

Ancak, bazı durumlarda eşler hastalardan daha fazla bilgiye sahip olabilmektedir. Özellikle, hastanın bilişsel bozukluğu veya depresyonu olduğunda, eş hastalık yönetiminde daha aktif rol alabilmekte ve daha fazla bilgi edinebilmektedir (Mahrer-Imhof et al., 2013). Ayrıca, bazı eşler hastalık hakkında yoğun araştırma yapabilmekte ve geniş bilgi birikimine sahip olabilmektedir (Gadhavi et al., 2022).

Hasta ve eş arasındaki bilgi düzeyi farklılıkları, iletişim sorunlarına yol açabilmektedir. Bir tarafın diğerinden daha fazla bilgiye sahip olması, güç dengesizliğine ve yanlış anlamalara neden olabilmektedir (Benson et al., 2016). Bu nedenle, hem hasta hem de eşin birlikte eğitim alması ve bilgi düzeylerinin dengeli olması önemlidir (Kuramochi et al., 2023).

Stigma (Damgalama) ve Epilepsi

Stigma, epilepsili bireylerin ve ailelerinin yaşamını şekillendiren en güçlü psikososyal faktörlerden biridir. Toplumun olumsuz tutumları, içselleştirilmiş utanç ve yakın çevrenin ikincil damgalanması, hastalığın klinik seyrinden bağımsız olarak yaşam kalitesini, evlilik uyumunu ve psikososyal işlevselliği etkilemektedir. Bu bölümde, stigma kavramı kuramsal çerçevesiyle ele alınacak, içselleştirilmiş stigma ve hissedilen damgalama, toplumsal stigma ve ayrımcılık ile eşin yakın stigma deneyimi incelenecektir.

Stigma Kavramı: Tanımlar ve Kuramsal Modeller

Stigma, bir bireyin veya grubun toplum tarafından olumsuz olarak etiketlenmesi, stereotipleştirilmesi ve ayrımcılığa maruz kalması sürecidir (Kwon et al., 2022). Goffman'ın klasik tanımına göre, stigma "derin bir şekilde itibarsızlaştırıcı bir özellik" olup, bireyi "bütün ve olağan bir kişiden, lekelenmiş ve değersiz bir kişiye" dönüştürmektedir. Epilepsi, tarih boyunca en çok damgalanan tıbbi durumlardan biri olmuştur ve bu damgalama günümüzde de devam etmektedir (Fiest et al., 2014; Kwon et al., 2022).

Stigmanın, stereotipler (bilişsel bileşen), önyargılar (duygusal bileşen) ve ayrımcılık (davranışsal bileşen) olarak üç temel bileşeni vardır (Fiest et al., 2014; Yousuf et al., 2018). Stereotipler, bir grup hakkındaki genelleştirilmiş inançlardır (örneğin, "epilepsili insanlar tehlikelidir"). Önyargılar, bu stereotiplere dayanan olumsuz duygulardır (örneğin, korku, tikslenme). Ayrımcılık ise, bu stereotipler ve önyargılara dayanan olumsuz davranışlardır (örneğin, istihdam ayrımcılığı, sosyal dışlanma) (Kwon et al., 2022).

Link ve Phelan'ın stigma modeli, stigmanın beş bileşenini tanımlamaktadır: farklılıkların etiketlenmesi ve tanımlanması, etiketlenen farklılıkların olumsuz stereotiplerle ilişkilendirilmesi, etiketlenen kişilerin "biz" ve "onlar" olarak ayrılması, etiketlenen kişilerin statü kaybı ve ayrımcılık yaşaması, ve bu sürecin güç eşitsizliği bağlamında gerçekleşmesi (Kwon et al., 2022).

Modifiye edilmiş etiketleme teorisi, stigmanın içselleştirilmesini açıklamaktadır. Bu teoriye göre, damgalanan bireyler toplumun olumsuz tutumlarını içselleştirmekte ve bu içselleştirme benlik saygısını, özgüveni ve yaşam hedeflerini olumsuz etkilemektedir (Kuramochi et al., 2023). İçselleştirilmiş stigma, bireyin kendisini toplumun olumsuz stereotipleri

doğrultusunda değerlendirmesi ve bu stereotipleri kabul etmesi sürecidir (Yousuf et al., 2018).

Epilepsi bağlamında, stigma üç ana kategoride incelenmektedir: hissedilen/içselleştirilmiş stigma (felt/internalized stigma), uygulanan stigma (enacted stigma), ve yakın stigma (courtesy/affiliate stigma) (Kwon et al., 2022; Yousuf et al., 2018). Hissedilen stigma, bireyin damgalanma korkusu, utanç duygusu ve olumsuz öz-değerlendirmesidir. Uygulanan stigma, bireyin gerçekte yaşadığı ayrımcılık ve sosyal dışlanmadır. Yakın stigma ise, damgalanan bireyin aile üyeleri ve yakınlarının yaşadığı ikincil damgalanmadır (Kwon et al., 2022; Lim & Tan, 2014).

Epilepside İçselleştirilmiş Stigma ve Hissedilen Damgalama

İçselleştirilmiş stigma, epilepsili bireylerin toplumun olumsuz tutumlarını içselleştirmesi ve kendilerini bu tutumlar doğrultusunda değerlendirmesi sürecidir (Yousuf et al., 2018). Kuramochi et al. (2023), öz-stigmanın epilepsili bireyler arasında yaygın olduğunu ve düşük benlik saygısıyla ilişkili olduğunu belirtmektedir. Öz-stigma, öz-stereotiplerin kabulünü (örneğin, "Ben bir tehlikeyim"), önyargıyı (örneğin, "Kendimden korkuyorum") ve öz-ayrımcılığı (örneğin, sosyal izolasyon) içermektedir. Bu kişiler arası fenomen, aspirasyonları ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Kuramochi et al., 2023).

Hissedilen stigma, epilepsili bireylerin damgalanma korkusu ve utanç duygusudur. Subedi et al. (2015), hastaların %31,9'unun epilepsiye sahip olmaktan dolayı kötü hissettiğini, %40,4'ünün hastalıklarına verilen tepkilerden dolayı öfkeli olduğunu ve %76,6'sının yaşam şanslarının daha kötü olduğuna inandığını bulmuştur. Bu bulgular, hissedilen stigmanın epilepsili bireyler arasında yaygın olduğunu göstermektedir.

Ugunniyi & Oderinde (2020), epilepsili bireylerin yüksek bir oranının (%57,1) şiddetli içselleştirilmiş stigma bildirdiğini, ancak

çoğunun (%76,9) ayrımcılık yaşamadığını bulmuştur. Bu bulgu, içselleştirilmiş stigmanın gerçek ayrımcılık deneyiminden bağımsız olabileceğini göstermektedir. Başka bir deyişle, bireyler gerçekte ayrımcılığa maruz kalmasa bile, damgalanma korkusu ve utanç duygusu yaşayabilmektedir.

İçselleştirilmiş stigmanın yordayıcıları arasında düşük bilgi düzeyi, düşük eğitim ve sosyoekonomik durum, kırsal yaşam, daha genç başlangıç yaşı, daha yüksek nöbet sıklığı ve şiddeti, ve spesifik kültürel inançlar (örneğin, kalıtsallık, doğaüstü nedenler) bulunmaktadır (Kwon et al., 2022). Ryu et al. (2015), düşük bilgiye sahip epilepsili ergenlerin, çok düşük bilgiye sahip olanlara göre daha yüksek algılanan stigma bildirdiğini bulmuştur. Bu bulgu, bilgi düzeyi ile stigma arasındaki karmaşık ilişkiyi göstermektedir.

İçselleştirilmiş stigmanın etkileri geniş kapsamlıdır. Stigma, benlik saygısını azaltmakta, depresyon ve anksiyete riskini artırmakta, sosyal izolasyona yol açmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Yousuf et al., 2018). Sharon (2011), stigmanın intihar düşüncesinin bir yordayıcısı olduğunu belirtmektedir. Ayrıca, stigma eğitim, istihdam ve evlilik fırsatlarını sınırlamaktadır (Yeni, 2023).

Austin et al. (2014), çocuk ve ergenlerde içselleştirilmiş stigma için bir model geliştirmiş ve stigma algısıyla ilişkili değişkenleri belirlemiştir. Bu model, gelecekteki müdahale araştırmaları için teorik bir temel sağlamakta ve psikososyal müdahalelere uygun değişkenleri tanımlamaktadır.

Epilepside Toplumsal Stigma ve Ayrımcılık

Toplumsal stigma, epilepsiye yönelik olumsuz tutumlar, inançlar ve davranışları ifade etmektedir. Uygulanan stigma (enacted stigma), epilepsili bireylerin gerçekte yaşadığı ayrımcılık ve sosyal dışlanmadır. Kwon et al. (2022), uygulanan stigmanın okul, iş,

evlilik ve sosyal ilişkilerde ayrımcılık olarak ortaya çıktığını belirtmektedir.

Subedi et al. (2015), hastaların %19'unun işverenler tarafından ayrımcılığa uğradığını ve %27,7'sinin insanlar tarafından kaçınıldığını bulmuştur. Ugunniyi & Oderinde (2020), halkın %56,1'inin epilepsili biriyle çalışmayacağını veya istihdam etmeyeceğini göstermiştir. Bu bulgular, istihdam alanında yaygın ayrımcılığı göstermektedir.

Evlilik alanında da önemli ayrımcılık bulunmaktadır. Riasi et al. (2014), İran'ın Birjand kentinde epilepsili hastaların evlilik oranının %27,3 ve boşanma oranının %54,8 olduğunu bulmuştur. Epilepsili kadınlar, erkeklere göre anlamlı şekilde daha yüksek boşanma oranı (%62,6'ya karşı %46,4) yaşamaktadır (Riasi et al., 2014). Sharon (2011), epilepsili kadın hastaların yaşam partneri bulmada daha fazla zorluk yaşadığını ve erkeklere kıyasla daha yüksek boşanma oranlarına sahip olduğunu belirtmektedir.

Toplumsal stigmanın altında yatan faktörler arasında epilepsi hakkında yetersiz bilgi, yanlış inançlar ve olumsuz tutumlar bulunmaktadır (Fiest et al., 2014). Lin & Widiasmoro (2011), yaygın olumsuz kamu tutumlarının, yanlış kavramların ve doğru bilgi eksikliğinin stigmaya katkıda bulunduğunu belirtmektedir. Olumsuz tutumlar genellikle akıl hastalığı, gerilik ve duygusal rahatsızlıklar hakkındaki inançlarla ilişkilidir (Lin & Widiasmoro, 2011).

Kültürel faktörler de toplumsal stigmatı etkilemektedir. Babiker et al. (2021), Sudan'da epilepsi stigmatının şeytani ele geçirme ve bulaşıcı doğa algısı olarak ortaya çıktığını ve önemli sosyal ayrımcılığa yol açtığını belirtmektedir. Hastaların %56,2'si epilepsinin şeytani olduğuna inanmaktadır (Babiker et al., 2021). Kajumba et al. (2025), Sahra-altı Afrika'da epilepsinin genellikle doğaüstü nedenlere atfedildiğini ve bu durumun sosyal

reddedilmeye, duygusal sıkıntıya ve utanca yol açtığını belirtmektedir.

Toplumsal stigmanın etkileri geniş kapsamlıdır. Yeni (2023), toplumsal ayrımcılığın yetersiz bilgi, yanlış kavramlar ve olumsuz tutumlardan kaynaklandığını ve düşük eğitim/gelir, sık nöbetler, başlangıç yaşı, hastalık süresi, depresif semptomlar ve sosyal destek eksikliğinin katkıda bulunan faktörler olduğunu belirtmektedir. Stigma, psikososyal sorunları şiddetlendirmekte ve artan stigmanın artan zorluklarla ilişkili olduğu kısır bir döngüye yol açmaktadır. Bu durum, izolasyona, depresif ruh hali veya psikiyatrik komorbidite olasılığının artmasına ve evlilik, iş, eğitim ve kişisel yaşamda zorluklara neden olmaktadır (Yeni, 2023).

Eşin Stigma Deneyimi: Yakın Stigma ve İkincil Damgalanma

Yakın stigma (courtesy stigma) veya ikincil damgalanma, damgalanan bireyin aile üyeleri ve yakınlarının yaşadığı stigmadır (Hansen et al., 2018; Yousuf et al., 2018). . Epilepsi bağlamında, eşler, ebeveynler ve diğer aile üyeleri, hastanın damgalanması nedeniyle kendileri de damgalanabilmektedir. Lim & Tan (2014), Çin'de aile üyelerinin %76'sının yakın stigma yaşadığını belirtmektedir. Bu yüksek oran, yakın stigmanın yaygınlığını göstermektedir.

Hansen et al. (2018), dirençli epilepside bakım veren yakın stigmatası ve bakım veren yükünü incelemiş ve yakın stigmanın epilepsiyle ilgili öz-stigma ve yükte rolünü araştırmıştır. Çalışma, yakın stigmanın bakım veren yükünü artırdığını ve hastanın öz-stigmatasını etkilediğini göstermiştir.

Hamid et al. (2014), hastaların %16,3'ünün hissedilen stigma yaşadığını, ancak neredeyse yarısının yakın stigma ve koçluk stigmatası yaşadığını bulmuştur. Koçluk stigmatası, ebeveynlerin veya diğer aile üyelerinin hastayı aşırı koruma veya kısıtlama davranışlarını ifade etmektedir. Yaşın 40'ın altında olması, başa

çıkma ve yakın stigma için bir belirleyicidir (Hamid et al., 2014). Ebeveynlerin koçluk stigmatası, hastaların başa çıkmasını etkilemekte olup daha genç epilepsili bireyler ebeveylelerinin koçluğuna daha yatkındır (Hamid et al., 2014).

Bashir et al. (2019), hastaların %16,6'sının pozitif öz-stigmaya sahip olduğunu, yarısının koçluk stigmatası yaşadığını ve %25'inin yakın stigmaya sahip olduğunu bulmuştur. Epilepsili bireylerin üçte biri düşük başa çıkma puanlarına sahiptir ve bu durum öz-stigma ve yakın stigma tarafından güçlü bir şekilde belirlenmektedir (Bashir et al., 2019). Sonuç, ebeveynler ve akrabalarla ilgili stigmanın büyük bir sorun olduğunu vurgulamakta ve farkındalık ve eğitimin yaşam kalitesini iyileştirebileceğini önermektedir

Benson et al. (2016), epilepsiyle yaşayan ailelerin stigma deneyimlerini ve algılarını incelemiş ve aile içi ve aile dışı epilepsiyle ilgili iletişim için sonuçlarını tartışmıştır. Çalışma, epilepsili çocuklar ve ebeveynlerinden nitel veriler kullanarak epilepsiyle ilgili stigmatayı detaylandırmakta ve öz-stigma ve ayrımcılığı bu algılara bağlamaktadır.

Yousuf et al. (2018), epilepsi stigmatasının öz-algılanan (içselleştirilmiş), uygulanan (ayrımcılık) ve yakın stigmatayı (aileyi etkileyen) içerdiğini belirtmektedir. Bilgi eksikliği bir belirleyicidir. Stigma, yaşam kalitesini, benlik saygısını, istihdamı, ilişkileri ve ruh sağlığını etkilemekte, anksiyete ve depresyona yol açmaktadır. Öz-algılanan stigma, uygulanan stigmadan daha yaygındır. Aile üyeleri de stigma nedeniyle duygusal, fiziksel ve ekonomik yükler yaşamaktadır (Yousuf et al., 2018).

Lin & Widiasmoro (2011), epilepsili bireyler ve ailelerin sosyal damgalanma, dışlanma ve reddedilmeyle karşı karşıya kaldığını belirtmektedir. Ebeveynler arasında zayıf bilgi, kısıtlanmış aile aktivitelerine ve artan endişeye yol açabilmektedir. Hasta ve aile

üyesi stigma deneyimleri arasında farklılıklar bulunmakta ve bu farklılıklar genellikle anlayış ve tutumlarla ilişkilidir (Lin & Widiasmoro, 2011).

Özetle, yakın stigma epilepsili bireylerin aile üyeleri ve özellikle eşleri için önemli bir sorundur. Yakın stigma, bakım veren yükünü artırmakta, aile dinamiklerini olumsuz etkilemekte ve evlilik uyumunu azaltmaktadır. Bu nedenle, müdahale stratejilerinin sadece hastayı değil, aynı zamanda aile üyelerini de hedeflemesi gerekmektedir.

Eş Uyumunu, Bilgi Düzeyi ve Stigmanın Kesişimi

Evlilik uyumu, bilgi düzeyi ve stigma arasındaki karşılıklı ilişkiler, epilepsili bireylerin ve eşlerinin psikososyal iyilik halini belirleyen temel dinamikleri oluşturmaktadır. Bu bölümde, üç değişken arasındaki karşılıklı ilişkiler tartışılacak, bilgi düzeyinin stigma azaltmadaki rolü incelenecek, stigmanın evlilik uyumu üzerindeki yordayıcı etkisi ele alınacak ve hasta ile eş arasındaki algı farklılıklarının evlilik dinamiğine yansımaları değerlendirilecektir.

Üç Değişken Arasındaki Karşılıklı İlişkiler

Evlilik uyumu, bilgi düzeyi ve stigma arasında çok yönlü ilişkiler bulunmaktadır. Bu üç değişken, birbirini karşılıklı olarak etkilemekte ve epilepsili bireylerin ve eşlerinin yaşam kalitesini belirlemektedir. Yeni et al. (2018), epilepside bilgi, tutumlar, stigma, anksiyete ve depresyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri yapısal eşitlik modellemesi kullanarak incelemiştir. Bu çalışma, bu değişkenler arasındaki çok yönlü etkileşimleri göstermektedir.

Bilgi düzeyi ve stigma arasındaki ilişki, literatürde tutarlı bir şekilde gösterilmektedir. Düşük bilgi düzeyi, hem içselleştirilmiş stigmatı hem de uygulanan stigmatı artırmaktadır (Kwon et al., 2022). Yeni et al. (2016), algılanan stigma ile epilepsi hakkındaki bilgi ve tutumlar arasındaki ilişkiyi göstermiştir. Ryu et al. (2015),

düşük bilgiye sahip epilepsili ergenlerin daha yüksek algılanan stigma bildirdiğini bulmuştur. Bu bulgular, bilgi düzeyinin stigmatı azaltmada önemli rolünü göstermektedir.

Stigma ve evlilik uyumu arasındaki ilişki de güçlüdür. Riasi et al. (2014), epilepsi stigmatının evlilik durumunu etkilediğini ve uygulanan stigma yaşayan hastaların boşanma olasılığının anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Zouari et al. (2024), hastaların %61'inin damgalandığını hissettiğini ve %26'sının çiftlerin uyum zorlukları yaşadığını bulmuştur. Epilepsi süresi, anksiyete ve depresyon, daha düşük evlilik uyumu puanlarıyla anlamlı şekilde ilişkilidir ve psikiyatrik komorbiditeleri evlilik sıkıntısının ana yordayıcılarıdır (Zouari et al., 2024).

Bilgi düzeyi ve evlilik uyumu arasındaki ilişki daha az doğrudan olmakla birlikte, önemlidir. Mahrer-Imhof et al. (2013), aile üyelerinin yaşam kalitesinin hastanın hastalık bilgisinden etkilendiğini göstermiştir. Yetersiz bilgi düzeyi, nöbet yönetiminde başarısızlığa, tedaviye uyumsuzluğa ve sonuç olarak evlilik ilişkisinde gerginliğe yol açabilmektedir (Mohsen & Ahmed, 2018).

Bu üç değişken arasındaki ilişkiler, çift yönlü ve döngüseldir (Yeni et al., 2018). Örneğin, düşük bilgi düzeyi stigmatı artırmakta, yüksek stigma sosyal izolasyona ve bilgi arama davranışında azalmaya yol açmakta, bu da bilgi düzeyini daha da düşürmektedir (Kwon et al., 2022). Benzer şekilde, yüksek stigma evlilik uyumunu azaltmakta, düşük evlilik uyumu sosyal desteği azaltmakta ve bu da stigmatı artırmaktadır (Wang et al., 2015).

Wang et al. (2015), epilepsili hastaların daha düşük evlilik kalitesi ve daha az aile uyumu bildirdiğini göstermiştir. Aktif epilepsili hastalar daha fazla evlilik uyumsuzluğu yaşamakta ve depresyon ile sosyal destek memnuniyeti evlilik uyumunu yordamaktadır. Aileden gelen duygusal destek, aile uyumunu ve

evlilik kalitesini teşvik ederken, depresyon aile uyumunu olumsuz etkilemektedir (Wang et al., 2015).

Bilgi Düzeyinin Stigma Azaltmadaki Rolü

Bilgi düzeyi, stigmatı azaltmada önemli bir rol oynamaktadır (Chakraborty et al., 2021). Eğitim müdahaleleri, hem toplumsal stigmatı hem de içselleştirilmiş stigmatı azaltmada etkili olabilmektedir. Braga et al. (2020), genel popülasyon, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve epilepsili bireyler arasında eğitim programları ve farkındalık aktivitelerinin tüm stigma ve ayrımcılık türlerini azaltmanın en iyi yolu olduğunu vurgulamaktadır.

Valeta (2017), epilepsi hakkında bilgiyi artırmanın, farkındalığı yükseltmenin ve bozukluk hakkında eğitim vermenin, epilepsiyle ilgili stigmatı ortadan kaldırmaya yönelik önemli bir faktör olduğunu belirtmektedir. Ma (2010), kamu kampanyaları, öz-yardım grupları ve saha görevlilerinden destek gibi temas müdahalelerinin stigmatı azalttığını ve epilepsili insanlar için güveni ve kabulü artırdığını göstermiştir.

Kuramochi et al. (2023), "Epi-school" programının epilepsili bireyler ve yakınları için epilepsi bilgisini önemli ölçüde artırdığını göstermiştir. Ancak, programın öz-stigma, benlik saygısı veya yaşam kalitesinde diğer önemli değişiklikleri belirlemediği not edilmiştir (Kuramochi et al., 2023). Bu bulgu, bilgi artışının tek başına stigmatı azaltmada yeterli olmayabileceğini ve ek müdahale bileşenlerinin gerekli olabileceğini göstermektedir.

Kaur et al. (2023), yoga müdahalesi artı psikoeğitimin (müdahale) sahte yoga terapisi artı psikoeğitime (karşılaştırmacı) kıyasla hissedilen stigmatı önemli ölçüde azalttığını, yaşam kalitesini iyileştirdiğini ve epilepsili yetişkinlerde anksiyete ve bilişsel bozukluğu azalttığını bulmuştur. Bu bulgu, psikoeğitimin diğer müdahale bileşenleriyle birleştirildiğinde stigmatı azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir.

Chakraborty et al. (2021), epilepsi için stigma azaltma müdahalelerini sistematik bir şekilde gözden geçirmiş ve epilepsili bireylere yönelik stigmatı ele almayı ve içselleştirilmiş/hissedilen stigmatla ilgili sonuçları tanımlamıştır. Liu (2022), epilepsiyle ilgili stigmatı azaltmak için dört tür müdahale belirlemiştir: kamu farkındalığı, politik müdahaleler, eğitim müdahaleleri ve epilepsili insanlar, akranları ve bakım verenler için destek müdahaleleri. Bu müdahaleler, yüksek, orta ve düşük gelirli ülkelerde incelenmiş ve stigma ve ayrımcılıkla mücadele etmeyi amaçlamaktadır. İnceleme, bu tür müdahalelerin epilepsili insanların sağlığına, refahına ve yaşam kalitesine önemli ölçüde katkıda bulunduğu sonucuna varmaktadır (Liu, 2022).

Ancak, bilgi düzeyinin stigmatı azaltmadaki rolü karmaşıktır ve her zaman doğrusal değildir. Subedi et al. (2015), bilginin stigma puanlarının açıklanan varyansına çok az katkıda bulunduğunu belirtmektedir. Ryu et al. (2015), düşük bilgiye sahip epilepsili ergenlerin, çok düşük bilgiye sahip olanlara göre daha yüksek algılanan stigma bildirdiğini bulmuştur. Bu bulgu, bilgi düzeyi ile stigma arasındaki ilişkinin doğrusal olmayabileceğini ve diğer faktörlerin (örneğin, bilginin içeriği, kaynağı ve sunuluş şekli) de önemli olabileceğini göstermektedir.

Stigmanın Evlilik Uyumu Üzerindeki Yordayıcı Etkisi

Stigma, evlilik uyumu üzerinde güçlü bir yordayıcı etkiye sahiptir (Kinariwalla & Sen, 2016). Riasi et al. (2014), epilepsi stigmatının evlilik durumunu etkilediğini ve uygulanan stigma yaşayan hastaların boşanma olasılığının anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, stigmanın evlilik istikrarı üzerindeki doğrudan etkisini göstermektedir.

Zouari et al. (2024), hastaların %61'inin damgalandığını hissettiğini ve %26'sının çiftlerin uyum zorlukları yaşadığını bulmuştur. Epilepsi süresi, anksiyete ve depresyon, daha düşük

evlilik uyumu puanlarıyla anlamlı şekilde ilişkilidir ve psikiyatrik komorbiditeleri evlilik sıkıntısının ana yordayıcılarıdır (Zouari et al., 2024). Bu bulgu, stigmanın psikiyatrik komorbidite ile etkileşerek evlilik uyumunu etkilediğini göstermektedir.

Stigmanın evlilik uyumunu etkileme mekanizmaları çeşitlidir (Kinariwalla & Sen, 2016). Birincisi, stigma benlik saygısını azaltmakta ve bu durum bireyin ilişkide kendini değersiz hissetmesine yol açmaktadır (Yousuf et al., 2018). İkincisi, stigma sosyal izolasyona neden olmakta ve çiftin sosyal destek kaynaklarını azaltmaktadır (Wang et al., 2015). Üçüncüsü, stigma hastalığın gizlenmesine yol açmakta ve bu durum eşler arasında güven sorunlarına neden olmaktadır (Wasal , 2019).

Dördüncüsü, stigma iletişim sorunlarına yol açmaktadır. Hastalık hakkında konuşma zorluğu, utanç duygusu ve damgalanma korkusu, eşler arasında açık iletişimi engellemektedir (Benson et al., 2016). Beşincisi, stigma cinsel işlevselliği etkilemektedir. Benlik saygısında azalma, beden imajı sorunları ve damgalanma korkusu, cinsel istekte azalma ve cinsel doyuma azalmaya yol açabilmektedir (Mameniškienė et al., 2017).

Altıncısı, stigma ekonomik sorunlara yol açmaktadır. İstihdam ayrımcılığı, iş kaybı ve ekonomik zorluklar, evlilik ilişkisinde gerginliğe neden olmaktadır (Taylor et al., 2011; Wada et al., 2004). Yedincisi, stigma aile planlaması ve ebeveynlik kararlarını etkilemektedir. Epilepsinin kalıtsallığı hakkındaki endişeler, çocuk sahibi olma kararını etkilemekte ve bu durum çiftler arasında çatışmaya yol açabilmektedir (Kinariwalla & Sen, 2016).

Yakın stigma da evlilik uyumunu etkilemektedir. Hansen et al. (2018), yakın stigmanın bakım veren yükünü artırdığını göstermiştir. Eşin yaşadığı yakın stigma, sosyal izolasyona, utanç duygusuna ve ilişkide gerginliğe yol açabilmektedir. Lim & Tan

(2014), aile üyelerinin de yakın stigma yaşadığını ve bunun ailesel aspirasyonları ve yaşam şanslarını etkilediğini belirtmektedir.

Hasta ve Eş Arasındaki Algı Farklılıklarının Evlilik Dinamiğine Yansıması

Hasta ve eş arasındaki algı farklılıkları, evlilik dinamiklerini önemli ölçüde etkilemektedir (Kinariwalla & Sen, 2016). Bu farklılıklar, hastalığın etkilerinin algılanması, stigma deneyimi, bilgi düzeyi ve başa çıkma stratejileri gibi çeşitli alanlarda ortaya çıkmaktadır.

Stigma deneyiminde de hasta ve eş arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Hastalar içselleştirilmiş stigma yaşarken, eşler yakın stigma deneyimlemektedir. Bu iki stigma türü farklı mekanizmalar aracılığıyla işlemekte ve farklı sonuçlara yol açmaktadır (Hansen et al., 2018; Lim & Tan, 2014). İçselleştirilmiş stigma, hastanın benlik saygısını ve özgüvenini doğrudan etkilemektedir. Yakın stigma ise, eşin sosyal kimliğini ve sosyal ilişkilerini etkilemektedir (Hansen et al., 2018; Lim & Tan, 2014).

Bilgi düzeyi farklılıkları da evlilik dinamiklerini etkilemektedir. Mahrer-Imhof et al. (2013), aile üyelerinin yaşam kalitesinin hastanın hastalık bilgisinden etkilendiğini göstermiştir. Bir tarafın diğerinden daha fazla bilgiye sahip olması, güç dengesizliğine ve yanlış anlamalara neden olabilmektedir (Benson et al., 2016). Ayrıca, bilgi düzeyi farklılıkları, hastalık yönetimi konusunda çatışmalara yol açabilmektedir.

Başa çıkma stratejileri de hasta ve eş arasında farklılık gösterebilmektedir (Ellis et al., 2000). Bazı hastalar hastalıklarını gizlemeyi tercih ederken, bazı eşler açık iletişimi tercih edebilmektedir. Bu farklı başa çıkma stratejileri, ilişkide gerginliğe yol açabilmektedir (Senthil, 2016). Wasal (2019), epilepsili hastaların genellikle hastalıklarını potansiyel evlilik partnerlerinden

gizlediklerini ve bu gizlemenin evlilik uyumsuzluğuna yol açtığını belirtmektedir.

Rol beklentileri de hasta ve eş arasında farklılık gösterebilmektedir (Mahrer-Imhof et al., 2013). Hasta, bağımsızlığını korumak isterken, eş koruyucu bir rol üstlenmek isteyebilmektedir. Bu farklı beklentiler, çatışmalara yol açabilmektedir. Hamid et al. (2014), ebeveynlerin koçluk stigmatının hastaların başa çıkmasını etkilediğini belirtmektedir. Benzer şekilde, eşin aşırı koruyucu davranışları, hastanın özerkliğini tehdit edebilmekte ve ilişkide gerginliğe yol açabilmektedir.

Duygusal tepkiler de hasta ve eş arasında farklılık gösterebilmektedir. Hasta, hastalığı nedeniyle suçluluk, utanç ve öfke hissedebilirken, eş endişe, korku ve hayal kırıklığı hissedebilmektedir (Ellis et al., 2000; Senthil, 2016). Bu farklı duygusal tepkiler, eşler arasında duygusal mesafeye yol açabilmektedir.

Sonuç olarak, hasta ve eş arasındaki algı farklılıkları, evlilik dinamiklerini çok yönlü olarak etkilemektedir. Bu farklılıkların anlaşılması ve ele alınması, evlilik uyumunu iyileştirmek için kritik öneme sahiptir. Çift odaklı müdahaleler, bu farklılıkları ele almada ve eşler arasında karşılıklı anlayışı artırmada etkili olabilmektedir (Chakraborty et al., 2021; Kinariwalla & Sen, 2016).

Müdahale ve Destek Yaklaşımları

Epilepsi yönetiminde tıbbi tedavi tek başına yeterli olmayıp; psikoeğitim, stigma ile mücadele ve çift odaklı terapötik yaklaşımlar gibi psikososyal müdahaleler, hasta ve eşinin yaşam kalitesini ve evlilik uyumunu iyileştirmede kritik bir rol oynamaktadır. Bu bölümde, psikoeğitim programları ve eş destek modelleri, stigma ile mücadelede bireysel ve toplumsal stratejiler ile çift odaklı terapötik yaklaşımlar ele alınacaktır.

Psikoeğitim Programları ve Eş Destek Modelleri

Psikoeğitim programları, epilepsili bireyler ve aileleri için en yaygın kullanılan müdahale yaklaşımlarından biridir (May & Pfäfflin, 2005). Bu programlar, hastalık hakkında bilgi sağlamanın yanı sıra, başa çıkma becerileri, problem çözme stratejileri ve sosyal destek sunmaktadır. May & Pfäfflin (2005), psikoeğitim programlarının epilepsiyle ilgili bilgiyi, nöbet yönetimini iyileştirmeyi ve yanlış bilgileri azaltmayı amaçladığını belirtmektedir. Programlar ayrıca hastaları ve aileleri destekleyebilmekte, bazen nöbet sıklığını azaltabilmekte ve antiepileptik ilaç uyumunu iyileştirebilmektedir (May & Pfäfflin, 2005).

Kuramochi et al. (2020), Japonya'da epilepsili hastalar ve yakınları için "Epi-school" grup psikososyal eğitim programının pilot çalışmasını gerçekleştirmiştir. Program, hasta bilgisini, nöbet öz-yeterliliğini ve yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Aile üyeleri için de epilepsiyle ilgili puanlar ölçülmektedir (Kuramochi et al., 2020). Kuramochi et al. (2023), "Epi-school" programının devamı olarak bir günlük psikososyal eğitim programını değerlendirmiş ve programın epilepsili bireyler ve yakınları için epilepsi bilgisini önemli ölçüde artırdığını göstermiştir. Program %100 tamamlanma oranı elde etmiş ve epilepsili bireyler arasında etkileşimi kolaylaştırmıştır (Kuramochi et al., 2023).

Olley et al. (2001), Nijeryalı yetişkin epilepsi hastaları arasında psiko-eğitim terapisini kontrollü bir sonuç çalışması olarak kullanmıştır. Çalışma, epilepsiye pozitif bir uyum sağlamaya odaklanan bir psiko-eğitim paketi geliştirmiştir.

Kaçan & Sakız (2025), epilepsili çocukların bakım verenleri için bir psikoeğitimin bakım veren yükü, içselleştirilmiş stigma, anksiyete ve başa çıkma üzerindeki etkisini incelemiştir. Müdahale, özellikle stigma azaltmayı bir sonuç olarak hedeflemiştir. Balouchi et al. (2021), epilepsili çocukların bakım verenlerinde psiko-eğitim programının etkinliğini değerlendirmiştir. Deney grubu, haftada iki kez 8-9 üyeli gruplarda sekiz 90 dakikalık oturum almıştır. Kontrol grubu, problem paylaşımı için üç oturuma katılmıştır. Müdahale, deney grubunda program sonrası bakım veren yükünü önemli ölçüde azaltmış, kontrol grubu ise zaman içinde yükte önemli bir artış göstermemiştir (Balouchi et al., 2021).

Eş destek modelleri, epilepsili bireylerin eşlerini müdahale sürecine aktif olarak dahil etmektedir. Wasal (2019), epilepsi uzmanı toplum çalışanlarının epilepsili insanlara, ailelerine ve topluma bilgi, empatik dinleme, uyumu teşvik etme ve destek sağlayabileceğini belirtmektedir. Ayrıca, benlik saygısını ve güveni artırmak için temasları ve öz-yardım gruplarını kolaylaştırabilirler. Bu müdahaleler, bireyleri güçlendirmeyi, epilepsi hakkında doğru bilgi sağlamayı ve evli yaşamda denge sağlamaya yardımcı olmayı amaçlamaktadır (Wasal, 2019).

Stigma ile Mücadelede Bireysel ve Toplumsal Stratejiler

Stigma ile mücadele, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde stratejiler gerektirmektedir (Chakraborty et al., 2021). Bireysel düzeyde, psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi ve destek grupları etkili olabilmektedir. Kaur et al. (2023), yoga müdahalesi artı psikoeğitimin hissedilen stigmatı önemli ölçüde azalttığını, yaşam kalitesini iyileştirdiğini ve epilepsili yetişkinlerde anksiyete ve bilişsel bozukluğu azalttığını bulmuştur. Müdahale grubunda ayrıca nöbet azalması ve remisyon olasılığı daha yüksektir (Kaur et al., 2023).

Kuramochi et al. (2023), destek gruplarının izolasyon ve anksiyete duygularını azalttığını, öz-kabulü teşvik ettiğini ve öz-stigmayı azalttığını belirtmektedir. Destek grupları, deneyim paylaşımı, duygusal destek ve pratik bilgi sağlamaktadır. Ayrıca, destek grupları bireylerin hastalıklarını kabul etmelerine ve damgalanma korkusunu azaltmalarına yardımcı olmaktadır.

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), içselleştirilmiş stigmatı azaltmada etkili olabilmektedir. BDT, bireylerin olumsuz otomatik düşüncelerini tanımlamalarına ve bu düşünceleri daha gerçekçi ve işlevsel düşüncelerle değiştirmelerine yardımcı olmaktadır (Demir et al., 2024). Ayrıca, BDT başa çıkma becerilerini geliştirmekte ve benlik saygısını artırmaktadır (Corrigan et al., 2016).

Toplumsal düzeyde, kamu farkındalık kampanyaları, eğitim programları ve politik müdahaleler etkili olabilmektedir (Braga et al., 2020). Braga et al. (2020), genel popülasyon, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve epilepsili bireyler arasında eğitim programları ve farkındalık aktivitelerinin tüm stigma ve ayrımcılık türlerini azaltmanın en iyi yolu olduğunu vurgulamaktadır. Örgütler, halk sağlığı yöneticileri, sağlık hizmeti sağlayıcıları, epilepsili bireyler ve ailelerin konsolide çabaları, epilepsili bireyler için sosyalleşmeyi ve yaşam kalitesini iyileştirmek için gereklidir (Braga et al., 2020).

Hill (2010), epilepsi stigmatını aşmada temas müdahalelerini tartışmaktadır. Temel yaklaşımlar, çeşitli medya (eğitim kurumları, okullar, işyerleri, radyo, TV, web siteleri) aracılığıyla kamu kampanyalarını, ebeveynler, gençler ve aileler için öz-yardım gruplarını ve saha görevlilerinden desteği içermektedir. Bu müdahaleler, eşit statü teması oluşturmayı, karşılıklı bağımlılığı teşvik etmeyi ve stereotipleri çürütmeyi amaçlamaktadır. Sonuçlar, azaltılmış stigma, artan güven ve epilepsili insanlar için kabul içermektedir (Hill, 2010).

Liu (2022), epilepsiyle ilgili stigmatı azaltmak için dört tür müdahale belirlemiştir: kamu farkındalığı, politik müdahaleler, eğitim müdahaleleri ve epilepsili insanlar, akranları ve bakım verenler için destek müdahaleleri. Bu müdahaleler, yüksek, orta ve düşük gelirli ülkelerde incelenmiş ve stigma ve ayrımcılıkla mücadele etmeyi amaçlamaktadır. İnceleme, bu tür müdahalelerin epilepsili insanların sağlığına, refahına ve yaşam kalitesine önemli ölçüde katkıda bulunduğu sonucuna varmaktadır (Liu, 2022).

Medya kampanyaları, epilepsi hakkında doğru bilgi sağlamak ve yanlış inançları düzeltmektedir (Braga et al., 2020; Hill, 2010). Okul tabanlı programlar, çocuklar ve gençler arasında epilepsi farkındalığını artırmakta ve damgalanmayı azaltmaktadır (Braga et al., 2020). İşyeri eğitim programları, işverenlerin ve çalışanların epilepsi hakkındaki bilgisini artırmakta ve istihdam ayrımcılığını azaltmaktadır (Kwon et al., 2022).

Politik müdahaleler, epilepsili bireylerin haklarını korumakta ve ayrımcılığı önlemektedir (Liu, 2022). Ayrımcılık karşıtı yasalar, istihdam, eğitim ve diğer alanlarda epilepsili bireylerin haklarını güvence altına almaktadır (Braga et al., 2020). Sağlık politikaları, epilepsi tedavisine erişimi iyileştirmekte ve tedavi maliyetlerini azaltmaktadır (Meyer et al., 2010).

Çift Odaklı Terapötik Yaklaşımlar

Çift odaklı terapötik yaklaşımlar, epilepsili bireylerin ve eşlerinin birlikte müdahale sürecine dahil edilmesini içermektedir (Kinariwalla & Sen, 2016). Bu yaklaşımlar, evlilik uyumunu iyileştirmeyi, iletişim becerilerini geliştirmeyi ve çiftin hastalıkla birlikte başa çıkma kapasitesini artırmayı amaçlamaktadır.

Çift terapisi, eşler arasındaki iletişimi iyileştirmekte ve çatışma çözme becerilerini geliştirmektedir (Kinariwalla & Sen, 2016). Terapi, eşlerin birbirlerinin deneyimlerini anlamalarına,

duygusal yakınlığı artırmalarına ve ortak başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (Ellis et al., 2000). Ayrıca, terapi cinsel sorunları ele almakta ve cinsel doyumunu artırmaktadır (Mameniškienė et al., 2017).

Aile sistemleri terapisi, epilepsiyi daha geniş bir aile sistemi içinde ele almakta ve aile dinamiklerini iyileştirmeyi amaçlamaktadır (Ellis et al., 2000). Terapi, aile üyeleri arasındaki etkileşimleri incelemekte ve işlevsel olmayan kalıpları değiştirmektedir. Ayrıca, terapi aile üyelerinin hastalığı anlamalarına ve destekleyici bir aile ortamı oluşturmalarına yardımcı olmaktadır.

George et al. (2024), epilepsili hastalar arasında yaşam kalitesi ve ilişkili faktörler üzerinde aile merkezli müdahaleyi incelemiştir. İleriye dönük müdahaleci çalışma, hastalara ve bakım verenlere epilepsi hakkında eğitim sağlayarak aile merkezli müdahale kullanmıştır. Müdahale üç aşamada sunulmuş ve üç noktada değerlendirmeler yapılmıştır. Sonuçlar, uyum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşme göstermiştir. Anksiyete puanları başlangıçta azalmış ve ardından sabit kalmış, depresyon puanları ise önemli bir fark göstermemiştir. Çalışma, hastaları ve bakım verenleri güçlendirmeye odaklanmıştır (George et al., 2024).

Çift odaklı psikoeğitim programları, hem hastayı hem de eş eğitim sürecine dahil etmektedir (Kinariwalla & Sen, 2016). Bu programlar, hastalık hakkında bilgi sağlamanın yanı sıra, çiftin birlikte başa çıkma stratejileri geliştirmesine yardımcı olmaktadır. Kuramochi et al. (2020, 2023), "Epi-school" programının hem hastaları hem de yakınları hedeflediğini ve her iki grup için de bilgiyi artırdığını göstermiştir.

Çift odaklı müdahaleler, hasta ve eş arasındaki algı farklılıklarını ele almada özellikle etkili olabilmektedir (Kinariwalla & Sen, 2016). Müdahaleler, eşlerin birbirlerinin deneyimlerini anlamalarına, farklı bakış açılarını kabul etmelerine ve ortak bir

anlayış geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Ayrıca, müdahaleler eşlerin birlikte karar vermelerini ve hastalık yönetiminde işbirliği yapmalarını teşvik etmektedir (Ellis et al., 2000).

Sonuç ve Öneriler

Bu bölümde, epilepsili hasta ve eşlerinin evlilik uyumu, bilgi düzeyi ve stigma algılarına ilişkin kapsamlı literatür taramasından elde edilen bulgular ışığında, klinik uygulamaya ve gelecek araştırmalara yönelik öneriler sunulmaktadır.

Klinik Uygulamaya Yönelik Öneriler

Epilepsili hasta ve eşlerinin evlilik uyumu, bilgi düzeyi ve stigma algılarına yönelik kapsamlı literatür taraması, klinik uygulamada önemli sonuçlara sahiptir. Birinci öneri, epilepsi bakımının sadece tıbbi tedaviyi değil, aynı zamanda psikososyal müdahaleleri de içeren bütüncül bir yaklaşım benimsemesidir (Ellis et al., 2000; Elliott & Richardson, 2014). Klinisyenler, hastaların ve ailelerinin psikososyal ihtiyaçlarını sistematik olarak değerlendirmeli ve uygun müdahaleleri sunmalıdır.

İkinci öneri, evlilik uyumunun rutin olarak değerlendirilmesidir. Klinisyenler, epilepsili hastaların evlilik durumunu, evlilik kalitesini ve ilişki sorunlarını sorgulamalı ve gerektiğinde çift terapisi veya aile terapisi için yönlendirme yapmalıdır (Kinariwalla ve Sen, 2016). Özellikle, yeni tanı konmuş hastalarda, nöbet kontrolünde zorluk yaşıyan hastalarda ve psikiyatrik komorbidite olan hastalarda evlilik uyumu değerlendirilmelidir.

Üçüncü öneri, hasta ve eş için kapsamlı psikoeğitim programlarının sunulmasıdır. Bu programlar, hastalık hakkında tıbbi bilgi, pratik yönetim stratejileri ve psikososyal başa çıkma becerileri sağlamalıdır (May & Pfäfflin, 2005; Kuramochi et al., 2020, 2023). Psikoeğitim, hem bireysel hem de grup formatında sunulabilir ve

hem hastayı hem de eşı içermelidir. Programlar, kültürel olarak uygun olmalı ve katılımcıların eğitim düzeyine göre uyarlanmalıdır.

Dördüncü öneri, stigma ile mücadelenin klinik bakımın ayrılmaz bir parçası olmasıdır. Klinisyenler, hastaların ve ailelerinin stigma deneyimlerini değerlendirmeli ve stigma azaltma stratejileri sunmalıdır. Bu stratejiler, bilişsel davranışçı terapi, destek grupları ve toplum farkındalık programlarını içerebilir (Kaur et al., 2023; Kuramochi et al., 2023; Demir et al., 2024). Özellikle, içselleştirilmiş stigma ve yakın stigma ele alınmalıdır.

Beşinci öneri, çift odaklı müdahalelerin geliştirilmesi ve uygulanmasıdır. Bu müdahaleler, hasta ve eş arasındaki iletişimi iyileştirmeli, algı farklılıklarını ele almalı ve ortak başa çıkma stratejileri geliştirmelidir (Kinariwalla & Sen, 2016; George et al., 2024). Çift terapisi, özellikle evlilik uyumunda zorluk yaşayan çiftler için önerilmektedir.

Altıncı öneri, multidisipliner ekip yaklaşımının benimsenmesidir. Epilepsi bakımı, nörologlar, epilepsi hemşireleri, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve diğer sağlık profesyonellerini içeren bir ekip tarafından sağlanmalıdır (Braga et al., 2020). Bu ekip, hastaların ve ailelerinin tıbbi, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını kapsamlı bir şekilde ele almalıdır.

Yedinci öneri, eşlerin bakım veren yükünün değerlendirilmesi ve desteklenmesidir. Eşler, bakım verici rolünde önemli yük yaşayabilmekte ve bu yük evlilik uyumunu olumsuz etkilemektedir (Senthil, 2016; Hansen et al., 2018). Klinisyenler, eşlerin yükünü değerlendirmeli ve uygun destek hizmetleri (örneğin, geçici bakım, destek grupları, psikolojik danışmanlık) sunmalıdır.

Sekizinci öneri, kültürel faktörlerin dikkate alınmasıdır. Epilepsi stigmatası ve evlilik uyumu, kültürel bağlamdan önemli ölçüde etkilenmektedir (Babiker et al., 2021; Kajumba et al., 2025). Klinisyenler, hastaların ve ailelerinin kültürel inançlarını, değerlerini

ve uygulamalarını anlamalı ve müdahaleleri bu bağlama göre uyarlamalıdır.

Dokuzuncu öneri, dijital sağlık teknolojilerinin kullanılmasıdır. Yapay zeka destekli sohbet robotları, mobil uygulamalar ve çevrimiçi eğitim kaynakları, epilepsi eğitimi ve destek sağlamada etkili olabilmektedir (Kuramochi et al., 2025; Sayik et al., 2025). Bu teknolojiler, özellikle sağlık hizmetlerine erişimi sınırlı olan bölgelerde yararlı olabilir.

Onuncu öneri, erken müdahalenin önceliklendirilmesidir. Epilepsi tanısı konduğunda, hasta ve aile için hemen psikoeğitim ve destek sağlanmalıdır. Erken müdahale, bilgi eksikliğini, stigmatı ve evlilik sorunlarını önlemede daha etkili olabilmektedir (May & Pfäfflin, 2005).

Gelecek Araştırmalar İçin Öneriler

Mevcut literatür, epilepsili hasta ve eşlerinin evlilik uyumu, bilgi düzeyi ve stigma algıları hakkında önemli bilgiler sağlamakla birlikte, önemli boşluklar ve sınırlılıklar bulunmaktadır. Gelecek araştırmalar için çeşitli öneriler sunulabilir.

Birinci öneri, hasta ve eş arasındaki algı farklılıklarını sistematik olarak inceleyen çalışmaların yapılmasıdır. Mevcut çalışmaların çoğu, sadece hastalardan veya sadece aile üyelerinden veri toplamaktadır (Ellis et al., 2000). Gelecek araştırmalar, çiftlerin her iki üyesinden de veri toplamalı ve algı farklılıklarının evlilik uyumu üzerindeki etkilerini incelemelidir. Özellikle, hasta ve eşin hastalığın etkilerini, stigmatı ve başa çıkma stratejilerini nasıl farklı algıladıkları ve bu farklılıkların evlilik dinamiklerine nasıl yansıdığı araştırılmalıdır.

İkinci öneri, evlilik uyumu, bilgi düzeyi ve stigma arasındaki nedensel ilişkileri inceleyen boylamsal çalışmaların yapılmasıdır. Mevcut çalışmaların çoğu kesitsel tasarıma sahiptir ve nedensel

ilişkileri belirlemede sınırlıdır. Boylamsal çalışmalar, bu değişkenler arasındaki karşılıklı etkileşimleri ve zaman içindeki değişimleri daha iyi anlamamızı sağlayacaktır (Yeni et al., 2018). Özellikle, bilgi düzeyinin stigmatı nasıl etkilediği ve stigmanın evlilik uyumunu nasıl etkilediği boylamsal olarak incelenmelidir.

Üçüncü öneri, çift odaklı müdahalelerin etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü çalışmaların yapılmasıdır. Mevcut literatürde, çift odaklı müdahaleler hakkında sınırlı ampirik kanıt bulunmaktadır (Chakraborty et al., 2021). Gelecek araştırmalar, çift terapisi, çift odaklı psikoeğitim ve aile sistemleri terapisi gibi müdahalelerin evlilik uyumu, bilgi düzeyi ve stigma üzerindeki etkilerini randomize kontrollü tasarımlarla değerlendirmelidir.

Dördüncü öneri, kültürel faktörlerin rolünü inceleyen çalışmaların yapılmasıdır. Epilepsi stigmatı ve evlilik uyumu, kültürel bağlamdan önemli ölçüde etkilenmektedir, ancak bu faktörlerin nasıl işlediği yeterince anlaşılmamıştır (Kwon et al., 2022). Gelecek araştırmalar, farklı kültürel bağlamlarda epilepsi deneyimlerini incelemeli ve kültürel olarak uygun müdahaleler geliştirmelidir.

Beşinci öneri, yakın stigmanın mekanizmalarını ve etkilerini inceleyen çalışmaların yapılmasıdır. Yakın stigma, epilepsili bireylerin eşleri ve aile üyeleri için önemli bir sorun olmakla birlikte, bu konuda sınırlı araştırma bulunmaktadır (Hansen et al., 2018). Gelecek araştırmalar, yakın stigmanın nasıl ortaya çıktığını, hangi faktörlerin yakın stigmatı artırdığını ve yakın stigmanın eşlerin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerindeki etkilerini incelemelidir.

Altıncı öneri, cinsiyet farklılıklarını inceleyen çalışmaların yapılmasıdır. Mevcut literatür, epilepsili kadınların erkeklere göre daha fazla evlilik zorluğu yaşadığını göstermektedir (Riasi et al., 2014; Sharon, 2011). Ancak, bu farklılıkların altında yatan

mekanizmalar yeterince anlaşılmamıştır. Gelecek araştırmalar, cinsiyet farklılıklarını sistematik olarak incelemeli ve cinsiyete özgü müdahaleler geliştirmelidir.

Yedinci öneri, dijital sağlık müdahalelerinin etkinliğini değerlendiren çalışmaların yapılmasıdır. Yapay zeka destekli sohbet robotları, mobil uygulamalar ve çevrimiçi eğitim kaynakları, epilepsi eğitimi ve destek sağlamada umut verici olabilmektedir (Kuramochi et al., 2025; Sayık et al., 2025). Gelecek araştırmalar, bu dijital müdahalelerin etkinliğini, kabul edilebilirliğini ve maliyet-etkinliğini değerlendirmelidir.

Sekizinci öneri, epilepsi alt tiplerinin evlilik uyumu üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmaların yapılmasıdır. Farklı epilepsi tipleri (fokal vs. jeneralize, kontrollü vs. dirençli) evlilik uyumunu farklı şekilde etkileyebilmektedir (Chen et al., 2013). Gelecek araştırmalar, epilepsi alt tiplerinin evlilik uyumu, bilgi düzeyi ve stigma üzerindeki farklı etkilerini incelemelidir.

Dokuzuncu öneri, ekonomik faktörlerin rolünü inceleyen çalışmaların yapılmasıdır. Ekonomik zorluklar, epilepsili bireylerin ve ailelerinin yaşam kalitesini ve evlilik uyumunu önemli ölçüde etkilemektedir (Taylor et al., 2011). Gelecek araştırmalar, ekonomik faktörlerin evlilik uyumu üzerindeki etkilerini ve ekonomik destek programlarının etkinliğini incelemelidir.

Onuncu öneri, müdahale mekanizmalarını inceleyen çalışmaların yapılmasıdır. Mevcut literatür, çeşitli müdahalelerin etkili olduğunu göstermektedir, ancak bu müdahalelerin nasıl çalıştığı yeterince anlaşılmamıştır. Gelecek araştırmalar, müdahale mekanizmalarını (örneğin, bilgi artışı, stigma azalması, başa çıkma becerilerinin gelişmesi) incelemeli ve hangi müdahale bileşenlerinin en etkili olduğunu belirlemelidir.

Sonuç olarak, epilepsili hasta ve eşlerinin evlilik uyumu, bilgi düzeyi ve stigma algıları çok boyutlu bir konudur. Bu bölümde

sunulan kapsamlı literatür taraması, bu alandaki mevcut bilgiyi özetlemekte ve klinik uygulama ve gelecek araştırmalar için önemli öneriler sunmaktadır. Epilepsili bireylerin ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştirmek için, bütüncül, kanıta dayalı ve kültürel olarak uygun müdahalelerin geliştirilmesi ve uygulanması gerekmektedir.

Kaynakça

Nugraha Agung, R., Kariasa, I. M., Masfuri, M., Sofiani, Y., & Rahim Kamil, A. (2022). Factors affecting the quality of life of epilepsy patients. *KnE Life Sciences*, 7(2), 447–459. <https://doi.org/10.18502/kl.v7i2.10340>

Andualem, F., Melkam, M., Tadesse, G., Nakie, G., Tinsae, T., Fentahun, S. et al. (2024). Quality of life and associated factors among people with epilepsy in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19018-3>

Atadzhanov, M., Haworth, A., Chomba, E., N., Mbewe, E., K., & Birbeck, G., L., (2010). Epilepsy-associated stigma in Zambia: What factors predict greater felt stigma in a highly stigmatized population? *Epilepsy & Behavior*, 19(2), 414-418. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20851056/>

Austin, J., K., Perkins, S., M., & Dunn, D., W. (2014). A model for internalized stigma in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 36, 74-79. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.04.020>

Babiker, I., Saad, A., Ibrahim, B., & Abdelsadig, M. (2021). Challenges related to epilepsy management in sudan, an example of low-middle income country. In epilepsy - update on classification, etiologies, instrumental diagnosis and treatment. *IntechOpen*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.93907>

Balouchi, Z., Pahlavanzadeh, S. & Alimohammadi, N. (2021). Efficacy of psycho-educational program on burden of caregivers of children with epilepsy: A clinical trial. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 10(2), e119961. <https://doi.org/10.5812/msnj.119961>

Bashir, M., B., A., Abdalla, S., M., Nkfusai, N., C., Nsai, F., S., Cumber, R., Y., Tsoka-Gwegweni, J., M., at al. (2019). Stigma on epileptic patients attending the outpatient clinic of Soba University Hospital and the National Center for Neurological Science (NCNS) Khartoum, Sudan. *The Pan African Medical Journal*, 32, 93. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.32.93.17511>

Beghi, E. (2020). The Epidemiology of Epilepsy. *Neuroepidemiology*, 54(2), 185–191. <https://doi.org/10.1159/000503831>

Benson, A., O'Toole, S., Lambert, V., Gallagher, P., Shahwan, A., & Austin, J., K. (2016). The stigma experiences and perceptions of families living with epilepsy: Implications for epilepsy-related communication within and

external to the family unit. *Patient Education and Counseling*, 99(9), 1473-1481. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27427482/>

Braga, P., Hosny, H., Kakooza-Mwesige, A., Rider, F., Tripathi, M., & Guekht T. (2020). How to understand and address the cultural aspects and consequences of diagnosis of epilepsy, including stigma. *Epileptic Disorders*, 22(S1), 531-538. <https://doi.org/10.1684/epd.2020.1201>

Chakraborty, P., Sanchez, N., A., Kaddumukasa, M., Kajumba, M., Kakooza-Mwesige, A., Van Noord, M., et al. (2021). Stigma reduction interventions for epilepsy: A systematized literature review. *Epilepsy & behavior: E&B*, 114(PtB), 107381. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107381>

Chen, J., Zhang, Y., Hong, Z., Sander, J., W., & Zhou, D. (2013). Marital adjustment for patients with epilepsy in China. *Epilepsy & Behavior : E&B*, 28(1), 99–103. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.03.027>

Corrigan, F. M., Broome, H., & Dorris, L. (2016). A systematic review of psychosocial interventions for children and young people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior: E&B*, 56, 99–112. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.01.005>

Deli, A., Kinariwalla, N., Calvello, C., Capelli, V., Neale, M., Henderson, R., et al. (2019). An evaluation of the psychosocial impact of epilepsy on marriage in the United Kingdom. *Epilepsy & Behavior : E&B*, 94, 204–208. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.03.012>

Demir, Ö., Sertel Berk, Ö. (2025) Examining Psychological Group Interventions for Adult Epilepsy Patients: A Systematic Review. *Arch Neuropsychiatry*, 62(2), 185–194. <https://doi.org/10.29399/npa.28754>

Elliott, J., O., & Richardson, V., E. (2014). The biopsychosocial model and quality of life in persons with active epilepsy. *Epilepsy & Behavior : E&B*, 41, 55–65. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.09.035>

Ellis, N., Upton, D., & Thompson, P. (2000). Epilepsy and the family: A review of current literature. *Seizure*, 9(1), 22-30. <https://doi.org/10.1053/seiz.1999.0353>

Fiest, K. M., Birbeck, G.L., Jacoby, A., & Jette, N. (2014). Stigma in epilepsy. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 14(5), 444. <https://doi.org/10.1007/s11910-014-0444-x>

Fiest, K., M., Sauro, K., M., Wiebe, S., Patten, S., B., Kwon, C., S. & Dykeman, J., (2017). Prevalence and incidence of epilepsy: A systematic review
--73--

and meta-analysis of international studies. *Neurology*, 88(3), 296–303. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000003509>

Fisher, R. S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, J. H., Elger, C., E. et al. (2014). ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4), 475–482. <https://doi.org/10.1111/epi.12550>

Gadhvi, L., Jain, S. & Jain, K. (2022). Knowledge, attitude & practices related to epilepsy among parents of epileptic children attending selected hospital in Ahmedabad city, Gujarat. *Healthline*, 13(3), 250-254. https://doi.org/10.51957/healthline_372_2022

George, A., Suhan, F., Sabu, A., Thomas, V., Rasheed, K., A. (2024). Family centered intervention on quality of life and associated factors among patient with epilepsy. *IJPRA*, 9(5), 741-750. <https://doi.org/10.35629/4494-0905741750>

Hansen, B., Szaflarski, M., Bebin, E. M., & Szaflarski, J. P. (2018). Affiliate stigma and caregiver burden in intractable epilepsy. *Epilepsy & Behavior: E&B*, 85, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.05.028>

Kaçan, H. & Sakız, H. (2025), Impact of a psychoeducation on caregiver burden, internalized stigma, anxiety, and coping in caregivers of children with epilepsy: A randomized pilot study. *Nurs Health Sci.*, 27(1), e70095. <https://doi.org/10.1111/nhs.70095>

Kajumba, M., M., Njenu, P., Mason, A., Ramasubramanian, P., Tebulwa, B., Mwesige, A., K. et al. (2025). Adolescents' perspectives on health literacy interventions for reducing epilepsy misconceptions and stigma, and enhancing epilepsy management in Uganda. *BMC Psychology*, 13(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03030-2>

Kaur, K., Sharma, G., Dwivedi, R., Nehra, A., Parajuli, N., Upadhyay, A. et al. (2023). Effectiveness of yoga intervention in reducing felt stigma in adults with epilepsy: A randomized controlled trial. *Neurology*, 100(17 Supplement 2), 1-2. <https://doi.org/10.1212/wnl.00000000000207944>

Kaye, M., A. (2021). Pediatric epilepsy and psychoeducational interventions: A review of the literature. *Epilepsy & Behavior*, 121, 108084. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34107404/>

Kinariwalla, N., & Sen, A. (2016). The psychosocial impact of epilepsy on marriage: A narrative review. *Epilepsy & Behavior*, 63, 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.07.026>

Kuramochi, I., Oga, K., Iwayama, T., Miyawaki, Y., Ishihara, T., Kobayashi, S., & Yoshimasu, H. (2020). Pilot trial of "Epi-school" group psychosocial education program for patients with epilepsy and their relatives in Japan. *Epilepsy & Behavior : E&B*, 113, 107545. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107545>

Kuramochi, I., Iwayama, T., Shimotsu, S. (2023). How can we provide lifelong support for people with epilepsy to reduce their self-stigma? In *Epilepsy-Seizures Without Triggers*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.112136>

Kuramochi, I., Oga, K., Lwayma, T., Ishihara T., Kobayashi, S., Yosh, Masu, H. et al. (2023). One-day psychosocial education program for people with epilepsy: A continuation study of the "Epi-school". *Heliyon*, 9(8), e19311. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19311>

Kuramochi, I., Oba, R., Nozawa, N., Ishihara, T., Oga, K., Iwayama, T., et al. (2025). Evaluating the impact of an AI-powered chatbot on epilepsy education and stigma reduction: A pre-post intervention study using EpiloBot. *Epilepsia Open*, 10(1), e70095. <https://doi.org/10.1002/epi4.70095>

Kwon, C. S., Jacoby, A., Ali, A., Austin, J., Birbeck, G., L., Braga, P. et al.(2022). Systematic review of frequency of felt and enacted stigma in epilepsy and determining factors and attitudes toward persons living with epilepsy—Report from the International League Against Epilepsy Task Force on Stigma in Epilepsy. *Epilepsia*, 63(3), 573-597. <https://doi.org/10.1111/epi.17135>

Lim, K. S. & Tan, C. T., (2014). Epilepsy stigma in Asia: The meaning and impact of stigma. *Neurology Asia*, 19(Suppl 1), 1-10.

Lin, L., P. & Widiasmoro, N., S. (2011). Awareness, knowledge and attitudes towards epilepsy: a review of a decade's research between 2000 and 2010. *AJNS*, 30(1), 349-365.

Liu, J. (2022). Como reduzir o estigma em relação às pessoas com epilepsia? Doctoral dissertation. <https://doi.org/10.29327/5136291>

Hamid, O., Taha, M., A., O., Balla, S., A., Hussien, A. (2013) Stigma of epilepsy among patients and their relatives attending charity clinic, Omdurman-

Sudan. *Journal of the Neurological Sciences*, 333(Supplement 1), E61-62.
<https://doi.org/10.1016/j.jns.2013.07.218>

Hills, M. (2010). Overcoming the stigma of epilepsy. *Neurology Asia*, 15(Supplement 1) 21-24. https://www.neurology-asia.org/articles/20103_021.pdf

Maduakor-Ugo, A., C. (2014). Effect of education on stigma of epilepsy in South Eastern Nigeria Doctoral dissertation.

Mahrer-Imhof, R., Jaggi, S., Bonomo, A., Hediger, H., Eggenschwiler, P., Krämer, G., & Oberholzer, E. (2013). Quality of life in adult patients with epilepsy and their family members. *Seizure*, 22(2), 128–135.
<https://doi.org/10.1016/j.seizure.2012.11.012>

Mameniškienė, R., Guk, J., & Jatužis, D. (2017). Family and sexual life in people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior: E&B*, 66, 39-44.
[doi:10.1016/j.yebeh.2016.10.012](https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.10.012)

May, T. W., & Pfäfflin, M. (2005). Psychoeducational programs for patients with epilepsy. *Disease Management & Health Outcomes*, 13(3), 185-199.
<https://doi.org/10.2165/00115677-200513030-00004>

Mesafint, G., Shumet, S., Habtamu, Y., Fanta, T., Molla G., (2020). Quality of life and associated factors among patients with epilepsy attending outpatient department of Saint Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2019. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 2021-2031.
<https://doi.org/10.2147/jmdh.s284958>

Meyer, A. C., Dua, T., Ma, J., Saxena, S. & Birbeck, G. (2010). Global disparities in the epilepsy treatment gap: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(4), 260–266. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.064147>

Mohsen, S., A. & Ahmed, N., M. (2018). Impact of epileptic patient's knowledge level on their quality of life. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(2), 31-39. <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n2p31>

Motamedi, M., Sahraian, M., A., Moshirzadeh, S. (2012). A cross sectional study evaluating perceived impact of epilepsy on aspects of life. *Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS)*, 14(4): 33-36.

Nagarathnam, M., Vengamma, B., Latheef, S., A., A., Reddamma, K. (2014). Assessment of quality of life in epilepsy in Andhra Pradesh. *Neurology Asia*, 19(3), 249-255.

Ngugi, A., K., Kariuki, S., M., Bottomley, C., Kleinschmidt, I., Sander, J., W., & Newton, C. R. (2011). Incidence of epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*, 77(10), 1005–1012.
<https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31822cfc90>

Ugunniyi, A. & Oderinde, I. (2020). The stigma of epilepsy among Nigerian subjects: A cross-sectional study. *African Journal of Biomedical Research*, 23(3), 1-8.

O'Donoghue, M., F., Goodridge, D., M., Redhead, K., Sander, J., W., & Duncan, J., S. (1999). Assessing the psychosocial consequences of epilepsy: A community-based study. *British Journal of General Practice*, 49(440), 211-214.

Olley, B., O., Osinowo, H., O., & Brieger, W., R. (2001). Psycho-educational therapy among Nigerian adult patients with epilepsy: A controlled outcome study. *Patient Education and Counseling*, 42(1), 25-33.
[https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(00\)00087-2](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(00)00087-2)

Paschal, A., M., Hawley, S., R., St Romain, T., Liow, K., Molgaard, C., A. & Sly, J. (2007). Epilepsy patients' perceptions about stigma, education, and awareness: preliminary responses based on a community participatory approach. *Epilepsy & Behavior: E&B*, 11(3), 329–337.
<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2007.06.007>

Paul, R., Joyce, S. & Kusantan, T. (2015). The psychosocial impact of epilepsy: A study on adult people with epilepsy attending clinics in Lusaka. *J Epilepsy*, 1(1), 101. doi:10.4172/2472-0895.1000101.

Riasi, H., Rajabpour Sanati, A. & Ghaemi, K. (2014). The stigma of epilepsy and its effects on marital status. *SpringerPlus*, 3(1), 762.
<https://doi.org/10.1186/2193-1801-3-762>

Ryu, H., U., Lee, S., A., Eom, S., Kim, H., D., & Korean QoL in Epilepsy Study Group (2015). Perceived stigma in Korean adolescents with epilepsy: Effects of knowledge about epilepsy and maternal perception of stigma. *Seizure*, 24, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2014.11.010>

Sayik, D., Acikgoz, A., Tsimicalis, A., & Myers, K., A. (2025). Evaluating the efficacy of a mobile epilepsy education package application

developed for the parents/caregivers of children with epilepsy in Canada. *Epilepsy & Behavior: E&B*, 172, 110561. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2025.110561>

Scheffer, I. E., Berkovic, S., Capovilla, G., Connolly, M., B., French, J., Guilhoto, L., et al. (2017). ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, 58(4), 512–521. <https://doi.org/10.1111/epi.13709>

Senthil, K. (2016). Relationship between family interaction, family burden and quality of life among caregivers of patients with epilepsy. *Int. J. Res. Granthaalayah*, 4(4), 1-8. <https://doi.org/10.29121/granthaalayah.v4.i4.2016.2763>

Shackleton, D., P., Kastelejn-Nolst Treniite, D., G., A., Craen, A., J., M., Vandenbroucke, J., P., Westendorp, R., G., J. (2003). Living with epilepsy: Long-term prognosis and psychosocial outcomes. *Neurology*, 61(1), 64-70. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000073543.63457.0a>

Sharon, T. (2011). Social and Psychological Issues in Patients with Epilepsy. In Novel Aspects on Epilepsy. *InTech*. <https://doi.org/10.5772/23778>

Shorvon, S., D. (2011). The etiologic classification of epilepsy. *Epilepsia*, 52(6), 1052–1057. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2011.03041.x>

Subedi, S., Shyangwa, P., M., Shakya, D., R., Pandey, A., K., & Sapkota, N. (2015). Knowledge, attitude and stigma in epilepsy: a study from a tertiary care centre in Nepal. *Health Renaissance*, 12(1), 11–17. <https://doi.org/10.3126/hren.v12i1.11979>

Taylor, R., S., Sander, J., W., Taylor, R., J., & Baker, G., A. (2011). Predictors of health-related quality of life and costs in adults with epilepsy: a systematic review. *Epilepsia*, 52(12), 2168–2180. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2011.03213.x>

Tedrus, G., M., Fonseca, L., C., & Pereira, R., B. (2015). Marital status of patients with epilepsy: Factors and quality of life. *Seizure*, 27, 66-70. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2015.02.028>

Tombini, M., Assenza, G., Quintiliani, L., Ricci, L., Lanzone, J., & Ulivi, M. (2021). Epilepsy and quality of life: What does really matter? *Neurol Sci*, 42(9), 3757-3765. <https://doi.org/10.1007/s10072-020-04990-6>

Valeta, T. (2017). Stigma in epilepsy and how to combat it. In: The Epilepsy Book: A Companion for Patients. Springer, Cham. 173-178. https://doi.org/10.1007/978-3-319-61679-7_25

Verma, A., Pathak, P., Mishra, A., K., & Upadhyay, S. (2024). Factors linked with perceived stigma amid people with Epilepsy -across sectional study. *Epilepsy Research*, 205, 107428. <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2024.107428>

Wada, K., Iwasa, H., Okada, M., Kawata, Y., Murakami, T., Kamata, et al. (2004) Marital status of patients with epilepsy with special reference to the influence of epileptic seizures on the patient's married life. *Epilepsia*, 45(Suppl 8): 33–36. <https://doi.org/10.1111/j.0013-9580.2004.458011.x>

Wang, Yh., Haslam, M., Yu, M., Ding, J., Lu, Q. & Pan, F. (2015). Family functioning, marital quality and social support in Chinese patients with epilepsy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0208-6>

Wasal, N. (2019). Impact of epilepsy on marriages in people with epilepsy: an ethnographic evaluation. *Current Journal of Applied Science and Technology*, 37(5), 1–7. <https://doi.org/10.9734/cjast/2019/v37i530341>

World Health Organization. (2019). Epilepsy: A public health imperative. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/epilepsy-a-public-health-imperative>

Yeni, K., Tulek, Z., Bebek, N. (2016). Factors associated with perceived stigma among patients with epilepsy in Turkey. *Epilepsy & Behavior*, 60, 142-148. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.04.036> Get rights and content

Yeni, K., Tulek, Z., Simsek, O., F., & Bebek, N. (2018). Relationships between knowledge, attitudes, stigma, anxiety and depression, and quality of life in epilepsy: A structural equation modeling. *Epilepsy & behavior : E&B*, 85, 212–217. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.06.019>

Yeni, K. (2023). Stigma and psychosocial problems in patients with epilepsy. *Explor Neurosci.*, 2, 251-263. <https://doi.org/10.37349/en.2023.00026>

Yogarajah, M., & Mula, M. (2019). Social cognition, psychiatric comorbidities, and quality of life in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior : E&B*, 100(Pt B), 106321. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.05.017>

Yousuf, R., M., Shahar, M., Marzuki, O., Azarisman , S., Rosle, C. & Tin, M. (2018). Self-perception of stigma among epilepsy patients in Malaysia. *International Medical Journal Malaysia*, 17(1), 113-119. <https://doi.org/10.31436/imjm.v17i1.312>

Zouari, A., Daoud, S., Sakla, S., Bauattour, Moalla, K., S., Dammak, M., Mhiri, C. (2024). Épilepsie et mariage. *Revue Neurologique*, 180(4),59-65. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2024.02.014>.

BÖLÜM 3

HUZUREVİNDE YALNIZLIK: YAŞAM DOYUMU, YAŞAM KALİTESİ VE BENLİK SAYGISININ ROLÜ

SEMA ÇALIK¹
LEMAN KUTLU²

Giriş

Dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Birleşmiş Milletler verilerine göre, 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı 2050 yılına kadar küresel nüfusun %16'sına ulaşacak ve bu durum, sağlık hizmetleri, sosyal destek sistemleri ve uzun süreli bakım hizmetleri üzerinde önemli baskılar oluşturacaktır (United Nations, 2023). Türkiye'de de benzer bir demografik dönüşüm yaşanmakta; Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 2023) verilerine göre yaşlı nüfus oranı her geçen yıl artmaktadır. Bu demografik değişim, geleneksel aile yapılarının dönüşümü, kentleşme ve kadınların iş gücüne katılımının artmasıyla birleşince, kurum bakımı hizmetlerine olan talep de artmaktadır.

Huzurevleri, yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde destek aldıkları, tıbbi bakım hizmetlerinin sunulduğu ve sosyal etkileşim

¹Uzm. Hem., Darülaceze Başkanlığı, Orcid: 0000-0002-8233-5095

²Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Atlas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Orcid: 0000-0001-6393-8328

fırsatlarının sağlandığı uzun süreli bakım kurumlarıdır. Ancak, kurum bakımına geçiş, yaşıllar için önemli bir yaşam olayıdır ve bu geçiş süreci, psikolojik, sosyal ve duygusal açıdan zorlayıcı olabilir. Yaşıllar, kendi evlerinden ve tanıdık çevrelerinden ayrılarak, yeni bir ortama uyum sağlamak zorunda kalırlar. Bu süreç, bağımsızlık kaybı, sosyal ağların zayıflaması ve kimlik duygusu üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir (Bekhet & Zauszniewski, 2014; Lee, Woo & Mackenzie, 2002).

Huzurevlerinde yaşayan yaşıllar arasında yalnızlık, en yaygın ve en ciddi psikososyal sorunlardan biridir. Victor (2012), huzurevlerinde yaşayan yaşıllar arasında şiddetli yalnızlık prevalansının %22-42 arasında olduğunu ve bunun toplumda yaşayan yaşıllardaki oranın iki katı olduğunu belirtmektedir. Yalnızlık, sadece öznel bir rahatsızlık değil, aynı zamanda depresyon, anksiyete, bilişsel gerileme, kardiyovasküler hastalıklar ve hatta erken ölüm riski ile ilişkili bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (Tuneu et al., 2023). Bu nedenle, huzurevlerinde yalnızlığın nedenlerini, mekanizmalarını ve bu soruna yönelik etkili müdahale stratejilerini anlamak, hem bireysel refah hem de halk sağlığı açısından kritik öneme sahiptir.

Bu kitap bölümünün temel amacı, huzurevlerinde yaşayan yaşılların yalnızlık deneyimlerini, yaşam doyumu, yaşam kalitesi ve benlik saygısı gibi üç temel psikolojik yapı bağlamında kapsamlı bir şekilde incelemektir. Literatürde, bu değişkenlerin her biri yalnızlıkla ilişkili olarak ayrı ayrı ele alınmış olsa da, bu üç değişkenin birlikte ve etkileşimli bir şekilde yalnızlığı nasıl etkilediğine dair bütüncül bir anlayış sınırlıdır. Bu bölüm, mevcut ampirik literatürü sentezleyerek, bu değişkenler arasındaki karmaşık ilişkileri ortaya koymayı ve huzurevlerinde yalnızlığı azaltmaya yönelik kanıta dayalı müdahale önerileri sunmayı amaçlamaktadır.

Bölümün kapsamı, öncelikle huzurevlerinde veya benzeri uzun süreli bakım kurumlarında yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşılları

içermektedir. Ancak, toplumda yaşayan yaşlılarla ilgili bulgular da, karşılaştırmalı bir bakış açısı sunmak ve kurumsallaşmanın etkilerini daha iyi anlamak için dahil edilmiştir. Bölüm, yalnızlığın kavramsal çerçevesini, huzurevi koşullarında yalnızlığın doğasını, yaşam doyumu, yaşam kalitesi ve benlik saygısının yalnızlık üzerindeki etkilerini, bu üç değişkenin etkileşimini ve son olarak müdahale önerilerini sistematik bir şekilde ele almaktadır.

Bu bölümde yanıtlanmaya çalışılan temel sorular şunlardır:

-Huzurevlerinde yalnızlık nasıl tanımlanır ve hangi faktörler yalnızlığı etkiler?

-Yaşam doyumu, yaşlıların yalnızlık deneyimlerini nasıl etkiler ve tamponlayıcı bir rol oynar mı?

-Yaşam kalitesinin farklı boyutları (fiziksel sağlık, çevresel koşullar, sosyal ilişkiler) yalnızlıkla nasıl ilişkilidir?

-Benlik saygısı, yalnızlığa karşı koruyucu bir faktör olarak nasıl işlev görür ve yaşlılıkta benlik saygısını tehdit eden faktörler nelerdir?

-Yaşam doyumu, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasındaki etkileşimler, yalnızlığı nasıl etkiler?

-Huzurevlerinde yalnızlığı azaltmak için hangi müdahale yaklaşımları etkilidir ve bu yaklaşımlar nasıl uygulanabilir?

Bu sorulara yanıt vermek için, bölüm, uluslararası literatürden elde edilen bilgilere dayanmakta ve çeşitli araştırmalardan (kesitsel çalışmalar, boylamsal çalışmalar, müdahale çalışmaları, sistematik incelemeler) elde edilen kanıtları sentezlemektedir. Bölümün sonunda, sağlık profesyonellerine, ailelere, huzurevi yöneticilerine, politika yapıcılara ve ileri araştırmalara yönelik öneriler sunulmaktadır.

Kavramlar ve Tanımları

Bu başlık altında yalnızlık, yaşam doyumu, yaşam kalitesi ve benlik saygısı ile ilgili bilgiler yer almaktadır

Yalnızlık Kavramı: Duygusal Yalnızlık ve Sosyal Yalnızlık Ayrımı

Yalnızlık, bireyin sosyal ilişkilerinin nicelik veya nitelik açısından beklentilerini karşılamaması durumunda ortaya çıkan öznel, hoş olmayan bir duygusal deneyimdir. Yalnızlık, sosyal izolasyondan farklıdır; sosyal izolasyon, sosyal temasların nesnel olarak azlığını ifade ederken, yalnızlık, bireyin sosyal ilişkilerinden duyduğu öznel memnuniyetsizliği yansıtır. Bir birey, sosyal olarak izole olmadan yalnız hissedebilir veya sosyal olarak aktif olmasına rağmen yalnızlık yaşayabilir (Sezer, Balcı ve ark., 2022; Alaviani et al., 2025; Andrew & Meeks, 2018; Canjuga et al., 2018).

Literatürde, yalnızlık genellikle iki temel boyutta ele alınır: duygusal yalnızlık ve sosyal yalnızlık (Weiss, 1973). “Duygusal yalnızlık”, yakın, güvenli ve anlamlı bir bağlanma ilişkisinin yokluğundan kaynaklanan yalnızlık türüdür (Canjuga et al., 2018). Bu tür yalnızlık, genellikle eş, partner veya çok yakın bir arkadaş gibi özel bir bireyle olan ilişkinin kaybı veya yokluğu ile ilişkilidir. Duygusal yalnızlık, derin bir boşluk hissi, güvensizlik ve duygusal destek eksikliği ile karakterizedir. Yaşlılıkta, eşin kaybı, duygusal yalnızlığın en yaygın nedenlerinden biridir (Chiang et al., 2010; Gill & Sullivan 2025; Duque & Lopes 2025).

“Sosyal yalnızlık” ise, daha geniş bir sosyal ağın veya topluluk hissini yokluğundan kaynaklanan yalnızlık türüdür. Bu tür yalnızlık, arkadaşlar, komşular, akrabalar veya sosyal gruplarla olan ilişkilerin yetersizliği ile ilişkilidir. Sosyal yalnızlık, sosyal entegrasyon eksikliği, aidiyet hissi kaybı ve sosyal aktivitelere katılım eksikliği ile karakterizedir. Huzurevlerine geçiş, yaşlıların eski sosyal ağlarından uzaklaşmasına neden olabilir ve bu da sosyal

yalnızlığı artırabilir (Onal et al., 2022; Smith & Theeke, 2024; Duque & Lopes 2025).

Tuneu et al. (2023), İspanya'daki huzurevlerinde yaşayan yaşlılar arasında yaptıkları kesitsel çalışmada, duygusal ve sosyal yalnızlığın farklı belirleyicilere sahip olduğunu bulmuşlardır. Duygusal yalnızlık, depresyon ve üriner inkontinans ile ilişkiliyken, sosyal yalnızlık, hiç çocuğu olmamak veya sadece bir çocuğu olmak ve sosyal izolasyon riski ile ilişkiliydi. Bu bulgular, yalnızlığın çok boyutlu bir yapı olduğunu ve farklı müdahale stratejilerinin farklı yalnızlık türlerine yönelik olması gerektiğini göstermektedir.

Canjuga et al. (2018), Hırvatistan'da yaptıkları çalışmada, huzurevlerinde yaşayan yaşlıların, evde yaşayan yaşlılara kıyasla hem sosyal hem de duygusal yalnızlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve benlik saygılarının daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Bu bulgular, kurumsallaşmanın, bağımsızlık ve özerklik kaybı nedeniyle yalnızlığı artırdığını ve benlik saygısını azalttığını göstermektedir. Yalnızlığın bu iki boyutunun anlaşılması, huzurevlerinde yalnızlığa yönelik müdahalelerin geliştirilmesinde önemlidir. Duygusal yalnızlığı azaltmak için, yakın, güvenli ve destekleyici ilişkilerin kurulmasına odaklanılmalıdır. Bu, bireysel danışmanlık, yaşam gözden geçirme terapisi veya evcil hayvan terapisi gibi yaklaşımlarla sağlanabilir (Banks & Banks, 2005). Sosyal yalnızlığı azaltmak için ise, grup aktiviteleri, sosyal etkinlikler ve topluluk oluşturma programları gibi sosyal entegrasyonu artıran müdahaleler etkili olabilir.

Yaşam Doyumu: Bilişsel Değerlendirme Olarak Öznel İyi Oluş

Yaşam doyumu, öznel iyi oluşun bilişsel bileşenidir ve bireyin kendi yaşamını bir bütün olarak değerlendirmesi sonucu oluşan genel memnuniyet düzeyini ifade eder (Wang et al., 2025). Diener ve arkadaşlarının (1985) öznel iyi oluş modeline göre, öznel iyi oluş, yaşam doyumu (bilişsel bileşen) ve pozitif-negatif duygulanım (duygusal bileşen) olmak üzere iki temel bileşenden oluşur. Yaşam doyumu, bireyin kendi standartlarına göre yaşamının ne kadar iyi gittiğine dair bilişsel bir yargıdır ve geçmiş deneyimlerin, mevcut koşulların ve gelecek beklentilerinin bir sentezini yansıtır.

Yaşlılıkta yaşam doyumu, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, ekonomik durum, bağımsızlık düzeyi ve anlamlı aktivitelere katılım gibi çeşitli faktörlerden etkilenir. Araştırmalar, yaşam doyumunun yaşlılıkta ruh sağlığı, fiziksel sağlık ve genel refah için önemli bir gösterge olduğunu göstermektedir. Yüksek yaşam doyumu, daha iyi sağlık sonuçları, daha düşük depresyon ve anksiyete düzeyleri ve daha uzun yaşam süresi ile ilişkilidir (Mhaolain et al., 2012; Wang et al., 2025).

Szcześniak et al. (2020), Polonya'da yaptıkları çalışmada, yaşlılarda yalnızlık ve yaşam doyumu arasında güçlü bir negatif ilişki bulmuşlardır. Yalnızlık hissi, yaşam memnuniyetsizliğinin güçlü bir yordayıcısı olarak ortaya çıkmış ve varyansın %12'sini açıklamıştır. Bu bulgular, yalnızlığın yaşam doyumunu önemli ölçüde azalttığını ve yaşlıların genel refahını olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Huzurevlerinde yaşayan yaşlılar için yaşam doyumu, özellikle önemlidir çünkü kurumsallaşma süreci, bağımsızlık kaybı, tanıdık çevreden ayrılma ve sosyal ağların zayıflaması gibi yaşam doyumunu azaltabilecek faktörler içerir. Yaşam doyumunda; bireyin geçmiş yaşantılarını nasıl değerlendirdiği, mevcut durumunu nasıl algıladığı ve geleceğe dair beklentileri de önemli rol oynar (Zoranić et al., 2022).

Zoranić et al. (2022), Hırvatistan'daki bakım evlerinde yaptıkları çalışmada, sosyal desteğin yaşam doyumu üzerinde önemli bir etkisi olduğunu bulmuşlardır. Özellikle duygusal bağlanma ve sosyal entegrasyon eksikliği, yalnızlık ve düşük yaşam doyumu ile ilişkiliydi. Kendi yaşamları üzerinde kontrol ve özerklik hissinin korunması, yalnızlığı azaltmak ve yaşam doyumunu artırmada büyük bir öneme sahipti.

Yaşam doyumunun yalnızlık üzerindeki etkisi, sadece doğrudan bir ilişki değil, aynı zamanda bir hafifletici etkiyi de içerebilir. Yüksek yaşam doyumuna sahip yaşlılar, olumsuz yaşam olayları veya sosyal kayıplar karşısında daha dirençli olabilir ve

yalnızlık hissini daha az yoğun yaşayabilir. Bu nedenle, huzurevlerinde yaşam doyumunu artırmaya yönelik müdahaleler, yalnızlığı azaltmada dolaylı ama etkili bir yaklaşım yöntemi olabilir (Mhaolain et al., 2012; Szcześniak et al., 2022; Rauf ve Yasemin, 2023).

Yaşam Kalitesi: Çok Boyutlu Bir Yapı Olarak Sağlık, Çevre ve Sosyal İlişkiler

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 1997) tarafından “bireylerin yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgi alanları ile ilgili olarak yaşamdaki konumlarını algılamaları” olarak tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi, çok boyutlu bir yapıdır ve fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel faktörler ve maneviyat/din/kişisel inançlar gibi farklı alanları kapsar.

Yaşlılıkta yaşam kalitesi, özellikle önemlidir çünkü yaşlanma süreci, fiziksel sağlıkta gerileme, kronik hastalıkların artması, işlevsel bağımsızlıkta azalma ve sosyal rollerde değişiklikler gibi yaşam kalitesini etkileyebilecek birçok faktörü içerir. Huzurevlerinde yaşayan yaşlılar için yaşam kalitesi, hem bireysel faktörler (sağlık durumu, bilişsel işlevler, kişilik özellikleri) hem de çevresel faktörler (kurumun fiziksel ortamı, bakım kalitesi, sosyal aktivite olanakları, personel tutumları) tarafından belirlenir (Castro et al., 2016).

Trybusińska et al. (2019), Polonya'daki huzurevlerinde yaptıkları çalışmada, yalnızlık ve yaşam kalitesi arasında ters orantılı bir ilişki bulmuşlardır. Yalnızlık, aile ile ilişkiler ve motor verimlilik düzeyleri tarafından etkileniyordu. Hastalığı kabul etme derecesi, değişime uyum sağlama yeteneği ve yaşam doyumunu da yalnızlığı etkiliyordu; daha yüksek memnuniyet, daha düşük yalnızlıkla ilişkiliydi. Sağlık durumunun düşük olarak değerlendirilmesi, daha kötü ruh hali ve başkalarına bağımlılık da yalnızlıkla bağlantılıydı.

Castro et al. (2016), Portekiz'deki huzurevlerinde yaptıkları çalışmada, yalnızlık ve yaşam kalitesi arasında güçlü bir negatif

korelasyon bulmuşlardır. Ziyaret alan, sık sık huzureviden ayrılan, çok sayıda arkadaşlık ilişkisi olan ve bayram dönemlerini kurum dışında geçiren yaşlılar, daha az yalnızlık ve daha iyi yaşam kalitesi bildirmişlerdir. Bu bulgular, sosyal bağlantıların ve kurumun dışındaki yaşamla bağlantının korunmasının, yalnızlığı azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak için önemli olduğunu göstermektedir.

Yaşam kalitesinin farklı boyutları, yalnızlıkla farklı şekillerde ilişkili olabilir. Fiziksel sağlık ve işlevsel bağımsızlık, yaşlıların sosyal aktivitelere katılma yeteneğini etkiler ve bu da sosyal yalnızlığı etkileyebilir. Psikolojik durum, özellikle depresyon ve anksiyete, hem yalnızlığın bir nedeni hem de bir sonucu olabilir. Sosyal ilişkiler boyutu, doğrudan yalnızlıkla ilişkilidir çünkü yalnızlık, sosyal ilişkilerin nitelik ve niceliğinden duyulan memnuniyetsizliği yansıtır. Çevresel faktörler, özellikle huzurevinin fiziksel ortamı, sosyal aktivite olanakları ve personel tutumları, yaşlıların sosyal etkileşim fırsatlarını ve genel refahını etkiler (İnce ve Asqarova, 2024).

Kiik et al. (2020), Endonezya'da yaptıkları çalışmada, yaşlılarda negatif duygular (azalmış ruh hali, umutsuzluk, anksiyete ve depresyon) yaşamdan zevk almayı engelleyebileceğini ve yaşam kalitesi algısının doğrudan depresif semptomlar, anhedoni, ilgi kaybı, bozulmuş iştah ve konsantrasyon, uyku bozuklukları ve sosyal izolasyon tarafından etkilendiğini belirtmişlerdir. İlişki eksikliği, yaşlıların yaşam kalitesi üzerinde önemli bir baskı olarak tanımlanmış ve sosyal desteğin sağlık üzerinde olumlu bir etkisi olduğu, yalnızlığın yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisini hafifletebileceği gösterilmiştir.

Benlik Saygısı: Yaşlılıkta Benlik Algısının Özgüllüğü

Benlik saygısı, bireyin kendine yönelik genel değerlendirmesini ve kendi değeri hakkındaki duygularını ifade eder (Canjuga et al., 2018). Rosenberg'in (1965) tanımına göre, benlik saygısı, bireyin kendini kabul etme, kendine saygı duyma ve kendini

değerli hissetme derecesidir. Benlik saygısı, psikolojik sağlık ve genel refah için temel bir bileşendir ve düşük benlik saygısı, depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon ve düşük yaşam doyumu ile ilişkilidir.

Yaşlılıkta benlik saygısı, yaşam boyu deneyimlerin, sosyal rollerin, fiziksel sağlığın ve bilişsel işlevlerin bir yansımasıdır. Bazı teoriler, benlik saygısının yaşlanmayla birlikte azaldığını öne sürerken, diğer araştırmalar, benlik saygısının yaşamın sonlarına kadar nispeten istikrarlı kaldığını veya hatta bazı bireylerde arttığını göstermektedir (Orth et al., 2012). Wagner et al. (2015), yaşamın sonlarında benlik saygısının nispeten istikrarlı olduğunu ve sağlık, öz-düzenleme ve sosyal alanlardaki kaynakların benlik saygısını koruduğunu bulmuşlardır. Ancak, yalnızlığın benlik saygısı ile negatif ilişkili olduğunu ve bu ilişkinin yaşla birlikte güçlendiğini de göstermişlerdir.

Yaşlılıkta benlik saygısını etkileyen faktörler arasında fiziksel sağlık, işlevsel bağımsızlık, sosyal roller, sosyal destek ve bireysel başarılar yer alır. Fiziksel sağlıkta gerileme, kronik hastalıklar ve işlevsel bağımsızlıkta azalma, yaşlıların kendilerini daha az yetkin ve değerli hissetmelerine neden olabilir. Sosyal rollerdeki değişiklikler, özellikle emeklilik, eş kaybı ve aile içindeki rollerin değişmesi, benlik saygısını olumsuz etkileyebilir. Sosyal destek, özellikle duygusal destek ve değer verilme hissi, benlik saygısını korumak ve artırmak için önemlidir (Babazadeh et al., 2025).

Huzurevlerine geçiş, benlik saygısı için önemli bir tehdit oluşturabilir (Yılmaz, 2018). Canjuga et al. (2018), huzurevlerinde yaşayan yaşlıların, evde yaşayan yaşlılara kıyasla benlik saygılarının daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Huzurevlerindeki yaşlılar, genellikle stres ve memnuniyetsizlik yaşarlar ve bu da benlik saygılarını olumsuz etkiler (Gökler Danışman ve Aydın, 2011).

Benlik saygısı ve yalnızlık arasındaki ilişki, çok boyutlu ve çift yönlüdür. Düşük benlik saygısı, yalnızlık riskini artırabilir çünkü düşük benlik saygısına sahip bireyler, sosyal ilişkilerde kendilerini

daha az yetkin hissedebilir, sosyal reddedilme korkusu yaşayabilir ve sosyal etkileşimlerden kaçınabilir. Ayrıca, yalnızlık da benlik saygısını azaltabilir. Çünkü yalnızlık; sosyal değersizlik hissi, başkaları tarafından sevilmemeye ve kabul edilmeme duygularını oluşturabilir (Zhao et al. 2017; Szcześniak et al., 2020).

Szcześniak et al. (2020), yalnızlığın benlik saygısı ile negatif korelasyon gösterdiğini ve benlik saygısının, yalnızlık ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide baskılayıcı (suppressor) olarak rol oynadığını bulmuşlardır. Daha yüksek yalnızlık, daha düşük benlik saygısını yorduyordu ve daha düşük benlik saygısı, daha güçlü yalnızlık hissi ile ilişkiliydi. Bu bulgular, benlik saygısının yalnızlıktan etkilenebileceğini ve bir sonucu olabileceğini göstermektedir.

Zhao et al. (2017), yaşlılarda benlik saygısı ve yalnızlık arasındaki ilişkide pozitif başa çıkma stiline kısmi aracı rol oynadığını bulmuşlardır. Bu, benlik saygısının yalnızlığı doğrudan etkilemekle birlikte, başa çıkma stratejileri aracılığıyla da dolaylı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Yüksek benlik saygısına sahip yaşlılar, daha etkili başa çıkma stratejileri kullanabilir ve bu da yalnızlık hissini azaltabilir.

Huzurevi Ortamında Yalnızlığın Doğası

Bu bölümde kurum bakımına geçişin psikososyal etkileri, aile ve sosyal çevreden uzaklaşmanın yarattığı duygusal boşluk ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Kurum Bakımına Geçişin Psikososyal Etkileri

Huzurevine geçiş, yaşlılar için önemli bir yaşam olayıdır ve bu geçiş süreci, psikolojik, sosyal ve duygusal açıdan zorlayıcı olabilir. Kurum bakımına geçiş genellikle, yaşlının kendi evinde bağımsız yaşamını sürdüremeyecek duruma gelmesi, aile üyelerinin bakım sağlayamaması veya tıbbi bakım ihtiyacının artması gibi nedenlerle gerçekleşir. Bu geçiş, yaşlılar için genellikle gönülsüz bir

karar olup, bağımsızlık kaybı, kontrol kaybı ve kimlik kaybı gibi duygularla ilişkilidir (Canjuga et al., 2018).

Gill et al. (2024), yaşlıların bakım kurumlarına geçişinin, anlamlı sosyal ilişkilerden kopma nedeniyle genellikle yalnızlığı tetiklediğini belirtmişlerdir. Bu durum, sağlığı olumsuz etkilemekte, iyilik hâlini ciddi biçimde zedelemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Yalnızlık; sosyal kontrol algısının zayıflaması ve bakım kurumlarındaki yetersiz sosyal bağlar nedeniyle daha da derinleşmekte ve hoş olmayan duygusal tepkileri de beraberinde getirmektedir.

Kurum bakımına geçişin psikososyal etkileri, bireysel farklılıklara bağlı olarak değişebilir. Özellikle evde yalnız olan, sosyal izolasyon yaşayan veya bakım yükü altında olan bazı yaşlılar huzurevine geçişi olumlu bir değişiklik olarak görebilir ve sosyal etkileşim fırsatlarının artmasından, düzenli yemeklerden ve tıbbi bakıma erişimden memnun olabilir. Ancak, çoğu yaşlı için, kurum bakımına geçiş, kayıp, yas ve uyum gerektiren zorlu bir süreçtir. Kendi evlerinden ve tanıdık çevrelerinden ayrılırlar, kişisel eşyalarının çoğunu geride bırakmak zorunda kalırlar ve günlük rutinlerini değiştirmek zorunda kalırlar. Sosyal ağları zayıflar; eski komşular, arkadaşlar ve topluluk bağlantıları azalır. Aile üyeleriyle olan ilişkiler de değişebilir; ziyaretler düzenli olmayabilir ve yaşlılar, aile tarafından "terk edilmiş" hissedebilir. Ayrıca, sosyal roller de değişir; yaşlılar, artık ev sahibi, eş, ebeveyn veya topluluk üyesi gibi önceki rollerini yerine getiremeyebilir ve bu da kimlik duygusunu olumsuz etkileyebilir (Gökler Danışman ve Aydın, 2011).

Sandilya et al. (2021), kurumlarda yaşayan yaşlıların, yüksek yalnızlık düzeyleri nedeniyle düşük ruh sağlığı ve yaşam stresörleriyle başa çıkma kapasitesinde azalma riski altında olduğunu ve bunun fiziksel yaşam kalitelerini etkilediğini belirtmişlerdir. Bu sonuç kurumsal yaşam, yalnızlık ve düşük yaşam doyumu arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Aile,

akrabalar, arkadaşlar ve toplulukla destekleyici ortamlar ise, daha yüksek yaşam doyumu ve dayanıklılıkla bağlantılıdır. Çalışma, kurumlardaki yaşlı bireylerin genellikle derin bir umutsuzluk duygusu yaşadığını ve bunun daha düşük yaşam doyumu ve dayanıklılığa yansıdığını vurgulamaktadır.

Kurum bakımına geçişin psikososyal etkileri, bireysel farklılıklara bağlı olarak değişebilir. Bazı yaşlılar, özellikle evde yalnız yaşayan, sosyal izolasyon yaşayan veya bakım yükü altında olan yaşlılar, huzurevine geçişi olumlu bir değişiklik olarak görebilir ve sosyal etkileşim fırsatlarının artmasından, düzenli yemeklerden ve tıbbi bakıma erişimden memnun olabilir. Ancak, çoğu yaşlı için, kurum bakımına geçiş, kayıp, yas ve uyum gerektiren zorlu bir süreçtir (Yılmaz, 2018).

Deklava et al. (2018), Letonya'daki huzurevlerinde yürüttükleri çalışmada, katılımcıların %72'sinin belirli düzeyde yalnızlık hissettiğini, %9'unun ise oldukça derin bir yalnızlık yaşadığını tespit etmiştir. Çalışma, bu bireylerin psikolojik yardıma ihtiyaç duyup duymadıklarının belirlenmesinin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca, huzurevlerine başarılı bir şekilde uyum sağlamanın yaşlı bireylerin ihtiyaç duyduğu yaşam kalitesine ulaşmalarına yardımcı olduğu belirtilmektedir. Bu da uyum sağlayamama veya destek eksikliğinin yalnızlığa katkıda bulunabileceğine göstermektedir.

Aile ve Sosyal Çevreden Uzaklaşmanın Yarattığı Duygusal Boşluk

Huzurevine geçiş, yaşlıların aile üyeleri ve sosyal çevrelerinden fiziksel olarak uzaklaşmasına neden olur ve bu uzaklaşma, önemli bir duygusal boşluk yaratabilir. Aile, yaşlılar için en önemli sosyal destek kaynağıdır ve aile üyeleriyle olan ilişkiler, duygusal güvenlik, aidiyet hissi ve kimlik duygusu için kritik öneme sahiptir. Huzurevine geçiş, aile üyeleriyle olan günlük etkileşimleri azaltır ve yaşlılar, aile yaşamının merkezinden uzaklaşmış hissedebilir (Gökler Danışman ve Aydın, 2011).

Zoranić et al. (2022), bakım evlerindeki yaşlılar arasında yalnızlığın yaygın olduğunu ve bunun sosyal izolasyon, düşük

yaşam kalitesi ve depresyonla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Sosyal destek ve bağlanma eksikliği, özellikle duygusal bağlanma, yalnızlığa önemli ölçüde katkıda bulunur. Yetersiz sosyal entegrasyon, düşük sosyoekonomik durum ve sağlık durumunun kötü olması da bununla güçlü bir şekilde ilişkilidir. Kişinin yaşamı üzerinde kontrol ve özerkliğin korunması, yalnızlığı azaltmak için çok önemlidir; aynı şekilde, yeteneklerini ve bilgeliğini takdir eden insanların varlığı da değer hissi yaratır.

Aile ziyaretleri, huzurevlerinde yaşayan yaşlıların yalnızlık hissini azaltmada önemli bir rol oynar (Trybusińska et al., 2019). Castro et al. (2016), ziyaret alan, sık sık huzurevinden ayrılan, çok sayıda arkadaşlık ilişkisi olan ve bayram dönemlerini kurum dışında geçiren yaşlıların, daha az yalnızlık ve daha iyi yaşam kalitesi bildirdiklerini bulmuşlardır. Bu bulgular, aile ve sosyal çevre ile bağlantının korunmasının, yalnızlığı azaltmada büyük bir öneme sahip olduğunu göstermektedir. Ancak, aile ziyaretleri her zaman düzenli veya yeterli olmayabilir. Aile üyeleri, coğrafi uzaklık, iş yükümlülükleri, kendi sağlık sorunları veya aile içi çatışmalar nedeniyle düzenli ziyaretler yapamayabilir. Bazı yaşlılar, hiç aile üyesi olmayabilir veya aile ilişkileri zayıf olabilir. Bu durumlarda, yaşlılar, aile tarafından "terk edilmiş" veya "unutulmuş" hissedebilir ve bu da duygusal yalnızlığı artırabilir (Trybusińska et al., 2019).

Tuneu et al. (2023), sosyal yalnızlığın, hiç çocuğu olmamak veya sadece bir çocuğu olmak ve sosyal izolasyon riski ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bu, aile yapısının ve aile desteğinin, huzurevlerinde yalnızlığı etkileyen önemli faktörler olduğunu göstermektedir.

Sosyal çevreden uzaklaşma, sadece aile ile değil, aynı zamanda arkadaşlar, komşular ve topluluk ile olan bağlantıların kaybını da içerir. Yaşlılar, huzurevine geçtiklerinde, eski arkadaşlarıyla olan ilişkilerini sürdürmekte zorlanabilir. Coğrafi uzaklık, ulaşım zorlukları ve arkadaşların kendi sağlık sorunları, sosyal bağlantıların zayıflamasına neden olabilir. Pettit (1989), yaşlıların eski arkadaşlarıyla temasını kaybetmesinin yalnızlığa yol açabileceğini belirtmiştir. Aile ve arkadaşlarla temas ve hostel içinde

yeni arkadaşlıklar geliştirmek gibi kişilerarası ilişkiler, sakinlerin yaşam kalitesi için önemlidir (Castro et al., 2016).

Huzurevinde Sosyal Etkileşim Olanakları ve Kısıtlılıkları

Huzurevleri, yaşlılara sosyal etkileşim firsatları sunma potansiyeline sahiptir. Birçok yaşlı, özellikle evde yalnız yaşayan yaşlılar, huzurevine geçtiklerinde daha fazla sosyal temas ve etkileşim firsatı bulabilir. Huzurevleri, grup aktiviteleri, sosyal etkinlikler, yemek zamanları ve ortak alanlar gibi sosyal etkileşimi teşvik eden yapılar sunar. Ancak, huzurevlerindeki sosyal etkileşim olanakları, her zaman yeterli veya kaliteli olmayabilir ve bazı yapısal ve bireysel kısıtlılıklar, sosyal etkileşimi sınırlayabilir (Gill et al., 2024).

Gill et al. (2025), yaşlıların ev koşullarının ve bilişsel süreçlerinin, özellikle algılarının, yalnızlığı tetiklediğini vurgulamışlardır. Bakım kurumlarında sosyal kontrol algısının zayıflaması ve sosyal bağların yetersiz kalması, yalnızlığı derinleştirmekte; bu da hoş olmayan duygusal tepkilere ve yaşam kalitesinde dşye yol açmaktadır. Olumlu sosyal katılıma elverişli destekleyici bir atmosfer oluşturmak, bakım kurumları için çok önemlidir.

Huzurevlerindeki sosyal etkileşim olanaklarını etkileyen faktörler arasında kurumun fiziksel ortamı, personel sayısı ve tutumları, sunulan aktivite programları ve sakinlerin bireysel özellikleri yer alır. Fiziksel ortam, sosyal etkileşimi kolaylaştırabilir veya engelleyebilir. Ortak alanların varlığı, oturma düzenleri, gürültü seviyeleri ve mahremiyet olanakları, sosyal etkileşimi etkiler. Personel sayısı ve tutumları da önemlidir; yeterli personel, yaşlılara daha fazla bireysel ilgi gösterebilir ve sosyal aktivitelere katılımı teşvik edebilir. Personelin olumlu tutumları, sakinlerin kendilerini değerli ve saygı duyulan hissetmelerini sağlar (Canjuga et al., 2018).

Aktivite programları, huzurevlerinde sosyal etkileşimi artırmak için önemli bir araçtır. Grup aktiviteleri, müzik, sanat, egzersiz, oyunlar ve sosyal etkinlikler, sakinlerin birbirleriyle etkileşime girmesini ve anlamlı ilişkiler kurmasını sağlar. Ancak, aktivite programları, sakinlerin ilgi alanlarına, yeteneklerine ve sağlık durumlarına uygun olmalıdır. Tek tip aktiviteler, bazı sakinler için ilgi çekici olmayabilir ve katılımı sınırlayabilir (Esentaş ve ark., 2018).

Bireysel faktörler de sosyal etkileşimi etkiler. Fiziksel sağlık sorunları, özellikle mobilite kısıtlılıkları, işitme ve görme sorunları, yaşlıların sosyal aktivitelere katılmasını zorlaştırabilir. Bilişsel bozukluklar, özellikle demans, sosyal etkileşim yeteneğini azaltabilir. Kişilik özellikleri, özellikle içe dönüklük, sosyal etkileşim motivasyonunu etkileyebilir. Depresyon ve anksiyete, sosyal geri çekilmeye neden olabilir (Gill et al., 2025).

Andrew et al. (2018), huzurevi sakinleri arasında yerine getirilen tercihlerin ve algılanan kontrolün yalnızlıkla önemli ilişkiler gösterdiğini bulmuşlardır. Özellikle, yerine getirilen tercihler yalnızlıkla negatif ilişkiliyken, algılanan kontrol yalnızlıkla pozitif ilişkiliydi. Kişisel bakım ve rekreasyon tercihlerinin yerine getirilmesi ve algılanan kontrolün, bu popülasyonda yalnızlığı etkileyebileceğini göstermektedir.

Huzurevlerinde sosyal etkileşim olanaklarının kısıtlılıkları, sosyal yalnızlığı artırabilir. Bazı yaşlılar, huzurevinde diğer sakinlerle anlamlı ilişkiler kurmakta zorlanabilir. Ortak ilgi alanlarının eksikliği, kültürel veya dil farklılıkları, kişilik uyumsuzlukları veya önceki sosyal deneyimler, sosyal bağlantıların kurulmasını engelleyebilir. Ayrıca, huzurevlerindeki sosyal ilişkiler, genellikle yüzeysel ve geçici olabilir; derin, güvenli ve karşılıklı bağlanma ilişkileri kurmak zor olabilir (Gökler Danışman ve Aydın, 2011).

Yaşam Doyumunun Yalnızlık Üzerindeki Etkisi

Bu başlık altında geçmiş yaşantıları değerlendirme biçiminin bugünkü duygu durumuna yansıması, yaşam doyumunun yalnızlık üzerindeki hafifletici etkisi ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Geçmiş Yaşantıları Değerlendirme Biçiminin Bugünkü Duygu Durumuna Yansıması

Yaşam doyumu, bireyin geçmiş yaşantılarını, mevcut durumunu ve gelecek beklentilerini bilişsel olarak değerlendirmesi sonucu oluşan genel bir memnuniyet duygusudur. Yaşlılar, yaşamlarını geriye dönük olarak gözden geçirir, başarılarını, ilişkilerini, kayıplarını ve pişmanlıklarını değerlendirir. Bu değerlendirme süreci, bugünkü duygu durumunu, öznel iyi oluşu ve yalnızlık hissini önemli ölçüde etkiler (Elias et al., 2015).

Erikson'un psikososyal gelişim teorisine göre, yaşlılık dönemi, "ego bütünlüğü" ve "umutsuzluk" arasındaki bir çatışma ile tanımlanır (Erikson, 1950). Ego bütünlüğü, bireyin yaşamını anlamlı ve tatmin edici olarak değerlendirmesi, geçmiş deneyimlerini kabul etmesi ve yaşamının bir bütün olarak değerli olduğunu hissetmesidir. Umutsuzluk ise, yaşamın boşa geçtiği, fırsatların kaçırıldığı ve pişmanlıkların ağır bastığı bir duygudur. Ego bütünlüğüne ulaşan yaşlılar, daha yüksek yaşam doyumu, daha iyi ruh sağlığı ve daha az yalnızlık yaşarlar (Dezutter et al., 2020).

Geçmiş yaşantıların olumlu bir şekilde değerlendirilmesi, bugünkü duygu durumunu olumlu etkiler. Yaşamlarını anlamlı ve tatmin edici olarak gören yaşlılar, mevcut zorluklarla daha iyi başa çıkabilir, olumsuz yaşam olaylarına karşı daha dirençli olabilir ve yalnızlık hissini daha az yoğun yaşayabilir. Geçmiş yaşantıların olumsuz bir şekilde değerlendirilmesi ise, pişmanlık, suçluluk, öfke ve umutsuzluk gibi olumsuz duygulara yol açar ve bu da depresyon, anksiyete ve yalnızlık riskini artırır (Elias et al., 2015).

Szceśniak et al. (2020), yalnızlık hissini, yaşam memnuniyetsizliğinin güçlü bir yordayıcısı olduğunu ve varyansın %12'sini açıkladığını bulmuşlardır. Daha büyük yalnızlık, genellikle

daha düşük yaşam doyumu ve refah ile ilişkilidir. Ancak, bu ilişki çift yönlüdür; düşük yaşam doyumu da yalnızlık hissini artırabilir.

Huzurevlerinde yaşayan yaşlılar için, geçmiş yaşantıların değerlendirilmesi, özellikle önemlidir çünkü kurumsallaşma süreci, yaşlıların yaşamlarını gözden geçirme ve anlam arama ihtiyacını artırabilir. Bu bağlamda, geçmiş yaşantıların olumlu bir şekilde değerlendirilmesi, huzurevindeki uyum sürecini kolaylaştırabilir ve yalnızlık hissini azaltabilir (Dezutter et al., 2020).

Anımsama terapisi ve yaşam gözden geçirme yaklaşımları, yaşlıların geçmiş yaşantılarını yapılandırılmış bir şekilde gözden geçirmelerine ve olumlu anıları hatırlamalarına yardımcı olan terapötik müdahalelerdir. Bu müdahaleler, yaşlıların yaşamlarını anlamlı bir bütün olarak görmelerine, ego bütünlüğüne ulaşmalarına ve yaşam doyumunu artırmalarına yardımcı olabilir. Araştırmalar, anımsama terapisinin, huzurevlerinde yaşayan yaşlıların depresyon, yalnızlık ve yaşam doyumu üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (Elias et al., 2015; Dezutter et al., 2020).

Yaşam Doyumunun Yalnızlık Üzerindeki Hafifletici Etkisi

Yaşam doyumu, yalnızlık hissini hafifletebilir; yani, yüksek yaşam doyumuna sahip yaşlılar, olumsuz yaşam olayları veya sosyal kayıplar karşısında daha dirençli olabilir ve yalnızlık hissini daha az yoğun yaşayabilirler. Bu hafifletici etkisi, yaşam doyumunun, bireyin genel refahını ve psikolojik kaynaklarını güçlendirmesi ve olumsuz deneyimlerin etkisini azaltması yoluyla gerçekleşir (Szcześniak et al., 2020).

Yüksek yaşam doyumuna sahip yaşlılar, genellikle daha olumlu bir dünya görüşüne, daha güçlü bir öz-yeterliliğe ve daha etkili başa çıkma yöntemlerine sahiptir. Yaşamlarından memnun olan yaşlılar, mevcut durumlarını daha olumlu değerlendirir, gelecek hakkında daha iyimser olur ve zorluklarla başa çıkma konusunda kendilerine daha fazla güvenir. Bu psikolojik kaynaklar, yalnızlık hissini azaltmada önemli rol oynar (Dezutter et al., 2020).

Nigg (2021) yalnızlık ve yaşam doyumu arasında negatif bir ilişki bulmuş ve daha büyük yalnızlığın daha düşük yaşam doyumu ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bireyin kendi seçimlerini destekleyen bireye özgü bakım uygulamalarının, yalnızlığı azaltmakla kalmayıp daha yüksek yaşam doyumuna da yol açabileceğini belirtmiştir. Çevresel koşullar ve kişisel özerklik de yaşlılarda yalnızlıkla ilgili olarak değerlendirilmiştir.

Yaşam doyumunun hafifletici etkisi, özellikle huzurevlerinde yaşayan yaşlılar için önemlidir çünkü kurumsallaşma süreci, birçok stresör ve kayıp içerir. Yüksek yaşam doyumuna sahip yaşlılar, huzurevine geçişi daha olumlu bir şekilde değerlendirebilir, yeni ortama daha kolay uyum sağlayabilir ve sosyal kayıpların etkisini daha az hissedebilir. Ancak düşük yaşam doyumuna sahip yaşlılar ise, huzurevine geçişi daha olumsuz bir şekilde değerlendirebilir, uyum sürecinde daha fazla zorluk yaşayabilir ve yalnızlık hissini daha yoğun yaşayabilir (Szcześniak et al., 2020).

Onal ve ark. (2022), COVID-19 pandemisi sırasında Türkiye'de yaptıkları çalışmada, yalnızlık düzeyindeki artışın yaşam doyumunda azalma ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Yüksek algılanan sosyal destek, daha yüksek yaşam kalitesi ile ilişkili faktörler arasındayken, yalnızlık düzeyindeki artış, kısıtlamalar sırasında zorluklar yaşama, kronik hastalıklar ve ileri yaş, yalnızlık düzeyini ve sosyal desteği olumsuz etkilemiştir.

Yaşam doyumunun hafifletici etkisi, sadece bireysel düzeyde değil, aynı zamanda kurumsal düzeyde de desteklenebilir. Huzurevleri, yaşlıların yaşam doyumunu artırmaya yönelik programlar ve uygulamalar geliştirebilir. Anlamlı aktivitelere katılım, sosyal destek, özerklik ve kontrol hissi, kişisel tercihlerin saygı görmesi ve olumlu personel tutumları, yaşam doyumunu artırabilir ve yalnızlık hissini azaltabilir (Elias et al., 2015).

Yaşam Doyumu Yüksek ve Düşük Yaşlıların Yalnızlık Deneyimleri Arasındaki Farklar

Yaşam doyumu yüksek ve düşük yaşlıların yalnızlık deneyimleri arasında önemli farklar vardır. Yüksek yaşam

doyumuna sahip yaşlılar, genellikle daha az yalnızlık yaşarlar ve yalnızlık hissettiklerinde bile, bu duyguyu daha az yoğun ve daha kısa süreli yaşarlar. Düşük yaşam doyumuna sahip yaşlılar ise daha fazla yalnızlık yaşarlar ve yalnızlık hissi, daha yoğun, daha uzun süreli ve daha sıkıntılı olabilir (Nigg, 2021).

Yüksek yaşam doyumuna sahip yaşlılar, sosyal ilişkilerini daha olumlu değerlendirir ve sosyal ağlarından daha fazla memnuniyet duyar. Sosyal ilişkilerinin niteliğine odaklanırlar ve az sayıda ama yakın ve anlamlı ilişkilere sahip olmayı tercih edebilirler. Sosyal etkileşimlerde daha aktif ve girişken olurlar ve yeni ilişkiler kurmaya daha açık olurlar. Sosyal kayıplar yaşadıklarında, bu kayıpları daha iyi kabul edebilir ve yeni sosyal bağlantılar kurarak telafi edebilirler (Rey-Beiro et al., 2024).

Düşük yaşam doyumuna sahip yaşlılar ise, sosyal ilişkilerini daha olumsuz değerlendirir ve sosyal ağlarından daha az memnuniyet duyar. Sosyal ilişkilerinin niceliğine odaklanabilir ve çok sayıda sosyal temasa sahip olsalar bile, yalnızlık hissedebilirler. Sosyal etkileşimlerde daha pasif ve geri çekilmiş olurlar ve yeni ilişkiler kurmaya daha az istekli olurlar. Sosyal kayıplar yaşadıklarında, bu kayıpları daha zor kabul edebilir ve yalnızlık hissi daha da derinleşebilir (Ercan Şahin ve Üzar Özçetin, 2020).

Sezer Balcı ve ark. (2022), huzurevlerinde yaşayan yaşlılar arasında grup anımsama terapisinin etkilerini araştırmışlar ve müdahale grubunda Beck Depresyon Ölçeği puanlarının azaldığını ve Yaşam Doyumu Ölçeği puanlarının arttığını bulmuşlardır. Ancak, Yalnızlık Ölçeği puanlarında anlamlı bir değişiklik olmamıştır. Anımsama terapisinin depresyonu azaltmak ve yaşam doyumunu artırmak için yararlı olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, yaşam doyumunun artırılmasının, yalnızlık üzerinde doğrudan bir etkisi olmasa bile, genel ruh sağlığını iyileştirebileceğini göstermektedir.

Huzurevlerinde, yaşam doyumunu yüksek ve düşük yaşlıların yalnızlık deneyimleri arasındaki farklar, müdahalelerin planlanmasında dikkate alınmalıdır. Yüksek yaşam doyumuna sahip

yaşlılar için, sosyal etkileşim fırsatlarının artırılması ve anlamlı ilişkilerin desteklenmesi yeterli olabilir. Düşük yaşam doyumuna sahip yaşlılar için ise, daha kapsamlı müdahaleler gerekebilir; bunlar arasında bireysel danışmanlık, depresyon tedavisi, yaşam gözden geçirme terapisi ve yaşam doyumunu artırmaya yönelik özel programlar yer alabilir. (Nigg, 2021; Sezer Balcı ve ark., 2022).

Rey-Beiro et al. (2024), İspanya'da yaptıkları çalışmada, yalnızlık düzeylerindeki artışın, yaşlılarda yaşam doyumu ve benlik saygısının azalmasında önemli bir yordayıcısı olduğunu bulmuşlardır. Benlik saygısındaki artış ise, sadece yaşam doyumunu artırmakla kalmamış, aynı zamanda yalnızlığın üzerindeki olumsuz etkisini de hafifletmiştir. Yaşam ortamı (kırsal-kentsel), bu ilişkileri önemli ölçüde etkilemiş ve kentsel alanlardaki yaşlılar için daha güçlü bağlantılar gözlemlenmiştir.

Yaşam Kalitesinin Yalnızlık Duygusuyla İlişkisi

Bu bölümde fiziksel sağlık, işlevsel bağımsızlık ve günlük aktivitelerin rolü, huzurevinin fiziksel ve sosyal ortam kalitesinin yalnızlığa etkisi, algılanan yaşam kalitesi ile nesnel koşullar arasındaki fark ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Fiziksel Sağlık, İşlevsel Bağımsızlık ve Günlük Aktivitelerin Rolü

Fiziksel sağlık ve işlevsel bağımsızlık, yaşlıların yaşam kalitesinin temel bileşenleridir ve yalnızlık duygusuyla yakından ilişkilidir. Fiziksel sağlık, kronik hastalıkların varlığı, ağrı, yorgunluk ve genel sağlık durumunu içerir. İşlevsel bağımsızlık, günlük yaşam aktivitelerini ve enstrümantal günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirme yeteneğini ifade eder. Fiziksel sağlık ve işlevsel bağımsızlıktaki azalma, yaşlıların sosyal aktivitelere katılma yeteneğini sınırlar ve bu da yalnızlık riskini artırır (Smith et al., 2024).

Trybusińska et al. (2019), huzurevi sakinleri arasında yalnızlığın, aile ile ilişkiler ve motor verimlilik düzeyleri tarafından etkilendiğini bulmuşlardır. Hastalığı kabul etme derecesi, değişime

uyum sağlama yeteneği ve yaşam doyumu da yalnızlığı etkiliyordu; daha yüksek memnuniyet, daha düşük yalnızlıkla ilişkiliydi. Sağlık durumunun düşük olarak değerlendirilmesi, daha kötü ruh hali ve başkalarına bağımlılık da yalnızlıkla bağlantılıydı. Bu bulgular, fiziksel sağlık ve işlevsel bağımsızlığın, yalnızlığın önemli belirleyicileri olduğunu göstermektedir.

Fiziksel sağlık sorunları, özellikle mobilite kısıtlılıkları, yaşlıların sosyal etkileşim fırsatlarını sınırlar. Yürüme güçlüğü, tekerlekli sandalye kullanımı veya yatak bağımlılığı, yaşlıların ortak alanlara gitmesini, grup aktivitelerine katılmasını ve diğer sakinlerle etkileşime girmesini zorlaştırır. İşitme ve görme sorunları da sosyal etkileşimi engeller; işitme kaybı, konuşmaları takip etmeyi zorlaştırır ve sosyal izolasyona yol açabilir. Görme kaybı, yüz ifadelerini ve beden dilini algılamayı zorlaştırır ve sosyal ipuçlarını kaçırmaya neden olabilir (Smith et al., 2024).

Kronik ağrı, yaşlıların sosyal aktivitelere katılma motivasyonunu azaltır. Ağrı, yorgunluk, huzursuzluk ve konsantrasyon güçlüğü yaratır ve bu da sosyal etkileşimi daha az keyifli hale getirir. Kronik hastalıklar, özellikle kalp hastalıkları, diyabet, artrit ve solunum hastalıkları, yaşlıların enerji düzeyini azaltır ve sosyal aktivitelere katılımını sınırlar (Pluzarić et al., 2016).

Smith et al. (2024), sistematik derleme çalışmasında uzun süreli bakımda yalnızlık ve sosyal izolasyonun zararlı sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu ve sakinlerin %56'sına kadar yalnızlık bildirdiğini sunmuşlardır. Daha fazla işlevsel yeteneğe ve daha yüksek dayanıklılık puanlarına sahip yaşlılar, daha az yalnızlık yaşamışlardır. Ağrı, ruminasyon, deterministik düşünme ve konfabulasyon bildiren yaşlılarda ise yalnızlığın arttığını bildirmişlerdir. Bahçecilik, müzik, video konferans, kahkaha yogası ve akran mentorluk gibi müdahale programları, yalnızlığı azaltmada etkili bulunmuştur (Raciti et al., 2022).

İşlevsel bağımsızlık, yaşlıların özerklik ve kontrol hissini korumalarını sağlar ve bu da benlik saygısını ve yaşam doyumunu artırır. Buna karşılık işlevsel bağımlılık, yaşlıların kendilerini daha az yetkin ve daha bağımlı hissetmelerine yol açmakta; bu durum

benlik saygısını düşürmekte ve yalnızlık riskini artırmaktadır (Smith et al., 2024).

Pluzarić et al. (2016), huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerin genellikle daha düşük işlevsel kapasiteye sahip olduğunu ve bu durumun, her şeyi karşılayan sağlık bakım sistemi nedeniyle ortaya çıkan "öğrenilmiş çaresizlik" ile daha da kötüleşebileceğini belirtmiştir. Böyle bir sistem, bireyin kendi bakımını üstlenmesini engelleyerek bağımlılığı artırmaktadır. Yaşlılarda yalnızlık, özellikle zihinsel alanda olmak üzere düşük yaşam kalitesiyle ilişkilendirilmekte; sosyal destek ise bireyin tatmin edici sosyal rollerini sürdürebildiğine dair algısını etkilemektedir.

Huzurevlerinde, fiziksel sağlık ve işlevsel bağımsızlığı desteklemek, yalnızlığı azaltmak için önemli bir yaklaşımdır. Fiziksel rehabilitasyon programları, egzersiz programları, ağrı yönetimi ve yardımcı cihazların sağlanması, yaşlıların mobilite ve işlevsel yeteneklerini artırabilir. Erişilebilir fiziksel ortamlar, yaşlıların bağımsız hareket etmesini ve sosyal alanlara erişimini kolaylaştırır (Raciti et al., 2022).

Huzurevinin Fiziksel ve Sosyal Ortam Kalitesinin Yalnızlığa Etkisi

Huzurevinin fiziksel ve sosyal ortam kalitesi, yaşlıların yalnızlık deneyimlerini önemli ölçüde etkiler. Fiziksel ortam, kurumun mimari tasarımı, ortak alanların varlığı ve düzenlenmesi, mahremiyet olanakları, gürültü seviyeleri, aydınlatma, sıcaklık ve genel temizlik ve bakımı içerir. Sosyal ortam; personel sayısı ve tutumları, yaşlılararası ilişkiler, aktivite programları, kurumun kültürü, değerleri ve aile katılımı olanaklarını içerir (Güler ve Ürük, 2025).

Fiziksel ortamın kalitesi, yaşlıların konfor, güvenlik ve refah hissini etkiler. İyi tasarlanmış fiziksel ortamlar, sosyal etkileşimi teşvik eder, bağımsızlığı destekler ve yaşlıların kendilerini evde hissetmelerini sağlar. Ortak alanların varlığı, özellikle rahat oturma

alanları, yemek salonları, bahçeler ve aktivite odaları, yaşlıların bir araya gelmesini ve sosyal etkileşime girmesini kolaylaştırır. Mahremiyet olanakları, özellikle özel odalar ve sessiz alanlar, yaşlıların bireysel alanlarına sahip olmalarını ve ihtiyaç duyduklarında yalnız kalmalarını sağlar (Konuk ve Kaya, 2018).

Gürültü seviyeleri, yaşlıların konforunu ve sosyal etkileşim kalitesini etkiler. Yüksek gürültü seviyeleri, özellikle işitme sorunları olan yaşlılar için, konuşmaları takip etmeyi zorlaştırır ve sosyal etkileşimi daha az keyifli hale getirir. Aydınlatma, özellikle doğal ışık, yaşlıların ruh halini ve enerji düzeyini olumlu etkiler. Sıcaklık ve genel temizlik, yaşlıların fiziksel konforunu ve sağlığını etkiler (Konuk ve Kaya, 2018).

Sosyal ortamın kalitesi, yaşlıların sosyal destek, aidiyet hissi ve değer verilme duygusunu etkiler. Yeterli personel sayısı, yaşlılara daha fazla bireysel ilgi gösterilmesini ve ihtiyaçlarının daha iyi karşılanmasını sağlar. Personelin olumlu tutumları, saygılı davranışları ve empatik yaklaşımları, yaşlıların kendilerini değerli ve saygı duyulan hissetmelerini sağlar (Taş ve Şaldırdak, 2021).

Kişilerarası ilişkiler, aile ve arkadaşlarla temas ve hostel içinde yeni arkadaşlıklar geliştirmek dahil, sakinlerin yaşam kalitesi için önemlidir. Yalnızlık, eski arkadaşlarla temasın kaybından kaynaklanabilir. Benlik saygısı da çok önemlidir, çünkü basit görevleri yerine getirememe, benlik saygısını aşındırabilir (Taş ve Şaldırdak, 2021).

Pettit (1989), kurumsal faktörlerin, özellikle personel tutumları ve fiziksel ortamın, yaşlıların refahını etkilediğini ve bu unsurların yalnızlıkla ilişkili duyguları hafifletebileceğini belirtmiştir. Kişilerarası ilişkiler, aile ve arkadaşlarla temas ve kurum içinde yeni arkadaşlıklar geliştirmek dahil, sakinlerin yaşam kalitesi için önemlidir. Yalnızlık, eski arkadaşlarla temasın kaybından kaynaklanabilir. Benlik saygısı da çok önemlidir, çünkü basit görevleri yerine getirememe, benlik saygısını zedeleyebilir.

Aktivite programları, huzurevlerinde sosyal ortamın önemli bir bileşenidir. Çeşitli, ilgi çekici ve anlamlı aktiviteler, yaşlıların sosyal etkileşime girmesini, yeni beceriler öğrenmesini ve keyifli

zaman geçirmesini sağlar. Grup aktiviteleri, özellikle müzik, sanat, oyunlar ve egzersiz, sosyal bağlantıları güçlendirir ve yalnızlığı azaltır. Bireysel aktiviteler, özellikle okuma, el işi ve bahçecilik, yaşlıların kişiisel ilgi alanlarını sürdürmelerini ve anlamlı zaman geçirmelerini sağlar (Raciti et al., 2022).

Kurumun kültürü ve değerleri, yaşlıların nasıl muamele gördüğünü ve kendilerini nasıl hissettiklerini etkiler. Bireye özgü bakım yaklaşımı, yaşlıların bireysel ihtiyaçlarına, tercihlerine ve değerlerine saygı gösterir ve onların özerklik ve kontrol hissini destekler. Bu yaklaşım, yaşlıların kendilerini değerli ve saygı duyulan hissetmelerini sağlar ve yalnızlık hissini azaltır.

Nigg (2021), bireysel seçimin yerine getirilmesini pekiştiren bireye özgü bakım uygulamalarının, yalnızlık düzeyinde azalma ile ilişkili olabileceğini belirtmiştir. Çevresel koşullar ve bireysel özerklik de yaşlılarda yalnızlıkla ilgili olarak değerlendirilmiştir.

Algılanan Yaşam Kalitesi ile Nesnel Koşullar Arasındaki Fark

Yaşam kalitesi, hem nesnel koşullar (fiziksel sağlık, işlevsel bağımsızlık, ekonomik durum, yaşam koşulları) hem de öznel algılar (memnuniyet, mutluluk, refah hissi) tarafından belirlenir. Ancak, nesnel koşullar ve öznel algılar arasında her zaman doğrudan bir ilişki yoktur. Bazı yaşlılar, nesnel olarak iyi koşullara sahip olsalar bile, düşük yaşam kalitesi algılayabilir. Tersine, bazı yaşlılar, nesnel olarak zor koşullara sahip olsalar bile, yüksek yaşam kalitesi algılayabilir (Altay ve ark., 2016).

Algılanan yaşam kalitesi, bireyin kendi standartlarına, beklentilerine ve değerlerine göre yaşamını değerlendirmesi sonucu oluşur. Yaşlılar, yaşam kalitelerini değerlendirirken, sadece nesnel koşulları değil, aynı zamanda bu koşulların kendi beklentilerini ne ölçüde karşıladığını da dikkate alırlar. Beklentileri düşük olan yaşlılar, mtevacı koşullarda bile yüksek yaşam kalitesi algılayabilir. Beklentileri yüksek olan yaşlılar ise, iyi koşullarda bile düşük yaşam kalitesi algılayabilir (Sözen ve ark., 2020).

Kişilik özellikleri, başa çıkma stratejileri ve sosyal karşılaştırmalar da algılanan yaşam kalitesini etkiler. İyimser, esnek ve etkili başa çıkma stratejilerine sahip yaşlılar, zorluklarla daha iyi başa çıkabilir ve yaşam kalitelerini daha olumlu değerlendirebilir. Kendilerini daha kötü durumda olan başkalarıyla karşılaştıran yaşlılar, kendi durumlarını daha olumlu değerlendirebilir (Xia Xie et al., 2017).

Ponte et al. (2024), öznel iyi oluş ve bu popülasyondaki yaşam kalitesine odaklanan çalışmasında kurumsallaşmış yaşlı bireylerde yalnızlığın yaşam kalitesi ve yaşam doyumu ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu ve bunları etkilediğini bulmuşlardır. Araştırma sonucunda yaşlıların yaşamdan tamamen memnun olmadığını göstermekte ve yalnızlığı refahlarını etkileyen önemli bir faktör olarak vurgulamaktadır.

Huzurevlerinde, algılanan yaşam kalitesi, nesnel koşullardan daha önemli olabilir çünkü algılanan yaşam kalitesi, yaşlıların öznel refahını, ruh sağlığını ve yalnızlık hissini doğrudan etkiler. Nesnel koşulları iyileştirmek önemlidir ancak yaşlıların bu koşulları nasıl algıladığını ve değerlendirdiğini anlamak ve olumlu algıları desteklemek de aynı derecede önemlidir (Bahadır ve ark., 2022).

Yaşlıların beklentilerini anlamak, kişisel tercihlerine saygı göstermek, özerklik ve kontrol hissini desteklemek ve olumlu sosyal karşılaştırmalar yapmalarını sağlamak, algılanan yaşam kalitesini artırabilir. Ayrıca, yaşlıların güçlü yönlerine, başarılarına ve olumlu deneyimlerine odaklanmak, yaşam kalitesi algısını iyileştirebilir (Xia Xie et al., 2017).

Korkmaz ve ark. (2021), huzurevinde bulunan yaşlılarda yalnızlık puanları ile yaşam kalitesi arasında önemli bir ters ilişki bulmuşlar ve yalnızlığın yaşam kalitesini öngördüğünü belirtmişlerdir. Yalnızlık düzeyleri, cinsiyet ve eğitim durumuna göre değişiklik göstermiş, ancak yaş, kurumda kalma süresi veya kurumdan memnuniyet durumuna göre değişmemiştir.

Benlik Saygısının Koruyucu Rolü

Bu başlık altında yaşlılıkta benlik saygısını tehdit eden faktörler ve benlik saygısı düşük yaşlılarda yalnızlığın kısır döngüsü ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Yaşlılıkta Benlik Saygısını Tehdit Eden Faktörler: Rol Kayıpları, Fiziksel Gerileme

Yaşlılık, benlik saygısını tehdit edebilecek birçok faktörü içerir. Bu faktörler arasında rol kayıpları, fiziksel gerileme, bilişsel değişiklikler, sosyal izolasyon ve yaşla ilgili ayrımcılık (ageism) yer alır. Bu tehditlerin anlaşılması, benlik saygısını korumaya ve desteklemeye yönelik müdahalelerin geliştirilmesinde önemlidir (Conjuga et al., 2018).

“Rol kayıpları”, yaşlılıkta benlik saygısını tehdit eden en önemli faktörlerden biridir. Birçok yaşlı için, meslek, kimliğin önemli bir parçasıdır ve emeklilik, amaç kaybı, değersizlik hissi ve sosyal statü kaybı yaratabilir. Ebeveynlik rolünün değişmesi, özellikle çocukların evden ayrılması ve kendi ailelerini kurması, yaşlıların aile içindeki rollerini değiştirir. Topluluk rollerinin kaybı, özellikle gönüllü çalışma, sosyal kulüpler veya dini organizasyonlardaki rollerin kaybı, sosyal bağlantıları ve amaç duygusunu azaltır (Babazadeh et al., 2025).

“Fiziksel gerileme”, yaşlılıkta benlik saygısını tehdit eden bir diğer önemli faktördür. Fiziksel sağlıkta gerileme, kronik hastalıklar, ağrı, yorgunluk ve enerji kaybı, yaşlıların kendilerini daha az yetkin ve daha bağımlı hissetmelerine neden olur. İşlevsel bağımsızlıkta azalma, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirememeye, yaşlıların özerklik ve kontrol hissini azaltır ve benlik saygısını olumsuz etkiler. Fiziksel görünümdeki değişiklikler, özellikle kırışıklıklar, saç dökülmesi, kilo değişimleri ve postür değişiklikleri, yaşlıların kendilerini daha az çekici hissetmelerine neden olabilir (Orth et al., 2012).

Karagözoğlu ve ark. (2013), yaşlıların % 96.2'sinin yalnızlık yaşadığını ve % 61.2'sinin bazen yalnızlık hissettiğini bulmuşlardır. Çalışma, azalan sosyal desteklerin benlik saygısını azaltabileceğini ve yalnızlığa yol açabileceğini belirtmektedir. Değersiz ve sevgiden mahrum hissetmek, azalan sosyal destek nedeniyle özgüveni azaltabilir ve benlik saygısını ve özerkliği etkileyebilir.

“Bilişsel değişiklikler”, özellikle hafıza kaybı, dikkat ve konsantrasyon güçlükleri ve işlem hızında yavaşlama, yaşlıların

kendilerini daha az yetkin hissetmelerine neden olabilir (Babazadeh et al., 2025).

“Sosyal izolasyon”, yaşlılıkta benlik saygısını tehdit eden bir diğer faktördür. Sosyal bağlantıların azalması, sosyal destek eksikliği ve yalnızlık, yaşlıların kendilerini daha az değerli ve daha az sevilir hissetmelerine neden olur (Szcześniak et al., 2020).

“Yaşla ilgili ayrımcılık”; yaşlılara yönelik olumsuz stereotipler, önyargılar ve ayrımcı davranışlardır. Yaşlıların yeteneksiz, bağımlı, yük veya değersiz olarak görülmesi, benlik saygısını ciddi şekilde tehdit eder. Yaşlılar, bu olumsuz stereotipleri içselleştirebilir ve kendilerini gerçekten daha az yetkin ve değerli hissedebilir (Conjuga et al., 2018).

Huzurevlerine geçiş, bu tehditlerin birçoğunu bir araya getirir. Kurumsallaşma, bağımsızlık kaybı, bireysel özerkliğin azalması, tanıdık çevreden ayrılma, sosyal rollerin kaybı ve bazen olumsuz personel tutumları, yaşlıların benlik saygısını önemli ölçüde azaltabilir (Yılmaz, 2018).

Yüksek Benlik Saygısının Sosyal İlişki Kurma Motivasyonuna Etkisi

Yüksek benlik saygısı, yaşlıların sosyal ilişki kurma motivasyonunu olumlu etkiler. Yüksek benlik saygısına sahip yaşlılar, kendilerini değerli, yetkin ve sevmeye layık hisseder ve bu da sosyal etkileşimlerde daha güvenli ve girişken olmalarını sağlar. Sosyal ilişki kurma konusunda kendilerine güvenirlir, sosyal reddedilme korkusu daha az yaşarlar ve yeni ilişkiler kurmaya daha açık olurlar (Szcześniak et al., 2020).

Yüksek benlik saygısına sahip yaşlılar, sosyal etkileşimleri daha olumlu değerlendirir ve sosyal ilişkilerden daha fazla memnuniyet duyar. Sosyal etkileşimlerde daha aktif rol alırlar, konuşmalara katılırlar, fikirlerini paylaşırlar ve başkalarıyla bağlantı kurarlar. Sosyal kayıplar yaşadıklarında, bu kayıpları daha iyi kabul edebilir ve yeni sosyal bağlantılar kurarak telafi edebilirler (Zhao et al., 2017).

Düşük benlik saygısına sahip yaşlılar ise, kendilerini daha az değerli, daha az yetkin ve sevmeye daha az layık hisseder ve bu da sosyal etkileşimlerde daha güvensiz ve geri çekilmiş olmalarına neden olur. Sosyal ilişki kurma konusunda kendilerine güvenmezler, sosyal reddedilme korkusu daha fazla yaşarlar ve yeni ilişkiler kurmaktan kaçınırlar. Sosyal etkileşimleri daha olumsuz değerlendirir ve sosyal ilişkilerden daha az memnuniyet duyarlar (Szcześniak et al., 2020).

Zhao et al. (2017), yaşlılarda benlik saygısı ve yalnızlık arasındaki ilişkide pozitif başa çıkma tarzının kısmi aracı rol oynadığını bulmuşlardır. Bu, benlik saygısının yalnızlığı doğrudan etkilemekle birlikte, başa çıkma stratejileri aracılığıyla da dolaylı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Yüksek benlik saygısına sahip yaşlılar, daha etkili başa çıkma yöntemleri kullanabilir ve bu da yalnızlık hissini azaltabilir (Babazadeh et al., 2025).

Bierman et al. (2023), benlik saygısının, yaşamın sonlarında finansal baskının yalnızlık üzerindeki sonuçlarını hem dengeleyerek hem de tamponlayarak hafiflettiğini bulmuşlardır. Özellikle, kişiler arası benlik saygısı, yalnızlığı dengeler ve kişi içi finansal baskıyı tamponlar. Sonuç olarak, kişi içi finansal baskı, yalnızlıkla yalnızca düşük kişiler arası benlik saygısı düzeylerinde ilişkilidir; bu da güçlü bir değer duygusunun yaşlıları koruduğunu gösterir (Demir Gökmen & Çeker, 2022).

Huzurevlerinde, yüksek benlik saygısı, yaşlıların yeni sosyal bağlantılar kurmasını, grup aktivitelerine katılmasını ve diğer sakinlerle anlamlı ilişkiler geliştirmesini kolaylaştırır. Benlik saygısını desteklemek, yalnızlığı azaltmak için önemli bir stratejidir (Zhao et al., 2017).

Benlik Saygısı Düşük Yaşlılarda Yalnızlığın Kısır Döngüsü

Benlik saygısı düşük yaşlılarda, yalnızlık bir kısır döngü yaratabilir. Düşük benlik saygısı, sosyal ilişki kurma motivasyonunu azaltır, sosyal geri çekilmeye neden olur ve yalnızlık riskini artırır. Yalnızlık, sosyal değersizlik hissi, başkaları tarafından sevmeme ve kabul edilmeme duyguları yaratır ve bu da benlik saygısını daha da azaltır. Bu kısır döngü, yaşlıların giderek daha fazla

yalnızlaşmasına ve ruh sağığının daha da kötüleşmesine neden olabilir (Szcześniak et al., 2020; Canjuga et al., 2018).

Düşük benlik saygısına sahip yaşlılar, sosyal etkileşimlerde kendilerini daha az yetkin hisseder, sosyal reddedilme korkusu yaşar ve sosyal etkileşimlerden kaçınır. Sosyal etkileşim eksikliği, sosyal beceri kaybına ve sosyal güven azalmasına yol açar ve bu da sosyal etkileşimi daha da zorlaştırır. Yalnızlık, olumsuz düşünceleri, ruminasyonu ve depresyonu artırır ve bu da benlik saygısını daha da azaltır (Yılmaz, 2018).

Szcześniak et al. (2020), yalnızlığın benlik saygısı ile negatif korelasyon gösterdiğini ve benlik saygısının, yalnızlık ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide bir baskılayıcı olarak işlev gördüğünü bulmuşlardır.

Canjuga et al. (2018), düşük benlik saygısının yalnızlığı artırdığını, yalnızlığın da benlik saygısını düşürdüğünü bulmuşlardır. Daha yüksek eğitime sahip katılımcılar, benlik saygılarını daha yüksek değerlendirmişlerdir. Ayrıca, sağıklarını mükemmel ve iyi olarak değerlendirenler de daha yüksek benlik saygısı belirtmişlerdir.

Bu nedenle bu döngüyü kırmak için, benlik saygısını desteklemeye ve yalnızlığı azaltmaya yönelik müdahaleler gereklidir. Benlik saygısını artırmak, sosyal ilişki kurma motivasyonunu artırabilir ve yalnızlık riskini azaltabilir. Yalnızlığı azaltmak, sosyal destek ve aidiyet hissi sağılayabilir ve benlik saygısını artırabilir. Bu nedenle, müdahaleler, hem benlik saygısını hem de yalnızlığı hedef almalıdır (Szcześniak et al., 2020).

Chugchilan et al. (2024), yaşlılarda benlik saygısı ve yalnızlık arasında ters bir korelasyon bulmuşlar ve daha düşük benlik saygısının daha büyük yalnızlık hissi ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Benlik saygısı, koruyucu potansiyel bir faktör olarak tanımlanmıştır, çünkü yaşlı bireyler evrimsel süreçleri nedeniyle sosyal etkileşimleri azaltma ve yalnızlık yaşama eğilimindedir.

Yaşam Doyumu, Yaşam Kalitesi ve Benlik Saygısı Değişkenin Üçlü Etkileşimi

Yaşam doyumu, yaşam kalitesi ve benlik saygısı, birbirleriyle çok boyutlu ve karşılıklı ilişkiler içindedir. Bu üç değişken, birbirini etkiler ve birlikte, yaşlıların genel refahını, ruh sağlığını ve yalnızlık deneyimlerini şekillendirir. Bu ilişkilerin anlaşılması, yalnızlığı azaltmaya yönelik bütüncül ve etkili müdahalelerin geliştirilmesinde önemlidir (Demir Gökmen & Çeker, 2022).

“Yaşam doyumu ve yaşam kalitesi” arasında güçlü bir pozitif ilişki vardır. Yüksek yaşam kalitesi, özellikle fiziksel sağlık, işlevsel bağımsızlık, sosyal ilişkiler ve çevresel koşullar açısından, yaşam doyumunu artırır. Tersine, yüksek yaşam doyumu, yaşlıların mevcut koşullarını daha olumlu değerlendirmelerini sağlar ve algılanan yaşam kalitesini artırır. Bu ilişki, çift yönlüdür ve birbirini güçlendirir (Ponte et al., 2024).

“Yaşam doyumu ve benlik saygısı” arasında da güçlü bir pozitif ilişki vardır. Yüksek benlik saygısı, yaşlıların kendilerini değerli ve yetkin hissetmelerini sağlar ve bu da yaşam doyumunu artırır. Ayrıca yüksek yaşam doyumu da, yaşlıların yaşamlarını anlamlı ve tatmin edici olarak görmelerini sağlar ve bu da benlik saygısını artırır. Szcześniak et al. (2020), benlik saygısının, yalnızlık ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide bir baskılayıcı olarak işlev gördüğünü bulmuşlardır.

“Yaşam kalitesi ve benlik saygısı” arasında da pozitif bir ilişki vardır. Yüksek yaşam kalitesi, özellikle fiziksel sağlık ve işlevsel bağımsızlık, yaşlıların kendilerini daha yetkin hissetmelerini sağlar ve benlik saygısını artırır. Ayrıca yüksek benlik saygısı da, yaşlıların zorluklarla daha iyi başa çıkmalarını sağlar ve algılanan yaşam kalitesini artırır (Taş ve Şaldırdak, 2021). Pluzarić et al. (2016), benlik saygısı kaybının ve düşük benlik saygısının, yalnızlık gibi ciddi sorunlara neden olabileceğini belirtmişlerdir. Yaşlılarda yalnızlık, özellikle zihinsel alanda düşük yaşam kalitesi ile ilişkilidir.

Bu üç değişken arasındaki karşılıklı ilişkiler, bir bütüncül model oluşturur. Yüksek yaşam doyumu, yüksek yaşam kalitesi ve

yüksek benlik saygısı, birbirini güçlendirir ve yaşlıların genel refahını artırır. Tersine, düşük yaşam doyumu, düşük yaşam kalitesi ve düşük benlik saygısı, birbirini olumsuz etkiler ve yaşlıların ruh sağlığını kötüleştirir (Demir Gökmen & Çeker, 2022).

Tian (2016), kuşaklararası sosyal desteğin, benlik saygısı ve yalnızlığın aracılık rolleri ile yaşlıların öznel iyi oluşunu etkilediğini bulmuştur. Yapısal eşitlik modellemesi, benlik saygısı ve yalnızlığın, kuşaklararası sosyal desteğin öznel iyi oluş üzerindeki etkisine kısmen aracılık ettiğini göstermiştir. Bu bulgular, sosyal desteğin, benlik saygısının ve yalnızlığın, yaşlıların öznel iyi oluşunu etkilemede birbirine bağlı olduğunu vurgulamaktadır.

Yalnızlığı Yordayan Faktörlere Dair Araştırma Bulguları

Literatür, yalnızlığı yordayan birçok faktörü tanımlamıştır. Bu faktörler, demografik özellikler, sağlık durumu, sosyal ilişkiler, psikolojik faktörler ve çevresel faktörler olmak üzere farklı kategorilere ayrılabilir.

“Demografik özellikler” arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve ekonomik durum yer alır. İleri yaş, özellikle 80 yaş ve üzeri, yalnızlık riskini artırır. Kadınlar, erkeklere göre daha fazla yalnızlık yaşayabilir, ancak bu bulgu tutarlı değildir. Bekar, boşanmış veya dul olmak, evli olmaya göre daha fazla yalnızlık riski taşır. Düşük eğitim düzeyi ve düşük ekonomik durum, yalnızlık riskini artırır (Tuneu et al., 2023; Smith & Theeke, 2024; Alaviani et al., 2025).

“Sağlık durumu”, yalnızlığın önemli bir yordayıcısıdır. Kronik hastalıklar, ağrı, işlevsel bağımsızlıkta azalma, bilişsel bozukluklar ve depresyon, yalnızlık riskini artırır (Pluzarić et al., 2016). Trybusińska et al. (2019), sağlık durumunun düşük olarak değerlendirilmesinin, daha kötü ruh halinin ve başkalarına bağımlılığın yalnızlıkla bağlantılı olduğunu bulmuşlardır.

“Sosyal ilişkiler”, yalnızlığın en önemli yordayıcılarından biridir. Sosyal ağın büyüklüğü, sosyal temasların sıklığı, sosyal

ilişkilerin kalitesi ve sosyal destek, yalnızlıkla güçlü ilişkiler gösterir. Zayıf sosyal ağlar, seyrek sosyal temaslar, düşük kaliteli sosyal ilişkiler ve yetersiz sosyal destek, yalnızlık riskini artırır (Trybusińska et al., 2019). Castro et al. (2016), ziyaret alan, sık sık huzureviden ayrılan, çok sayıda arkadaşlık ilişkisi olan ve bayram dönemlerini kurum dışında geçiren yaşlıların, daha az yalnızlık bildirdiklerini bulmuşlardır.

“Psikolojik faktörler” arasında benlik saygısı, yaşam doyumu, başa çıkma stratejileri, kişilik özellikleri ve bilişsel değerlendirmeler yer alır. Düşük benlik saygısı, düşük yaşam doyumu, etkisiz başa çıkma stratejileri, nörotisizm ve olumsuz bilişsel değerlendirmeler, yalnızlık riskini artırır (Canjuga et al. 2018; Yılmaz, 2018).

“Çevresel faktörler”, özellikle huzurevlerinde, yalnızlığı etkiler. Kurumun fiziksel ortamı, sosyal aktivite olanakları, personel tutumları ve kurumun kültürü, yalnızlık riskini etkiler. Gill et al. (2025), bakım tesislerinde azalmış sosyal kontrol algısı ve yetersiz sosyal bağlantıların, yalnızlığı şiddetlendirdiğini belirtmişlerdir.

Aracı ve Düzenleyici Etkiler: Hangi Değişken Neyi Tetikliyor?

Yaşam doyumu, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasındaki ilişkilerde, aracı (mediator) ve düzenleyici (moderator) etkiler söz konusudur. Bu etkilerin anlaşılması, yalnızlığın mekanizmalarını ve müdahale noktalarını belirlemeye yardımcı olur (Zhao et al. 2017; Demir Gökmen & Çeker, 2022; Ponte et al., 2024)

“Aracı etkiler”, bir değişkenin, başka bir değişkenin etkisini üçüncü bir değişkene ilettiği durumlardır. Örneğin, sosyal desteğin yaşam doyumu üzerindeki etkisi, benlik saygısı aracılığıyla gerçekleşebilir. Sosyal destek, benlik saygısını artırır ve benlik saygısı da yaşam doyumunu artırır. Bu durumda, benlik saygısı, sosyal destek ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide aracı rol oynar (Demir Gökmen & Çeker, 2022).

Tian (2016), benlik saygısı ve yalnızlığın, kuşaklararası sosyal desteğin öznel iyi oluş üzerindeki etkisine kısmen aracılık ettiğini, Zhao et al. (2017), pozitif başa çıkma stilinin, yaşlılarda benlik saygısı ve yalnızlık arasındaki ilişkide kısmi aracı rol oynadığını. Xie et al. (2022), benlik saygısının, öznel yaş ve yalnızlık arasındaki ilişkide aracı rol oynadığını ve yalnızlığı doğrudan etkilediğini ve dayanıklılıkla birlikte bir zincir aracılık etkisinin parçası olarak etkilediğini, Alaviani et al. (2025), yalnızlığın, yaşlılarda benlik saygısı ve ruh sağlığı arasında bir aracı olarak işlev gördüğünü bulmuşlardır.

“Düzenleyici etkiler”, bir değişkenin, iki değişken arasındaki ilişkinin gücünü veya yönünü değiştirdiği durumlardır. Örneğin, benlik saygısı, yalnızlık ve depresyon arasındaki ilişkiyi düzenleyebilir. Yüksek benlik saygısına sahip yaşlılarda, yalnızlığın depresyon üzerindeki etkisi daha zayıf olabilir. Düşük benlik saygısına sahip yaşlılarda ise, yalnızlığın depresyon üzerindeki etkisi daha güçlü olabilir (Demir Gökmen & Çeker, 2022).

Rey-Beiro et al. (2024), benlik saygısının sadece yaşam doyumunu artırmakla kalmadığını, aynı zamanda yalnızlığın üzerindeki olumsuz etkisini de hafıflettiğini bulmuşlardır. Bu, benlik saygısının, yalnızlık ve yaşam doyumunu arasındaki ilişkide düzenleyici bir rol oynadığını göstermektedir.

Bu aracı ve düzenleyici etkilerin anlaşılması, yaklaşımlarının belirlenmesinde önemlidir. Aracı değişkenlere müdahale etmek, ana değişkenler arasındaki ilişkiyi değiştirebilir. Düzenleyici değişkenlere müdahale etmek, risk altındaki grupları belirleyebilir ve onlara özel müdahaleler sunabilir (Demir Gökmen & Çeker, 2022).

Müdahale Önerileri ve Uygulamaya Yansımalar

Bu başlık altında benlik saygısını desteklemeye yönelik bireysel ve grup çalışmaları, yaşam kalitesini artıracak kurumsal düzenlemeler, yaşam doyumunu yükseltmek için anımsama terapisi

ve yaşamı gözden geçirme yaklaşımları ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Benlik Saygısını Desteklemeye Yönelik Bireysel ve Grup Çalışmaları

Benlik saygısını desteklemek, huzurevlerinde yalnızlığı azaltmak için önemli bir yaklaşımdır. Benlik saygısını artırmaya yönelik yaklaşımlar, hem bireysel hem de grup formatında uygulanabilir ve yaşlıların kendilerini daha değerli, yetkin ve sevmeye layık hissetmelerini sağlamayı amaçlar (Zhao et al., 2017).

“Bireysel danışmanlık ve psikoterapi”, yaşlıların benlik saygısını tehdit eden faktörleri ele almak, olumsuz düşünce kalıplarını değiştirmek ve olumlu benlik algısını güçlendirmek için etkili olabilir. Bilişsel davranışçı terapi (BDT), yaşlıların olumsuz otomatik düşüncelerini tanımlamalarına, bu düşüncelerin gerçekliğini sorgulamalarına ve daha gerçekçi ve olumlu düşünceler geliştirmelerine yardımcı olur (Demir Çelebi ve Yukay Yüksel, 2014). Duque et al. (2025), sosyal izolasyon, sevilen kişilerin kaybı ve fiziksel sınırlamaların kimliği, benlik saygısını ve aidiyet duygusunu tehlikeye atabileceğini ve yalnızlık ve kişisel değersizlik duygularını güçlendirebileceğini belirtmiştir. BDT ve logoterapi gibi psikolojik müdahaleler, benlik saygısını güçlendirmede ve duygusal refahı teşvik etmede etkilidir ve böylece izolasyon ve yalnızlığın olumsuz etkilerini hafifletir.

Lopes (2025), sosyal izolasyon, sevilen kişilerin kaybı ve fiziksel sınırlamaların kimliği, benlik saygısını ve aidiyet duygusunu tehlikeye atabileceğini ve yalnızlık ve kişisel değersizlik duygularını güçlendirebileceğini belirtmiştir.

“Yaşamı gözden geçirme terapisi”, yaşlıların geçmiş yaşantılarını yapılandırılmış bir şekilde gözden geçirmelerine, başarılarını hatırlamalarına, zorluklarla nasıl başa çıktıklarını değerlendirmelerine ve yaşamlarını anlamlı bir bütün olarak görmelerine yardımcı olur. Bu süreç, ego bütünlüğüne ulaşmayı, benlik saygısını artırmayı ve yaşam doyumunu yükseltmeyi amaçlar (Demir Çelebi ve Yukay Yüksel, 2014). Wren (2016), bir yaşam

gözden geçirme protokolünün, günlük yaşam aktivitelerini, sosyal katılımı, yaşama bakış açısını ve huzurevinde yaşama algılarını iyileştirdiğini ve yaşlılar için yaşam kalitesini ve yaşam doyumunu artırdığını bulmuştur.

“Grup çalışmaları”, yaşlıların birbirleriyle etkileşime girmesini, deneyimlerini paylaşmasını ve karşılıklı destek sağlamasını teşvik eder. Benlik saygısını desteklemeye yönelik grup çalışmaları, olumlu geri bildirim, başarıların kutlanması, güçlü yönlerin vurgulanması ve sosyal beceri eğitimi içerebilir (Sahu et al. 2019; Mouriño-Ruiz et al., 2024).

“Anımsama terapisi grup çalışmaları”, yaşlıların geçmiş anılarını paylaşmalarını, olumlu deneyimleri hatırlamalarını ve kimlik duygusunu güçlendirmelerini sağlar (Demir Çelebi ve Yukay Yüksel, 2014). Sahu et al. (2019), huzurevlerinde yaşayan yaşlı kadınlar arasında anımsama grup terapisinin, yalnızlığı önemli ölçüde azalttığını ve benlik saygısını artırdığını, aynı zamanda deney grubunda depresyonu azalttığını bulmuşlardır.

“Beceri geliştirme programları”, yaşlıların yeni beceriler öğrenmesini, mevcut becerilerini geliştirmesini ve kendilerini daha yetkin hissetmelerini sağlar. Sanat, müzik, el işi, bahçecilik, teknoloji kullanımı gibi aktiviteler, yaşlıların başarı hissi yaşamalarını ve benlik saygılarını artırmalarını sağlar (Vrbanac et al., 2013; Mouriño-Ruiz et al., 2024).

“Gönüllü çalışma ve anlamlı roller”, yaşlıların topluma katkıda bulunmalarını, değerli hissetmelerini ve amaç duygusunu sürdürmelerini sağlar. Huzurevlerinde, yaşlıların diğer yaşlılara yardım etmesi, mentorluk yapması veya kurumun aktivitelerine katkıda bulunması, benlik saygısını artırabilir (Carcavilla-Gonzalez et al., 2024).

Yaşam Kalitesini Artıracak Kurumsal Düzenlemeler

Huzurevlerinde yaşam kalitesini artırmak, yalnızlığı azaltmak için önemli bir stratejidir. Kurumsal düzenlemeler, fiziksel ortamın iyileştirilmesi, sosyal aktivite olanaklarının artırılması, personel eğitimi ve bireye özgü bakım yaklaşımının benimsenmesi gibi çeşitli alanları kapsar (Güler ve Ürük, 2025).

“Fiziksel ortamın iyileştirilmesi”, yaşlıların konfor, güvenlik ve refah hissini artırır. Erişilebilirlik, rampalar, asansörler, tutunma barları ve geniş koridorlar, mobilite kısıtlılığı olan yaşlıların bağımsız hareket etmesini kolaylaştırır (Konuk ve Kaya, 2018).

“Sosyal aktivite olanaklarının artırılması”, yaşlıların sosyal etkileşime girmesini, anlamlı zaman geçirmesini ve yeni beceriler öğrenmesini sağlar. Bu aktivite programları yaşlıların ilgi alanlarına ve yeteneklerine uygun olmalıdır (Raciti et al., 2022).

Korin et al. (2026), İsrail'deki bir konut evinde yaşlılara tıbbi palyaço ziyaretlerinin, yalnızlığı azalttığını, benlik saygısını artırdığını ve katılımcılar için genel yaşam kalitesini artırdığını bulmuşlardır. Karşılaşmalar bireysel olarak uyarlanmış, keyif almayı teşvik etmiş ve yaşam alanlarında gevşeme ve oyuna katılma fırsatları sağlamıştır.

“Personel eğitimi”, personelin yaşlılara yönelik olumlu tutumlar geliştirmesini, empatik yaklaşımlar sergilemesini ve bireye özgü bakım ilkelerini uygulamasını sağlar. Personel, yaşlılığın psikolojik ve sosyal yönleri, yalnızlık, depresyon, benlik saygısı ve etkili iletişim becerileri konularında eğitilmelidir (Güler ve Ürük, 2025).

“Bireye özgü bakım yaklaşımı”, yaşlıların bireysel ihtiyaçlarına, tercihlerine ve değerlerine saygı gösterir ve onların özerklik ve kontrol hissini destekler. Bu yaklaşım, yaşlıların bakım planlarına aktif olarak katılmalarını, kararlar almalarını ve kendi yaşamları üzerinde kontrol sahibi olmalarını sağlar. Bireye özgü bakım, yaşlıların kendilerini değerli ve saygı duyulan hissetmelerini sağlar ve yalnızlık hissini azaltır (Nigg, 2021).

“Aile katılımının teşvik edilmesi”, yaşlıların aile üyeleriyle bağlantılarını sürdürmelerini sağlar. Esnek ziyaret saatleri, aile etkinlikleri, aile danışmanlığı ve teknoloji kullanımı (video görüşmeler), aile katılımını artırabilir. Huzurevleri, ailelere yaşlıların bakımına katılma fırsatları sunmalı ve aileleri desteklemelidir (Taş ve Şaldırdak, 2021).

Yaşam Doyumunu Yükseltmek İçin Anımsama Terapisi ve Yaşamı Gözden Geçirme Yaklaşımları

Anımsama terapisi ve yaşamı gözden geçirme yaklaşımları, huzurevlerinde yaşayan yaşlıların yaşam doyumunu yükseltmek ve yalnızlığı azaltmak için etkili müdahalelerdir. Bu yaklaşımlar, yaşlıların geçmiş yaşantılarını yapılandırılmış bir şekilde gözden geçirmelerine, olumlu anıları hatırlamalarına, yaşamlarını anlamlı bir bütün olarak görmelerine ve ego bütünlüğüne ulaşmalarına yardımcı olur (Demir Çelebi ve Yukay Yüksel, 2014).

“Anımsama terapisi”, yaşlıların geçmiş anılarını hatırlamalarını ve paylaşımlarını teşvik eden bir terapötik yaklaşımdır. Anımsama, bireysel veya grup formatında uygulanabilir ve fotoğraflar, müzik, nesneler veya hikayeler gibi uyaranlar kullanılarak kolaylaştırılabilir. Anımsama terapisi, yaşlıların kimlik duygusunu güçlendirir, benlik saygısını artırır, sosyal bağlantıları teşvik eder ve yalnızlığı azaltır (Pinazo-Hernandis et al., 2022).

Chiang et al. (2010), anımsama terapisinin, kurumsallaşmış yaşlılar arasında depresyon, psikolojik refah ve yalnızlığı önemli ölçüde iyileştirdiğini ve kısa vadeli (3 aylık takip) olumlu bir etki gösterdiğini bulmuşlardır.

Pinazo-Hernandis et al. (2022), COVID-19 sırasında huzurevlerindeki yaşlı kadınlarda bütünleştirici bir anımsama müdahalesinin, yalnızlık algısını önemli ölçüde azalttığını, depresyonu azalttığını ve pozitif duygulanımı artırdığını

bulmuşlardır. Müdahale grubunda yalnızlıkta, depresyonda önemli farklılıklar göstermiş olup pozitif duygulanım da önemli etkiler göstermiştir.

“Yaşamı gözden geçirme terapisi”, anımsama terapisinden daha yapılandırılmış ve kapsamlı bir yaklaşımdır. Yaşamı gözden geçirme, yaşlıların yaşamlarını kronolojik olarak gözden geçirmelerini, önemli yaşam olaylarını değerlendirmelerini, başarılarını ve zorluklarını tanımlamalarını ve yaşamlarını anlamlı bir bütün olarak görmelerini amaçlar. Bu süreç, ego bütünlüğüne ulaşmayı, pişmanlıkları çözmeyi ve yaşam doyumunu artırmayı hedefler (Demir Çelebi ve Yukay Yüksel, 2014).

Pan et al. (2024), yenilikçi kaynak temelli enstrümantal anımsama terapisinin (RBIRT), huzurevindeki yaşlılar arasında psikolojik uyumu, öğrenilmiş kaynak kullanımını, öz-yeterliliği, sosyal desteği ve ruh sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirdiğini bulmuşlardır.

“Grup anımsama terapisi”, yaşlıların birbirleriyle anılarını paylaşmalarını, ortak deneyimleri tanımlamalarını ve karşılıklı destek sağlamalarını teşvik eder. Grup formatı, sosyal etkileşimi artırır, aidiyet hissi yaratır ve yalnızlığı azaltır (Chiang et al., 2010). Noghani et al. (2018), grup anımsama terapisinin, yaşlılar arasında müdahale sonrası yalnızlığı ve manevi refahı önemli ölçüde etkilediğini bulmuşlardır. Bu terapisinin bir parçası olan hafıza geri çağırma, basit, kolay, ucuz ve uygulanabilir bir terapötik yaklaşım olarak kanıtlanmıştır.

“Sistemik incelemeler”, anımsama müdahalelerinin yalnızlığı azaltmada umut verici olduğunu göstermektedir. Castillo-Hornero et al. (2024), sistemik derleme çalışmasında; anımsama müdahalelerinin yaşlılar arasında yalnızlık düzeylerini azaltmada umut verici olduğunu belirten araştırma sonuçlarını sunmuşlardır.

Öneriler

Bu başlık altında huzurevi personeline, ailelere, politikacılara ve gelecek araştırmalara yönelik öneriler yer almaktadır.

Huzurevi personeline yönelik öneriler:

Eğitim ve farkındalık: Personel, yaşlılığın psikolojik ve sosyal yönleri, yalnızlık, depresyon, benlik saygısı, yaşam doyumu ve etkili iletişim becerileri konularında eğitilmelidir. Personel, yalnızlığın belirtilerini tanımalı ve risk altındaki yaşlıları belirlemelidir.

Bireye özgü bakım: Personel, yaşlıların bireysel ihtiyaçlarını, tercihlerini ve değerlerini anlamalı ve saygı göstermelidir. Yaşlıların bakım planlarına aktif olarak katılmalarını ve kararlar almalarını desteklemelidir.

Olumlu tutumlar ve empatik yaklaşım: Personel, yaşlılara karşı olumlu tutumlar sergilemeli, saygılı davranmalı ve empatik yaklaşmalıdır. Yaşlıların kendilerini değerli ve saygı duyulan hissetmelerini sağlamalıdır.

Sosyal etkileşimi teşvik etme: Personel, yaşlıların sosyal aktivitelere katılmalarını teşvik etmeli, grup aktivitelerini organize etmeli ve sosyal bağlantıları kolaylaştırmalıdır. Özellikle sosyal olarak izole olan veya yalnızlık yaşayan yaşlılara özel ilgi göstermelidir.

Aile katılımını destekleme: Personel, aileleri yaşlıların bakımına katılmaya teşvik etmeli, aile ziyaretlerini kolaylaştırmalı ve ailelerle düzenli iletişim kurmalıdır. Ailelere yaşlıların durumu hakkında bilgi vermeli ve destek sağlamalıdır.

Bireysel ilgi ve zaman: Personel, yaşlılara bireysel ilgi göstermeli, onlarla zaman geçirmeli, dinlemeli ve duygusal destek sağlamalıdır. Kısa sohbetler, el tutma veya basit jestler, yaşlıların kendilerini değerli hissetmelerini sağlayabilir.

Ailelere yönelik öneriler:

Düzenli ziyaretler: Aileler, yaşlıları düzenli olarak ziyaret etmeli ve onlarla kaliteli zaman geçirmelidir. Ziyaretler, yaşlıların aile bağlantılarını sürdürmelerini ve yalnızlık hissini azaltmalarını sağlar.

İletişim: Aileler, yaşlılarla düzenli iletişim kurmalı, telefon görüşmeleri, video görüşmeleri veya mektuplar aracılığıyla bağlantıyı sürdürmelidir. İletişim, yaşlıların kendilerini unutulmamış hissetmelerini sağlar.

Aktivitelere katılım: Aileler, huzurevindeki aktivitelere katılmalı, yaşlılarla birlikte etkinliklere katılmalı ve onları desteklemelidir. Aile katılımı, yaşlıların kendilerini değerli hissetmelerini sağlar.

Duygusal destek: Aileler, yaşlılara duygusal destek sağlamalı, onları dinlemeli, endişelerini anlamalı ve sevgi göstermelidir. Duygusal destek, yaşlıların ruh sağlığını olumlu etkiler.

Personelle işbirliği: Aileler, huzurevi personeliyle işbirliği yapmalı, yaşlıların ihtiyaçları hakkında bilgi paylaşmalı ve bakım planlarına katılmalıdır. İşbirliği, yaşlıların daha iyi bakım almasını sağlar.

Sabır ve anlayış: Aileler, yaşlıların huzurevine uyum sürecinde sabırlı ve anlayışlı olmalıdır. Yaşlıların duygularını kabul etmeli ve desteklemelidir.

Mikkelsen et al. (2019), huzurevlerinde kalan yaşlılara yönelik sosyal müdahalelerin hem sosyal hem de sağlıkla ilgili alanlarda olumlu sonuçlar doğurabileceğini ortaya koyan sistematik bir derleme sunmuştur. En yaygın müdahale türü anımsama terapisi olmakla birlikte; video konferans, bilişsel müdahaleler ve destek grubu çalışmaları da incelenen yöntemler arasında yer almıştır. Dahil edilen tüm çalışmalarda, sosyal ve/veya sağlıkla ilgili

ölçümlerde olumlu yönde eğilimler gözlenmiştir. Ancak yalnızlık, depresyon, yaşam kalitesi ya da iyi oluş gibi belirli sonuçlar; etki büyüklükleri veya istatistiksel anlamlılık düzeyleriyle birlikte ayrıntılı biçimde sunulmamış, bunun yerine genel olarak "sosyal ve sağlıkla ilgili ölçümler" başlığı altında ele alınmıştır.

Politika Yapıcılar İçin Öneriler

Bu bölümde sunulan bulgular, politika yapıcılar için önerileri içermektedir:

Yalnızlık bir halk sağlığı sorunudur: Huzurevlerinde yalnızlık, yaygın ve ciddi bir sorundur ve fiziksel ve ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkileri vardır. Politika yapıcılar, yalnızlığı bir halk sağlığı sorunu olarak tanımalı ve bu soruna yönelik ulusal stratejiler geliştirmelidir.

Kurum bakım kalite standartları: Huzurevlerinde bakım kalitesi standartları, sadece fiziksel bakımı değil, aynı zamanda psikososyal refahı da içermelidir. Standartlar, sosyal aktivite olanakları, personel eğitimi, bireye özgü bakım yaklaşımı ve yalnızlık taraması gibi unsurları içermelidir.

Personel eğitimi ve sayısı: Huzurevlerinde yeterli personel sayısı ve personelin uygun eğitimi, yaşlıların psikososyal ihtiyaçlarını karşılamak için kritik öneme sahiptir. Politika yapıcılar, personel-yaşlı oranını iyileştirmeli ve personelin yaşlılık, yalnızlık ve ruh sağlığı konularında eğitilmesini sağlamalıdır.

Toplum temelli destek: Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların toplumla bağlantılarını sürdürmelerini sağlamak için toplum temelli destek programları geliştirilmelidir. Gönüllü ziyaret programları, kuşaklararası programlar ve topluluk etkinlikleri, yaşlıların sosyal izolasyonunu azaltabilir.

Aile desteği: Ailelerin, huzurevlerinde yaşayan yaşlıları desteklemelerini teşvik etmek için politikalar geliştirilmelidir. Esnek

ziyaret saatleri, aile danışmanlığı hizmetleri ve ailelere yönelik eğitim programları, aile katılımını artırabilir.

Araştırma ve değerlendirme: Huzurevlerinde yalnızlık ve psikososyal refah konusunda daha fazla araştırma yapılmalı ve müdahale programlarının etkinliği değerlendirilmelidir. Kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaştırılması için araştırma bulgularının politika ve uygulamaya aktarılması sağlanmalıdır.

Önleyici yaklaşım: Yalnızlığı tedavi etmekten ziyade önlemeye odaklanılmalıdır. Huzurevine geçiş sürecinde yaşlılara ve ailelerine destek sağlanmalı, uyum sürecini kolaylaştıracak programlar geliştirilmeli ve risk altındaki yaşlılar erken dönemde belirlenmeli ve müdahale edilmelidir.

Gelecek Araştırmalar İçin Öneriler

Bu bölümde sunulan bulgular, huzurevlerinde yalnızlık konusunda önemli bilgiler sağlamakla birlikte, gelecek araştırmalar için birçok alan da tanımlamaktadır:

Boylamsal çalışmalar: Mevcut literatürün çoğu kesitsel çalışmalara dayanmaktadır. Boylamsal çalışmalar, yaşam doyumu, yaşam kalitesi, benlik saygısı ve yalnızlık arasındaki nedensel ilişkileri daha iyi anlamaya yardımcı olabilir. Huzurevine geçiş sürecinin uzun vadeli etkilerini ve müdahalelerin sürdürülebilirliğini değerlendirmek için boylamsal tasarımlar gereklidir.

Kültürel farklılıklar: Yalnızlık deneyimleri ve bu deneyimleri etkileyen faktörler, kültürel bağlama göre değişebilir. Farklı kültürel bağlamlarda, özellikle Türkiye'de, huzurevlerinde yalnızlık konusunda daha fazla araştırma yapılmalıdır. Kültürel değerlerin, aile yapılarının ve sosyal normların, yalnızlık üzerindeki etkisi incelenmelidir.

Müdahale etkinliği: Anımsama terapisi ve yaşam gözden geçirme yaklaşımlarının etkinliği konusunda umut verici bulgular

olsa da, daha titiz randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Farklı müdahale türlerinin (bireysel vs. grup, kısa vadeli vs. uzun vadeli) karşılaştırılması ve hangi yaşlı grupları için hangi müdahalelerin daha etkili olduğunun belirlenmesi önemlidir.

Teknoloji tabanlı müdahaleler: Teknolojinin, özellikle video konferans, sosyal medya ve sanal gerçeklik gibi araçların, huzurevlerinde yalnızlığı azaltmadaki potansiyeli araştırılmalıdır. Teknoloji tabanlı müdahaleler, özellikle coğrafi olarak uzak aile üyeleriyle bağlantıyı sürdürmek için etkili olabilir.

Personel ve kurumsal faktörler: Personel tutumlarının, kurumun kültürünün ve bakım kalitesinin, yalnızlık üzerindeki etkisi daha ayrıntılı olarak incelenmelidir. Bireye özgü bakım yaklaşımının uygulanmasının, yalnızlık ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi değerlendirilmelidir.

Heterojen gruplar: Huzurevlerinde yaşayan yaşlılar heterojen bir gruptur. Bilişsel bozukluğu olan yaşlılar, fiziksel engelli yaşlılar, farklı sosyoekonomik geçmişlere sahip yaşlılar ve farklı kültürel geçmişlere sahip yaşlılar için özel müdahale stratejileri geliştirilmelidir.

Aracı ve düzenleyici mekanizmalar: Yaşam doyumu, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasındaki aracı ve düzenleyici ilişkiler daha ayrıntılı olarak incelenmelidir. Hangi faktörlerin, hangi koşullarda, hangi ilişkiler aracılığıyla yalnızlığı etkilediğinin anlaşılması önemlidir.

Sonuç

Bu kitap bölümü, huzurevlerinde yaşayan yaşlıların yalnızlık deneyimlerini, yaşam doyumu, yaşam kalitesi ve benlik saygısı gibi üç temel psikolojik yapı bağlamında kapsamlı bir şekilde incelemiştir. Literatür taraması, bu üç değişkenin yalnızlıkla çok boyutlu ilişkiler içinde olduğunu ortaya koymaktadır.

Yalnızlık, huzurevlerinde yaşayan yaşlılar arasında yaygın ve ciddi bir sorundur. Araştırmalar, kurumlarda yaşayan yaşlıların toplumda yaşayan yaşlılara göre daha fazla yalnızlık yaşadığını göstermektedir. Yalnızlık, sadece öznel bir rahatsızlık değil, aynı zamanda depresyon, anksiyete, bilişsel gerileme, kardiyovasküler hastalıklar ve erken ölüm riski ile ilişkili bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir.

Yaşam doyumu, yalnızlık hissini hafifletebilir ve yüksek yaşam doyumuna sahip yaşlılar, olumsuz yaşam olayları veya sosyal kayıplar karşısında daha dirençli olabilir. Yaşam doyumu, bireyin geçmiş yaşantılarını bilişsel olarak değerlendirmesi sonucu oluşan öznel iyi oluş halidir ve yalnızlıkla güçlü negatif ilişkiler göstermektedir. Geçmiş yaşantıların olumlu bir şekilde değerlendirilmesi, bugünkü duygu durumunu olumlu etkilemekte ve yalnızlık hissini azaltmaktadır.

Yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, işlevsel bağımsızlık, çevresel koşullar ve sosyal ilişkileri kapsayan çok boyutlu bir yapıdır ve yalnızlıkla güçlü negatif ilişkiler göstermektedir.

Benlik saygısı, yaşlılıkta rol kayıpları ve fiziksel gerileme nedeniyle tehdit altında olsa da, yalnızlığa karşı önemli bir koruyucu etki göstermektedir. Yüksek benlik saygısı, sosyal ilişki kurma motivasyonunu artırmakta ve yalnızlık riskini azaltmaktadır. Düşük benlik saygısı ise yalnızlığı artırmakta ve yalnızlık da benlik saygısını daha da azaltmaktadır.

Bu üç değişken arasındaki karşılıklı ilişkiler, bir bütüncül model oluşturur. Yüksek yaşam doyumu, yüksek yaşam kalitesi ve yüksek benlik saygısı, birbirini güçlendirmekte ve yaşlıların genel refahını artırmaktadır. Aracı ve düzenleyici etkiler, bu ilişkileri anlamaya yardımcı olmaktadır. Benlik saygısı ve yalnızlık, sosyal destek ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkide aracı rol oynamaktadır.

Benlik saygısı, yalnızlık ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide düzenleyici rol oynamaktadır.

Müdahale çalışmaları, özellikle anımsama terapisi ve yaşam gözden geçirme yaklaşımlarının, huzurevlerinde yaşayan yaşlıların yalnızlık düzeylerini azaltmada, yaşam doyumunu ve benlik saygısını artırmada etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Kurumsal düzenlemeler, fiziksel ortamın iyileştirilmesi, sosyal aktivite olanaklarının artırılması, personel eğitimi ve bireye özgü bakım yaklaşımının benimsenmesi, yaşam kalitesini artırmakta ve yalnızlığı azaltmaktadır.

Sonuç olarak, huzurevlerinde yalnızlık, çok boyutlu bir sorundur ve yaşam doyumu, yaşam kalitesi ve benlik saygısı gibi psikolojik yapılarla çok boyutlu ilişkiler içindedir. Bu sorunun çözümü, bireysel, kurumsal ve toplumsal düzeyde bütüncül müdahaleler gerektirir. Kanıta dayalı müdahalelerin uygulanması, huzurevlerinde yaşayan yaşlıların yalnızlığını azaltmakta, yaşam kalitesini artırmakta ve genel refahını iyileştirmektedir.

Kaynakça

- Alaviani, M., Parizad, N., Maslakkpak, M., H., & Alinejad, V. (2025). The relationship of self-esteem and mental health among older adults with the mediating role of loneliness. *BMC Geriatrics*, 25, 233. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05810-2>.
- Altay, B., Çavuşoğlu, F., & Çal, A., (2016). Yaşlıların sağlık algısı yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Taf preventive Medicine Bulletin* , 15(3), 181-189.
- Ando, M., Hashimoto, Y., Arima, H., Shirozu, M., Matsushima, J., & Oda, H. (2024). Utility of making life history book using digital instruments in reminiscence therapy for psychological-wellbeing of elders. *Open Journal of Social Sciences*, 12, 460-468. <https://doi.org/10.4236/jss.2024.121031>.
- Andrew, N., & Meeks, S. (2018). Fulfilled preferences, perceived control, life satisfaction, and loneliness in elderly long-term care residents. *Aging & mental health*, 22(2), 183–189. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1244804>.
- Babazadeh, T., Ranjbaran, S., Pourrazavi, S., Maleki Chollou, K., Nadi, A., & Tazekand, E. S. (2025). Self-efficacy, self-esteem, and happiness in older adults: A cross-sectional study. *PloS One*, 20(3),1-13, e0319269. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319269>
- Bahadır, Z., Ay, F., & Başbüyük, G. Ö. (2023). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi (Sivas Örneği-2022). *Anasay*, 24, 33-54. <https://doi.org/10.33404/anasay.1281979>
- Banks, M., R., & Banks, W., A. (2005). The effects of group and individual animal-assisted therapy on loneliness in residents of long-term care facilities. *Anthrozoos*, 18(4), 396-408. <https://doi.org/10.2752/089279305785593983>.
- Bekhet, A. K., & Zauszniewski, J. A. (2014). Individual characteristics and relocation factors affecting adjustment among relocated American and Egyptian older adults. *Issues in mental health nursing*, 35(2), 80–87. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.842620>.
- Bierman, A., Upenieks, L., Lee, Y., & Mehrabi, F. (2024). Mattering and Self-Esteem as Bulwarks Against the Consequences of Financial Strain for Loneliness in Later Life: Differentiating Between- and Within-Person Processes. *Research on aging*, 46(3-4); 241–257. <https://doi.org/10.1177/01640275231221326>.
- Canjuga, D., Zeleznik, M., Bozičevik, M., & Nekic, M. (2018). Differences in self-assessment of social and emotional loneliness and self-esteem

with regard to sociodemographic characteristics of the elderly. *Socijalna Psihijatrija*, 46(3), 229-250. <https://doi.org/10.24869/SPSIH.2018.229>.

Castillo-Hornero, A., Rojano-Hidalgo, M., López, A., Alarcón, A., Belmonte, O., & Caballer, A. (2024). Reminiscence interventions for loneliness reduction in older adults: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 28(8); 1142–1152. <https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2345809>.

Castro, M., & Amorim, I. (2016). Qualidade de vida e solidão em idosos residentes em lar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Especial ,3), 39-44 <https://doi.org/10.19131/rpesm.0115>.

Carcavilla-González, N., García-Meilán, J. J., Bueno, R. R., & Torres-Castro, S. (2025). Transforming nursing home support: person-centered pilot effects. *Activities, Adaptation & Aging*, 49(1), 116–135. <https://doi.org/10.1080/01924788.2024.2317031>

Chiang, K. J., Chu, H., Chang, H. J., Chung, M. H., Chen, C. H., Chiou, H. Y., & Chou, K. R. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 25(4), 380–388. <https://doi.org/10.1002/gps.2350>.

Deklava, L., Apsite, M., Millere, I., & Fokina, O., (2018). Quality of life and its relation to stressors elderly nursing home residents in Latvia. In V. Lubkina, K. Šneidere, & S. Ušča (Eds.), In Society. Integration. Education. Proceedings of the International Scientific Conference May 25th-26th, 4,15-23. <https://doi.org/10.17770/SIE2018VOL1.3201>.

Demir Çelebi, Ç. & Yukay Yüksel, M. (2014). Yaşlılık ve yaşlılara sunulan psikolojik danışma ve rehberlik uygulamalarına bir bakış. *Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi*, 4(2), 175-202. doi:[10.23863/kalem.2017.42](https://doi.org/10.23863/kalem.2017.42)

Demir Gökmen, B., & Çeker, E., (2022) An investigation of the relationship among self-esteem, death anxiety and depression in older individuals according to certain variables: Descriptive research, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2022;14(1), 215-23. doi: 10.5336/nurses.2021-83275

Dezutter, J., Toussaint, L., & Dewitte, L. (2020). Finding a balance between integrity and despair: A challenging task for older adults in residential care. *Journal of Adult Development*, 27(2), 147-156. <https://doi.org/10.1007/S10804-019-09332-1>.

Diener, E., Emmons, R., A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.

Duque, I., S., & Lopes, M., M. (2025). Entre a solidão e a autoestima: Impactos do isolamento social na terceira idade (between loneliness and self-esteem: impacts of social Isolation in old age) *Revista Científica Multidisciplinar*, 5(1), e2025001. <https://doi.org/10.61164/mkcq1194>.

Elias, S., M., Neville, C., & Scott, T. (2015). The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: A systematic review. *Geriatric Nursing*, 36(5), 372-380. <https://doi.org/10.1016/J.gerinurse.2015.05.004>.

Erikson, E., H., (1950). *Childhood and society* (1st ed.). Norton and Compny Inc. Newyork, USA. <https://archive.org/details/dli.ernet.19961/page/39/mode/2up>.

Ercan-Sahin, N., & Emiroglu, O., N. (2018). Quality of life of nursing home residents before and after reminiscence therapy. *Educational Gerontology*, 44(2-3), 99-107. <https://doi.org/10.1080/03601277.2017.1415115>.

Ercan Şahin, N., & Üzar Özçetin, Y. S. (2020). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu ve umutsuzluk düzeyi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 167-176. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.674370>

Esentaş, M., Güzel, P., Yıldız, K., & Çokşen, M. (2018). Huzurevinde yaşayan bireylerde serbest zaman aktivitelerine katılımının yaşam kalitesindeki rolü. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 12(3), 235-241. <https://izlik.org/JA45EM77DK>

Gancino, Chugchilan, J., E., & Eugenio Zumbana, L., C. (2022). Autoestima y soledad en adultos mayores. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6);10069-10085. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4117.

Ghadampour, E., Heidaryani, L., & Radmehr, F. (2018) Investigating the relationship between the meaning of life and self-esteem with the quality of life of the elderly living in the home and living in the nursing home. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 26 (5): 315-322. 10.30699/sjhnmf.26.a5.315

Gill, A., & Sullivan, S. (2024). Older adults' experiences of loneliness and its underlying mechanisms in residential care facilities. *Innovation in Aging*, 8(Suppl 1), 929. <https://doi.org/10.1093/geroni/igae098.2998>.

Gill, A., S., & Sullivan, S., S. (2025). Resonances of Feeling Alone: A Systematic Review Unveiling Older Persons' Loneliness and Its Mechanisms in Residential Care Facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 81(10), 6183-6198. <https://doi.org/10.1111/jan.16766>.

Guna, D., Milburn-Curtis, C., Zhang, H., & Goh, H., S. (2022). Effectiveness of the Biography and Life Storybook for Nursing Home Residents: A Quasi-Experimental Study. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 19(8), 4749. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084749>.

Güler, F. B., & Ürük, Z. F. (2026). Huzurevlerinde konaklayan yaşlı bireyler için sirkülasyon alanlarına ait çözüm önerisi projesi. *ART/icle: Sanat ve Tasarım Dergisi*, 5(3), 365-409. <https://doi.org/10.56590/stdarticle.1668369>

İnce, A., & Asqarova, S. (2024). Huzurevi sakinlerinin kanıta dayalı ergoterapi yaklaşımıyla yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ases International Journal*

of Health and Sports Sciences, 2(1), 108–116.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.14598131>

Juris, J., Bouldin, E., D., Uva K., Cardwell, C., D., Schullhoff, A., & Hiegi N. (2022). Virtual intergenerational reverse-mentoring program reduces loneliness among older adults: Results from a pilot evaluation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), Article 7121. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127121>.

Karagözoğlu, Ş., Arıkan, A., İnan N., & Höyük, Z., G. (2013). The self-esteem, autonomy level of the elderly staying in the rest homes and the relation between two variables. *Cumhuriyet Medical Journal*, 35(2), 152-165. <https://dx.doi.org/10.7197/1305-0028.1822>.

Kiik, S., M., & Nuwa, M., S., (2020). Quality of life of the elderly: a comparison between community-dwelling elderly and in social welfare institutions. *MEDISAINS: Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan*, 18(1), 9–13. <https://doi.org/10.30595/medisains.v18i1.6940>.

Konuk, M., & Kaya, A. (2018). Huzurevleri ve tasarım ölçütlerinin irdelenmesi: bolu ve düzce örnekleri. *Tykhe Sanat ve Tasarım Dergisi*, 3(5), 271-294. <https://izlik.org/JA39BW37BU>

Korin, O., Babis, D., Gruber, A., A., & Shalom, U., B. (2026). Time for a smile: Medical clown one-on-one visits in a residential home. *Geriatric Nursing*, 69, Article 103945. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2026.103945>.

Korkmaz, T., & Ümmet, D. (2021). Huzurevinde Bulunan Yaşlıların Yalnızlık Algısının ve Yaşam Kalitesinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(1), 463-475. <https://doi.org/10.33206/mjss.716404>.

Lee, D. T., Woo, J., & Mackenzie, A. E. (2002). A review of older people's experiences with residential care placement. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 19–27. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02060.x>.

Marquet, M., Chasteen, A., L., Plaks, J. E., & Balasubramaniam, L. (2019). Understanding the mechanisms underlying the effects of negative age stereotypes and perceived age discrimination on older adults' well-being. *Aging & Mental Health*, 23(12), 1666–1673. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1514487>.

Menn, L., Corsten, S., Lauer, N., & Wallace, S. J. (2020). The Effectiveness of Biographical Approaches in Long-Term Care: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 60(4), e309–e328. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz074>.

Mhaolain, A. M. N., Gallagher, D., O'Connell, H., Chin, A. V., Bruce, I., Hamilton, F., Teehee, E., Coen, R., Coakley, D. et al (2012). Subjective well-being amongst community-dwelling elders: What determines satisfaction with

life? Findings from the Dublin Healthy Aging Study. *International Psychogeriatrics*, 24(2), 316-323. <https://doi.org/10.1017/S1041610211001360>.

Mikkelsen, A., S., B., Petersen, S., Dragsted, A., C., & Kristiansen, M. (2019). Social interventions targeting social relations among older people at nursing homes: A qualitative synthesized systematic review. *INQUIRY: The Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 56;1-16. <https://doi.org/10.1177/0046958018823929>.

Mouriño-Ruiz, R., Serral, G., Continente, X., Lopez, M., J., Lapena, C., & Puigpinós-Riera, R. (2024). Evaluation of effectiveness of an art-based museum intervention in reducing loneliness among older adults (ArtGran): A quasi-experimental study. *Public Health*, 230, 181-188. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.02.024>.

Nigg, J., K. (2021). The intersection of healthcare and hospitality: Exploring foodservice satisfaction in long-term care residents Doctoral dissertation, Iowa State University. Iowa State University Digital Repository. <https://doi.org/10.31274/td-20240329-771>.

Noghani, F., Navab, E., Mehran, A., & Yaghobi, L. (2018). The effects of group reminiscence therapy on loneliness and spiritual well-being among residents of Kahrizak nursing home. *Iranian Journal of Nursing Research*, 13(1);1-7. <https://doi.org/10.21859/IJNR-13017>.

Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(6), 1271-1288. <https://doi.org/10.1037/a0025558>

Onal, O., Evecil, F., Y., Dogan, E., Develi, M., Uskun, E., & Kisioglu, A. N. (2022). The effect of loneliness and perceived social support among older adults on their life satisfaction and quality of life during the COVID-19 pandemic. *Educational Gerontology*, 48(7); 331-343. <https://doi.org/10.1080/03601277.2022.2040206>.

Özerdoğan, Ö., Yüksel, B., Çelik, M., Oymak, S., & Bakar, C. (2018). Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Public Health*, 16(2), 90-105. <https://doi.org/10.20518/tjph.458209>

Pan, X., Huang, Q., Zhang, Z., Liu, H., & Xiao, H. (2024). The effects of resourcefulness-based instrumental reminiscence therapy on psychological adjustment in nursing home residents: A randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 53(1), Article afad243. <https://doi.org/10.1093/ageing/afad243>.

Park, M., & Chung, S. (2026). Perceived age stigma and emotional isolation in later life: a sequential mediation through self-esteem and aging anxiety. *Aging & Mental Health*, 30(2), 336-345. <https://doi.org/10.1080/13607863.2025.2543512>.

Pettit, L. (1989). The development of the 'Nursing home/hostel - Quality Of Life Index': A tool to measure the quality of life of permanent residents in geriatric care institutions. Master's thesis, Cowan University.

Pinazo-Hernandis, S., Sales, A., & Martinez, D. (2022) Older women's loneliness and depression decreased by a reminiscence program in times of COVID-19. *Front. Psychol.* 13:802925. doi: 10.3389/fpsyg.2022.802925.

Pluzarić, J., Ilakovac, V., & Železnik, D., (2016). Comparison of self-esteem and quality of life between residents of old people's home and the elders living at home. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(3), pp. 183–192. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.3.108>.

Ponte, Da., F., E., Tavora, E., & Ramos, L., (2024). A solidão e o isolamento social dos idosos: Bem-estar subjetivo e qualidade de vida de idosos institucionalizados. In *Reflexões Jurídicas sobre os Direitos da pessoa Idosa*. Instituto Persona de Educação, <https://doi.org/10.29327/5433315.1-7>.

Raciti, A., Lyons, A., & Chang, Y. P. (2022). Interventions targeting loneliness and isolation among long-term care residents: *A systematic review*. *Innovation in Aging*, 6(1), 707–708. <https://doi.org/10.1093/geroni/igac059.2587>

Rey-Beiro, S. & Martínez-Roget, F. (2024). Rural-urban differences in older adults' life satisfaction and its determining factors. *Heliyon*, 10(9), e30842. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e30842>.

Rosenberg, M. (1965) Society and the Adolescent Self-Image. Princeton University Press, Princeton, NJ. <https://doi.org/10.1515/9781400876136>.

Sahu, I., Mohanty, S., & Pahantasingh, S. (2019). Effect of reminiscence group therapy on depression, self-esteem and loneliness among elderly women residing in old age home. *International Journal of Research in Medical Sciences*.7;3685-90. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20194293>

Sandilya, A., Deuri, S., P., & Abhishek, P. (2021). Resilience and Life Satisfaction Among Community and Institutionalized Older Persons. *International Journal of Indian Psychology*, 9(3), 703-710. DIP:18.01.067.20210903, <https://doi.org/10.25215/0903.067>.

Sezer, Balci, A., Kolaç, N., Köse, M., Safa, İ., & Ögüt Düzen, K. (2022). Effect of group reminiscence therapy on the loneliness, depression and life satisfaction of the elderly in the nursing homes. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3); 394-399. <https://doi.org/10.31067/acusaglik.1032196>.

Smith, L., & Theeke, L., (2024). A systematic review of quantitative studies of loneliness and social isolation in long-term care, *Innovation in Aging*, 8, (1); 1001–1002, <https://doi.org/10.1093/geroni/igae098.3224>.

Sözen, F., Yavuz Çolak, M. & Ersoy K. (2020). Yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşlılık algısı: Başkent Üniversitesi örneği. *Jour Turk Fam Phy* 11(4): 191-199. <https://10.15511/tjtfp.20.00491>

Sun, Y., Zhang, D., Yang, Y., Wu, M., Xie, H., Zhang, J., Jia, J., & Su, Y. (2017). Social support moderates the effects of self-esteem and depression on quality of life among Chinese rural elderly in nursing homes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(2), 197-204. <https://doi.org/10.1016/J.APNU.2016.09.015>.

Sun, K., J., S. (1998). A study on self-esteem, IADL, and life satisfaction in the elderly. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 28(1), 148-158. <https://doi.org/10.4040/JKAN.1998.28.1.148>.

Szcześniak, M., Bielecka, G., Madej, D., Pieńkowska, E., & Rodzeń, W. (2020). The Role of Self-Esteem in the Relationship Between Loneliness and Life Satisfaction in Late Adulthood: Evidence from Poland. *Psychology research and behavior management*, 13, 1201–1212. <https://doi.org/10.2147/prbm.s275902>.

Szeto, J., C., Y., Chan, L., M., L., Sin, W., W., F., Fong, D., Y., T. & Kwok, J., Y., Y. (2026). Effects of Psychosocial Interventions on Loneliness Amongst Long-Term Care Residents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 82: 3958-3975. <https://doi.org/10.1111/jan.17107>.

Taş, L., & Şaldırdak, G. A. (2021). Huzurevinde kalan yaşlıların sosyal izolasyon deneyimleri. *İstanbul University Journal of Sociology*, 41(2), 351-379. <https://izlik.org/JA48RP79CF>

Tian, Q. (2016). Intergeneration social support affects the subjective well-being of the elderly: Mediator roles of self-esteem and loneliness. *Journal of Health Psychology*, 21(6), 1137-1144. <https://doi.org/10.1177/1359105314547245>.

Trybusińska, D., & Saracen, A. (2019). Loneliness in the context of quality of life of nursing home residents. *Open Medicine*, 14(1), 354-361. <https://doi.org/10.1515/MED-2019-0035>.

Tuneu, M., M., Roig, J., J., Molina, E., M., Planas, L., C., Salvans, A., E., Godayol, P., F., et all. (2023). Social and emotional loneliness among older people living in nursing homes in Spain: A cross-sectional study. *Annals of Psychology*, 39(3), 465-467. <https://doi.org/10.6018/analesps.530641>.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). *İstatistiklerle yaşlılar, 2022* (Haber Bülteni No: 49667). TÜİK. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2022-49667>

United Nations, Department Of Economic And Social Affairs (2023).World social report: Leaving no one behind in an ageing world. <https://desapublications.un.org/publications/world-social-report-2023-leaving-no-one-behind-ageing-world>.

Victor, C.. R. (2012). Loneliness in care homes: A neglected area of research? *Ageing Health*, 8(6), 637-646. <https://doi.org/10.2217/ahe.12.65>.

Vrbanac, Z., Zečević, I., Ljubić, M., Belić, M., Stanin, D., Bottegaro, N., B., Jurkić, G., Škrln, B., Bedrica, L., & Žubčić, D. (2013). Animal assisted therapy and perception of loneliness in geriatric nursing home residents. *Collegium Antropologicum*, 37(3), 973-976.

Wagner, J., Hoppmann, C., Ram, N., & Gerstorf, D. (2015). Self-esteem is relatively stable late in life: The role of resources in the health, self-regulation, and social domains. *Developmental Psychology*, 51(1), 136-149. <https://doi.org/10.1037/A0038338>.

Wang, X., Ke, Q., Leng, P., Liu D., & Zeng, W. (2025). Association between subjective well-being trajectories and anxiety/depression: Findings from a nationally representative cohort study. *Frontiers in Psychology*, 16, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1573260>

Weiss, R., S. (1975). Loneliness: The experience of emotional and social isolation. MIT Press. ISBN 978-0-262-23067-4

World Health Organization. (1997). WHOQOL : measuring quality of life. World Health Organization. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/63482>

Wren, R. (2016) Effect of Life Review on Quality of Life For Older Adults Living in Nursing Homes. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 34:4, 186-204, <https://doi.org/10.1080/02703181.2016.126823>.

Xie, J., Zhang, B., Yao, Z., Zhang, W., Wang, J., Zhao, C. N., & Huang, X. (2022). The effect of subjective age on loneliness in the old adults: The chain mediating role of resilience and self-esteem. *Frontiers in public health*, 10, 907934. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.907934>.

Xie, X., Chen, Y., Chen, H., Au, A., & Guo, H. (2017). Predictors of quality of life and depression in older people living in temporary houses 13 months after the Wenchuan earthquake in western China: A cross-sectional study. *Nursing & health sciences*, 19(2), 170–175. <https://doi.org/10.1111/nhs.12333>

Yanardağ, R., Özkan, Y. (2023). Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin artırılmasına ilişkin bir grup çalışması. *Turkish Studies-Economics, Finance, Politics*, 18(3), 1143-1162. doi.org/10.7827/TurkishStudies.68397

Yılmaz, E. (2018). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Depresyon ve Benlik Saygısı İlişkisi. *Kalem Uluslararası Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(2), 553-578. doi.org/10.23863/kalem.2018.113

Zhao, L., Xing, Z., Guangming, R. (2017). Positive coping style as a mediator between older adults' self-esteem and loneliness. *Social Behavior and Personality*, 45(10), 1619-1632. <https://doi.org/10.2224/sbp.6486>.

Zoranić, S., Melita, S., Zupanic, M., & Kenezevic, G. (2022). The influence of social support on life satisfaction of elderly people in care homes. *Collegium Antropologicum*, 46(2), 129-138. <https://doi.org/10.5671/ca.46.2.7>.

BÖLÜM 4

HEMODİYALİZ HASTALARINDA HASTALIK ALGISI, PSİKOLOJİK İHTİYAÇLAR VE YARDIM ARAMA DAVRANIŞLARI

PINAR BEŞTAŞ¹
LEMAN KUTLU²

Giriş

Kronik böbrek yetmezliği, dünya genelinde milyonlarca insanı etkileyen, yaşam boyu süren ve çoklu organ sistemlerini ilgilendiren ilerleyici bir hastalıktır. Son dönem böbrek yetmezliğine ulaşan hastalar için hemodiyaliz, yaşamı sürdürmede kritik bir renal replasman tedavisidir. Bununla birlikte hemodiyaliz yalnızca biyomedikal bir müdahale olmayıp, bireylerin günlük yaşamlarını, sosyal rollerini, duygusal durumlarını ve varoluşsal deneyimlerini derinden etkileyen çok boyutlu bir süreçtir (Shahgholian & Hojatollah, 2015; Li, Shan, Yan, & Wang, 2025).

Hastalar haftada üç kez, ortalama dört saat süren düzenli tedavi seanslarına katılmak zorundadır. Bu süreç, fiziksel

¹Öğr. Görevlisi, Işık Üniversitesi Meslek Yüksekokulu, Orcid: 0000-0001-6393-8328

²Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Orcid: 0000-0002-8629-5166

semptomların yanı sıra ciddi psikolojik ve sosyal yükler getirmektedir. Literatür, hemodiyaliz hastalarında depresyon prevalansının %38-92, anksiyete prevalansının ise %20-83 arasında değiştiğini ortaya koymaktadır (Vasilopoulou et al., 2015; Amoako & Owusu-Ansah, 2021; Luca et al., 2026). Bu oranlar genel popülasyondan belirgin şekilde yüksektir ve hastaların yaşam kalitesini, tedaviye uyumunu ve mortalite riskini olumsuz etkilemektedir (Tasmoc, Hogas, & Covic, 2013).

Hastaların hastalığa ilişkin algıları, yükledikleri anlamlar ve geliştirdikleri başa çıkma stratejileri, psikolojik uyum süreçlerini önemli ölçüde belirlemektedir (Chen, Lin, & Lee, 2020). Ayrıca karşılanmamış psikolojik ihtiyaçlar ve bu ihtiyaçlara yönelik yardım arama davranışları, hemodiyaliz tedavisinin çoğu zaman ihmal edilen boyutları arasındadır (Farrokhi, 2013).

Literatür, hemodiyaliz hastalarının yüksek oranda depresyon, anksiyete ve varoluşsal sıkıntı yaşadığını, ancak bu ihtiyaçların çoğunlukla karşılanmadığını göstermektedir. Yardım arama davranışları; kültürel faktörler, stigma ve aile merkezli değerler tarafından şekillenmekte, özellikle Türkiye gibi toplulukçu toplumlarda profesyonel psikolojik destek arama oranları düşük kalmaktadır (Topkaya, 2015; Rogers-Sirin et al., 2017).

Bu bölümde, Leventhal'in Öz-Düzenleme Modeli temel alınarak hastaların hastalığa ilişkin bilişsel ve duygusal temsillerinin psikolojik ihtiyaçları ve yardım arama davranışlarını nasıl etkilediği ele alınmaktadır (Hagger & Orbell, 2003; O'Connor, Jardine, & Millar, 2008). Bölümün amacı; hastalık algısı, psikolojik ihtiyaçlar ve yardım arama davranışları arasındaki çok boyutlu ilişkileri sistematik biçimde incelemek, bu üç kavramın kesişiminde bütüncül bir kavramsal model sunmak ve hemodiyaliz hastalarının psikososyal gereksinimlerine yönelik müdahalelerin geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

Hastalık Algısı: Hastanın Zihnindeki Hastalık Temsili

Hastaların hastalıklarını nasıl algıladıkları ve anlamlandırdıkları, tedavi sürecine uyumları ve psikolojik iyilik halleri açısından belirleyici bir rol oynar (Leventhal et al.,1992; Leventhal et al., 2016). Bu başlık altında, hemodiyaliz hastalarının hastalık temsilleri Leventhal'in Öz-Düzenleme Modeli çerçevesinde ele alınmaktadır. Bu temsillerin psikolojik ihtiyaçlarla ve yardım arama davranışlarıyla ilişkisine sonraki başlıklarda da değinilmektedir.

Leventhal'in Öz-Düzenleme Modeli ve Hastalık Temsilleri

Bireylerin hastalık deneyimlerini nasıl anlamlandırdıklarını ve bu sürecin sağlık davranışlarına nasıl yansıdığını açıklayan kuramsal modellerden biri de Leventhal'in Öz-Düzenleme Modeli'dir. Model, bireylerin hastalık tehditleri karşısında aktif problem çözücüler olduğunu ve hastalıklarına ilişkin bilişsel ve duygusal temsiller oluşturarak başa çıkma stratejilerini ve tedavi davranışlarını şekillendirdiğini öne sürmektedir (Leventhal et al., 1992; Hagger & Orbell, 2003; Lin et al., 2009; Leventhal et al., 2016). Bu temsiller beş bilişsel boyut ve bir duygusal boyuttan oluşmaktadır:

Kimlik (Identity) – Semptom Atıfları: Hastaların hastalıklarına atfettikleri semptomları ve hastalık etiketini ifade eder. Hemodiyaliz hastalarında kimlik algısı; yorgunluk, kaşıntı, kas krampları ve nefes darlığı gibi çok sayıda fiziksel semptomu içerir (Griva et al., 2011). Daha fazla semptom algılayan hastalar, hastalıklarını daha tehdit edici olarak değerlendirme eğilimindedir. Acuña et al. (2015), algılanan semptom sayısının hastalığın algılanan sonuçları ve psikolojik semptomlar ile pozitif, yaşam kalitesi ile negatif korelasyon gösterdiğini bildirmiştir. İbrahim et al. (2015) ise hemodiyaliz hastalarının periton diyalizi hastalarına kıyasla daha yüksek kimlik skorlarına sahip olduğunu bulmuştur.

Neden Atıfları (Cause): Hastaların hastalıklarının nedenlerine ilişkin inançlarını yansıtır. Hemodiyaliz hastalarında yaygın neden atıfları arasında stres, endişe, geçmiş tıbbi bakım yetersizliği, genetik faktörler ve yaşam tarzı faktörleri yer almaktadır. Hastalığı kontrol edilebilir faktörlere (diyet, yaşam tarzı) atfeden hastalar daha aktif başa çıkma yöntemleri kullanırken, kontrol edilemez faktörlere (kader, genetik) atfedenler daha pasif veya kaçınmacı yöntemler benimseyebilirler (Alharbi et al., 2017).

Zaman Çizgisi (Timeline–Akut/Kronik/Döngüsel Algı): Hastaların hastalıklarının süresine ilişkin inançlarını içeren bu boyut; akut, kronik ve döngüsel olmak üzere üç alt boyuta ayrılır. Hemodiyaliz hastaları hastalıklarını genellikle kronik ve yaşam boyu süren bir hastalık olarak algırlar (Tasmoc et al., 2013; İbrahim, et al., 2015). Tasmoc et al. (2013), altı yıllık longitudinal çalışmalarında hastaların zaman içinde hastalıklarını daha kronik olarak algıladıklarını göstermiştir. Kronik zaman çizgisi algısı yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilirken, uzun vadeli tedavi planlarına uyumu artırabilir. Döngüsel algı ise semptomların öngörülemezliği nedeniyle belirsizlik ve kontrol kaybı hissi yaratabilir (İbrahim et al., 2015).

Sonuç Beklentileri (Consequences): Hastaların hastalıklarının fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik sonuçlarına ilişkin inançlarını yansıtır. Hemodiyaliz hastaları; fiziksel işlevsellikte azalma, sosyal rollerde kısıtlama, iş kaybı, ekonomik zorluklar ve duygusal sıkıntı gibi ciddi sonuçlar algılar (Griva et al., 2011; Jansen et al., 2013). Jansen et al. (2013), hemodiyaliz hastalarının diyaliz öncesi ve periton diyalizi hastalarına kıyasla hastalıklarının daha fazla sonucu olduğunu algıladıklarını göstermiştir. Yüksek sonuç algısı depresyon ve anksiyete ile güçlü biçimde ilişkilidir (Yildirim et al., 2013). Acuña et al. (2015) sonuç algısı ile yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon bildirmiştir.

Kontrol/Tedavi	Edilebilirlik	İnançları
(Control/Cure): Hastaların hastalıklarını kontrol edebileceklerine (kişisel kontrol) ve tedavinin hastalığı kontrol edebileceğine (tedavi kontrolü) ilişkin inançlarını içerir. Hemodiyaliz hastalarında kontrol algısı genellikle düşüktür. Çünkü hastalar yaşamlarını sürdürmek için diyaliz makinesine ve tıbbi ekibe bağımlıdır (Griva et al., 2011). Bununla birlikte, tedavinin etkili olduğuna yönelik olumlu algıların daha düşük mortalite riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Tasmoc et al., 2013). Periton diyalizi hastalarının hemodiyaliz hastalarına kıyasla hastalıklarını daha kontrol edilebilir algıladıkları, evde kendi kendine hemodiyaliz uygulayan bireylerin ise daha yüksek kişisel kontrol algısına sahip oldukları gösterilmiştir (Jayanti et al., 2016; Alharbi, et al., 2016).		

Duygusal	Temsiller	(Emotional Representations)
Representations): Hastalığın bireylerde ortaya çıkardığı korku, öfke, üzüntü ve endişe gibi duygusal tepkileri ifade eder. Hemodiyaliz hastalarının hastalık sürecine bağlı olarak önemli düzeyde duygusal sıkıntı yaşadıkları bildirilmektedir (Yildirim et al., 2013). Yıldırım et al. (2013) depresyon riski taşıyan hastaların sonuç ve duygusal temsiller boyutlarında daha yüksek puanlara sahip olduğunu; Acuña et al. (2015) ise duygusal temsiller ile yaşam kalitesi arasında güçlü bir negatif ilişki bulunduğunu ortaya koymuştur. Duygusal temsiller, bilişsel boyutlardan bağımsız olarak sağlık sonuçlarını etkileyebilmekte ve bu nedenle önemli bir müdahale alanı olarak değerlendirilmektedir.		

Hemodiyalize Özgü Hastalık Algısı Profilleri

Hemodiyaliz hastaları, hastalık algısı açısından heterojen bir grup oluşturur. Pagels (2012), hemodiyaliz hastalarının genellikle daha olumsuz hastalık algılarına sahip olduğunu ve bu algıların kaçınmacı, kaderci, duygusal ve destek arayan başa çıkma tarzlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. (Cantekin et al. (2022), Türk

hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarını karşılaştırdıkları çalışmada, olumsuz hastalık algısının daha yoğun psikolojik sorunlar, mutsuzluk ve depresyon ile ilişkili olduğunu; olumlu hastalık algısının ise öz-saygı ve özerkliği desteklediğini bulmuştur. Santos et al. (2020), hemodiyaliz hastalarının hastalık deneyimlerini çoğunlukla korku, kaygı, inkâr ve ölüm düşünceleri gibi olumsuz duygularla anlamlandırdıklarını, ancak zamanla hastalığı kabullenme ve tedaviye uyum geliştirme eğilimi gösterdiklerini bildirmiştir. Widayati et al. (2025) ise hemodiyaliz tedavisi gören kronik böbrek hastalarında hastalık algısı ile öz-bakım davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu ve hastalık algısının hastaların öz bakım uygulamalarını etkileyebileceğini göstermiştir.

Hastalık Algısının Tedaviye Uyum ve Prognoz Üzerindeki Rolü

Hastalık algısı, hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum ve klinik sonuçlar üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Oliveira et al. (2022), sistematik derlemelerinde hastalık algısı ile tedaviye uyum arasında anlamlı ilişkiler olduğunu, özellikle diyet kısıtlamalarına uyumun en güçlü ilişkiyi gösterdiğini bildirmiştir. Chilcot et al. (2010), hastalık temsillerinin hemodiyaliz hastalarında sıvı uyumsuzluğu ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Zhang et al. (2023), Çinli hemodiyaliz hastalarında tedavi kontrolü ve fiziksel neden atıflarının sıvı kontrolü skorundaki varyansın %12,7'sini açıkladığını bulmuştur. Timmers et al. (2008) ise daha olumsuz hastalık algılarının düşük yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik hali ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

Rakhshan et al. (2020), hastalık algısı ile öz-bakım davranışlarından; günlük kilo kontrolü ile sonuç algısı, nefes darlığı için hekime başvurma ile sonuç algısı, hekim önerisi doğrultusunda kilo kontrolü ile sonuç algısı ve sıvı kısıtlamasına uyum ile kimlik algısı arasında pozitif korelasyonlar olduğunu bildirmiştir.

Hastalık algısının prognoz üzerindeki etkisi de dikkat çekicidir. Tasmoc et al. (2013), altı yıllık takibinde tedavi kontrolü algısının mortaliteyi yordadığını bulmuştur. Bu bulgular, hastalık algısının yalnızca psikolojik uyum ve yaşam kalitesi için değil, klinik sonuçlar açısından da önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Psikolojik İhtiyaçlar: Görünmeyen Yük

Hemodiyaliz tedavisi, hastalar üzerinde belirgin bir psikolojik yük oluşturmakta; bu yük, çoğu zaman fiziksel semptomların gölgesinde kalarak yeterince ele alınmamaktadır. Bu bölümde hemodiyaliz hastalarının duygusal, bilişsel, sosyal ve varoluşsal ihtiyaçları ayrı başlıklar altında incelenmekte; bu ihtiyaçların karşılanma düzeyinin yardım arama davranışlarıyla ilişkisi ise üçüncü bölümde tartışılmaktadır.

Hemodiyaliz Hastalarında Karşılanmamış Psikolojik İhtiyaçların Haritalanması

Hemodiyaliz tedavisi, bireylerin yalnızca fiziksel sağlıklarını değil; duygusal, bilişsel, sosyal ve spiritüel iyilik hallerini de etkilemektedir. Depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon, düşük benlik saygısı ve yaşam kalitesinde azalma, karşılanmamış psikolojik ihtiyaçların başlıca göstergeleridir. Bu ihtiyaçların yeterince ele alınmaması, hastaların psikososyal uyumunu ve genel iyilik halini olumsuz etkilemektedir (Vasilopoulou et al, 2015; Budiarti & Sukanti, 2023). Ayrıca hemodiyaliz süreci, bireylerin günlük yaşamlarını yeniden düzenlemelerini, değişen koşullara uyum sağlamalarını ve sosyal rollerini sürdürmelerini gerektiren kapsamlı bir yaşam değişikliğidir (Taylor et al., 2016).

Duygusal İhtiyaçlar

(Anksiyete, Depresyon, Öfke Yönetimi)

Duygusal ihtiyaçlar, hemodiyaliz hastalarında en sık karşılaşılan psikolojik gereksinim alanıdır. Araştırmalar; depresyon (2013), anksiyete ve stres belirtilerinin bu hasta grubunda yaygın olduğunu göstermektedir (Vasilopoulou et al., 2015; Amoako & Owusu-Ansah, 2021; Luca et al., 2026). Bunun yanı sıra hastalar çaresizlik, umutsuzluk, suçluluk, korku ve öfke gibi yoğun duygusal deneyimler yaşayabilmektedir (Demir Gökmen & Okanlı, Mehrabi et al., 2017; Rahimi et al., 2019). Özellikle ağır yaşam olaylarının eşlik ettiği dönemlerde psikolojik yükün arttığı, travma sonrası stres belirtileri ve ölüm düşüncelerinin görülebildiği bildirilmektedir (Khoury et al., 2023). Bu nedenle duygusal ihtiyaçların erken dönemde belirlenmesi ve uygun destek mekanizmalarının sağlanması önem taşımaktadır (Rodriguez-Urbina et al., 2026).

Bilişsel İhtiyaçlar

(Hastalık Hakkında Bilgilenme, Belirsizlikle Baş Etme)

Bilişsel ihtiyaçlar; hastalık, tedavi süreci ve geleceğe ilişkin bilgi edinme gereksinimlerinin yanı sıra belirsizlikle başa çıkabilmeyi de kapsar. Çalışmalar, birçok hemodiyaliz hastasının hastalığı ve tedavi süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını, bu durumun kontrol algısını zayıflattığını göstermektedir (Budiyarti & Sukanti, 2023; Pintado-Outumuro et al., 2025). Tedavi sonuçları ve olası komplikasyonlara ilişkin belirsizlik ise anksiyete ve depresyon düzeylerini artırabilmektedir (Klaric et al., 2009). Bilişsel ihtiyaçların karşılanması, hastaların hastalık süreçlerini anlamalarına ve daha etkili başa çıkma stratejileri geliştirmelerine katkı sağlamaktadır.

Sosyal İhtiyaçlar

(Ait Olma, Rol Koruma, Sosyal Kimlik)

Hemodiyaliz tedavisi, zaman ve işlevsellik kaybı nedeniyle bireylerin sosyal yaşamını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Tedavi seansları çalışma yaşamını, aile rollerini ve sosyal katılımı sınırlamakta; yalnızlık ve sosyal izolasyon duygularını artırmaktadır (Klaric et al., 2009; Vasilopoulou et al., 2015). Buna karşılık sosyal desteğin yüksek olması, depresyon ve anksiyete düzeylerinin azalmasıyla ilişkilidir (Amoako & Owusu-Ansah, 2021). Hastalar ayrıca "hasta" kimliğinin ötesinde ebeveyn, eş ve çalışan gibi sosyal rollerini sürdürebilmek için desteğe ihtiyaç duymaktadır (Shahgholian & Hojatollah, 2015; Silva & Cunha, 2025).

Varoluşsal İhtiyaçlar

(Anlam Arayışı, Ölüm Kaygısı, Manevi Destek)

Varoluşsal ve spiritüel ihtiyaçlar, hemodiyaliz hastalarının yaşadığı önemli ancak çoğu zaman yeterince ele alınmayan gereksinimler arasındadır. Li et al. (2025) ilk kez hemodiyalize başlayan hastaların yaşamın anlamına ilişkin algılarında değişimler yaşadıklarını ve bu süreçte duygusal, psikolojik ve manevi destek arayışlarının belirginleştiğini bildirmiştir.

Hemodiyaliz hastaları ölüm korkusu, yeniden hastaneye yatış kaygısı, umutsuzluk ve suçluluk gibi varoluşsal sıkıntılarla karşı karşıya kalabilmektedir (Mehrabi et al., 2017). Bu süreçte dua, ibadet ve spiritüel destek; hastaların stresle baş etmesine, duygusal istikrarını korumasına ve umut duygusunu sürdürmesine katkı sağlamaktadır. Rusdyana & Masdina, (2025) hemodiyaliz hastalarının başlangıçta inanç temelli bir sorgulama yaşayabildiklerini, ancak zamanla dua, ibadet ve spiritüel destek yoluyla huzur bulabildiklerini belirtmiştir. Himawan et al. (2019) ise

spiritüel ihtiyaçların acı çekmede anlam bulma, ölüm kaygısıyla baş etme ve manevi rehberlik arama boyutlarını içerdiğini göstermiştir.

Dini ve spiritüel kaynaklar, birçok hasta için hastalık sürecine uyum sağlamada koruyucu bir rol üstlenmektedir. Khoury et al. (2023) hemodiyaliz hastalarının %88'inin dini inançları yaşamlarında önemli bir anlam kaynağı olarak gördüğünü bildirmiştir. Benzer şekilde Muzaenah & Makiyah (2018), spiritüel bakımın anksiyeteyi ve ölüm korkusunu azaltmada, anlam ve umut duygusunu güçlendirmede önemli bir yere sahip olduğunu vurgulamıştır.

Psikolojik İhtiyaçları Tarama Araçları ve Klinik Değerlendirme

Hemodiyaliz hastalarının psikolojik ihtiyaçlarının sistematik olarak değerlendirilmesi, uygun müdahalelerin planlanabilmesi açısından önemlidir. Ancak psikolojik tarama ve değerlendirme uygulamalarının klinik uygulamada sıklıkla ihmal edildiği bildirilmektedir (Farrokhi, 2013).

Duygusal ihtiyaçların değerlendirilmesinde; Beck Depresyon Envanteri (BDI), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) ve Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9) gibi standart araçlar kullanılmaktadır (Vasilopoulou et al., 2015; Luca et al., 2026). Bununla birlikte Farrokhi (2013), hemodiyaliz hastalarının %73,1'inin depresyon taramasına yönelik en az bir engel algıladığını; bu engellerin başında antidepresan yan etkileri konusunda endişe, ek ilaç kullanma isteksizliği ve depresyon riskini düşük algılama gibi faktörlerin geldiğini bildirmiştir.

Bilişsel ihtiyaçların değerlendirilmesi; hastalık bilgisi, belirsizlikle baş etme ve bilişsel işlevlerin incelenmesini kapsamaktadır. Khoury et al. (2023), bilişsel bozuklukların değerlendirilmesinde Mini-Mental Durum Muayenesi'ni (MMSE) kullanmıştır.

Sosyal ihtiyaçların değerlendirilmesinde; çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek leği (MSPSS) ve UCLA Yalnızlık leği yaygın olarak kullanılmaktadır (Amoako & Owusu-Ansah, 2021; Khoury et al., 2023). Aghakhani et al. (2014) ise hemodiyaliz hastalarının sosyal destek deneyimlerini "sosyal destek arama" ve "elde edilen sosyal destek" temaları altında incelemiştir.

Varoluşsal ve spiritüel ihtiyaçların değerlendirilmesinde; Spiritüel İhtiyaçlar Anketi (SPNQ) ve Arden Spiritüel İhtiyaçlar Değerlendirmesi (APSN) gibi araçlardan yararlanılmaktadır (Himawan et al., 2019). Zhang et al. (2023), hemodiyaliz hastalarında uygulanan müdahalelerin varoluşsal sıkıntı, psikolojik kriz ve moralsizlik gibi alanları hedeflediğini göstermiştir.

Klinik değerlendirme yalnızca ölçek uygulamalarıyla sınırlı kalmamalı; hastaların öznel deneyimlerini, başa çıkma stratejilerini ve destek kaynaklarını ortaya koyan nitel değerlendirmeleri de içermelidir (Li et al., 2025, Rodriguez-Urbina et al., 2026). Bu yaklaşım, hemodiyaliz hastalarının çok boyutlu psikolojik ihtiyaçlarının daha kapsamlı biçimde değerlendirilmesine olanak sağlar.

Yardım Arama Davranışları: Destek Yolculuğu

Yardım arama davranışı, hastaların psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik atıkları adımlar bütünüdür. nceki bölümde ele alınan karşılanmamış ihtiyaçların ne ölçüde yardım arama davranışına dönüştüğü ise birçok faktöre bağlıdır. Bu bölümde, yardım arama davranışını açıklayan kuramsal modeller incelenmekte; ek olarak da bu davranışı kolaylaştıran ve engelleyen etmenler tartışılmaktadır.

Yardım Arama Davranışı Modelleri

Yardım arama davranışı, bireylerin sağlık sorunları veya psikolojik sıkıntılar karşısında destek arama sürecini ifade eder. Bu çok faktörlü süreç, çeşitli kuramsal modellerle açıklanmıştır.

Fischer ve Turner'ın Yardım Arama Tutumları Modeli, yardım arama davranışını bireylerin profesyonel desteğe yönelik tutumları üzerinden açıklar. Modele göre yardım aramanın algılanan yarar ve maliyetleri, sosyal normlar ve öz yeterlik inançları yardım arama niyetini şekillendirmektedir (Seyfi et al., 2013). Türkiye'de yapılan çalışmalar, yardım aramaya yönelik olumlu tutumların profesyonel destek alma niyetini artırdığını göstermektedir (Seyfi et al., 2013).

Andersen'in Sağlık Hizmetleri Kullanım Davranışsal Modeli ise yardım arama davranışını, bireyin semptomları fark etmesi, anlamlandırması ve profesyonel destek gereksinimini değerlendirmesi sonucunda sağlık hizmetlerine başvurması şeklinde açıklar. Hemodiyaliz hastalarında bu süreç; aile üyeleri, sosyal çevre ve sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan destekten etkilenmekte, sosyal desteğin sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kolaylaştırdığı bildirilmektedir (Zheng & Wang, 2026).

Hemodiyaliz Hastalarında Yardım Arama Örüntüleri

Hemodiyaliz hastalarının yardım arama davranışları, hastalığın yarattığı psikolojik yüklerle birlikte bireysel ve çevresel faktörlerden de etkilenmektedir. Depresyon, anksiyete, ölüm korkusu, tedaviye bağımlılık hissi ve özerklik kaybı gibi psikolojik sorunların yanında damgalanma algısı, gizlilik kaygıları, sosyal izolasyon, düşük eğitim düzeyi, hizmetlere erişim güçlükleri ve bilgi eksikliği yardım aramanın önündeki temel engellerdir. Farrokhi (2013), depresyon taramasına yönelik algılanan engeller arasında problemin yeterince ciddi görülmemesi (%23) ve depresyon riski taşımadığını düşünme (%23) gibi faktörlerin bulunduğunu

bildirmiştir. Benzer şekilde Nascimento et al., (2025), hastalık hakkında bilgi eksikliğinin öz-bakım davranışlarını olumsuz etkilediğini, Mehrabi et al. (2017) ise psikolojik sorunlar ve tedavi seçeneklerine ilişkin farkındalık eksikliğine dikkat çekmiştir. Bu engeller, psikososyal destek hizmetlerinden yararlanmayı azaltarak tedaviye uyum ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Zaman et al., 2022; Silva & Cunha, 2025).

Buna karşılık sosyal destek, yardım arama davranışını kolaylaştıran en önemli faktörlerden biridir. Algılanan sosyal desteğin depresyon ve anksiyete düzeyleriyle ters ilişkili olduğu; aile, arkadaş ve sağlık profesyonellerinden alınan desteğin ise umut, tedaviye bağlılık ve duygusal dayanıklılığı artırdığı bildirilmektedir (Cha & Myungsun 2015; Amoako & Owusu-Ansah, 2021; Zheng et al., 2025). Ayrıca profesyonel yardım almaya yönelik olumlu tutumlar ve güçlü sosyal destek ağları, yardım arama niyetini destekleyen etkenler arasındadır (Roldan-Bau, 2013; Seyfi et al., 2013; Taylor et al., 2016; Geuijen et al., 2021; Bonnet et al., 2025).

İnformel ve Formal Yardım Kaynakları Arasındaki Geçiş

Hemodiyaliz hastalarında yardım arama davranışı yalnızca bireysel gereksinimlerin bir sonucu olmayıp, kültürel değerler, sosyal normlar, destek sistemleri ve hizmetlere erişim olanaklarından etkilenen çok boyutlu bir süreçtir. Hastalar, yaşadıkları psikolojik güçlüklerle baş etmede aile, arkadaş ve dini çevreler gibi informal destek kaynaklarının yanında ruh sağlığı profesyonelleri tarafından sunulan formal destek hizmetlerinden de yararlanabilmektedir.

İnformal destek sistemleri, hastalıkla baş etme ve tedaviye uyum süreçlerinde önemli bir rol oynamaktadır. Washington et al. (2017), hemodiyaliz hastalarının öz-bakım davranışlarını sürdürmelerinde aile ve yakın çevreden aldıkları desteğin belirleyici olduğunu göstermiştir. Shahgholian & Hojatollah (2015), hastaların

aile ve akrabalar tarafından sağlanan duygusal desteği önemli bir kaynak olarak gördüklerini bildirmiştir. Aghakhani et al. (2014) ise hemodiyaliz hastalarının deneyimlerini "sosyal destek arama" ve "elde edilen sosyal destek" temaları altında incelemiştir. Bununla birlikte sosyal ilişkilerin bazı durumlarda diyet ve tedavi kısıtlamalarına uyumu zorlaştırabildiği de belirtilmektedir (Sayar & Kose, 2012; Taylor et al., 2016).

Birçok kültürde, özellikle kolektivist toplumlarda bireyler profesyonel yardım kaynaklarına başvurmadan önce aile üyeleri, yakın arkadaşlar ve dini çevreler gibi informal destek kaynaklarına yönelmektedir. Seyfi et al. (2013), Türkiye'de üniversite öğrencilerinin büyük bölümünün psikolojik sıkıntı yaşadıklarında profesyonel destek yerine arkadaş ve aile desteğini tercih ettiğini bildirmiştir. Hemodiyaliz hastalarında da benzer biçimde aile ve yakın çevrenin, psikolojik uyum ve tedavi sürecine katılım açısından önemli bir destek kaynağı olduğu bildirilmektedir (Aghakhani et al., 2014; Shahgholian & Hojatollah, 2015).

Formal psikolojik yardım arama ise genellikle yaşanan sorunun ciddiyetinin artması, informal kaynakların yetersiz kalması veya profesyonel müdahale gereksiniminin ortaya çıkmasıyla gerçekteşmektedir. Bentil & Bentil (2015), ciddi vakaların çoğunlukla profesyonel destek gerektirdiğini belirtmiştir. Taylor et al. (2016), kronik böbrek hastalarının informal akran desteğini değerli bulduklarını, ancak formal destek kullanımının duygusal ve pratik engeller nedeniyle sınırlı kaldığını göstermiştir. Buna karşın formal destek; uzmanlık, gizlilik ve yapılandırılmış müdahale olanakları nedeniyle önemli avantajlar sunmaktadır (Geuijen, ve diğerleri, 2021).

Kültürel faktörler, informal ve formal yardım kaynakları arasındaki geçişi etkilemektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalar, bazı bireylerin profesyonel yardım aramadan önce geleneksel dini uygulamalara yöneldiğini göstermektedir. Dini yetkililere danışma,

türbe ziyareti ve benzeri uygulamaların özellikle düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde ve kırsal bölgelerde daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Bademli & Lök, 2017). Benzer şekilde Ediz et al. (2024), Doğu Anadolu Bölgesi'nde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ve yakınlarının sıklıkla geleneksel dini yardım kaynaklarına başvurduklarını göstermiştir.

Hastalık Algısı, Psikolojik İhtiyaçlar ve Yardım Arama Kavramı Arasındaki İlişkiler

Hastalık algısı, psikolojik ihtiyaçlar ve yardım arama davranışları birbirinden bağımsız süreçler değildir. Önceki bölümlerde ayrı ayrı ele alınan bu üç kavram, hemodiyaliz hastalarının yaşadığı psikososyal süreci anlamada birbiriyle sıkı biçimde ilişkilidir. Bu bölümde, hastalık algısının psikolojik ihtiyaçları nasıl şekillendirdiği, bu ihtiyaçların yardım arama davranışlarını nasıl yönlendirdiği ve kültürel faktörlerin bu ilişkilerdeki düzenleyici rolü incelenmektedir.

Hastalık Algısının Psikolojik İhtiyaçları Şekillendirmesi

Hastalık algısı, hemodiyaliz hastalarının psikolojik ihtiyaçlarını şekillendiren temel faktörlerden biridir. Leventhal'in Öz-Düzenleme Modeli'ne göre, hastaların hastalıklarına ilişkin bilişsel ve duygusal temsilleri psikolojik uyumlarını ve yaşadıkları sıkıntı düzeyini doğrudan etkilemektedir (Hagger & Orbell, 2003).

Araştırmalar, olumsuz hastalık algılarının depresyon, anksiyete, düşük psikolojik iyilik hali ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Yildirim et al. (2013), depresyon riski taşıyan hastaların sonuç ve duygusal temsiller boyutlarında daha yüksek puanlara sahip olduğunu; Chilcot (2010) ise düşük kişisel kontrol algısı ve yüksek sonuç algısının depresif belirtilerle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Timmers et al. (2008) ve Karimi et al. (2019) olumsuz hastalık algılarının anksiyete, depresyon ve sosyal işlev bozukluğu ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Hastalık algısı yaşam kalitesi üzerinde de belirleyici bir rol oynar. Chen et al. (2020), hastalık temsilleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkiler bulunduğunu; Acuña et al. (2015) ise algılanan semptomlar ve duygusal temsillerin yaşam kalitesi ile negatif ilişkili olduğunu göstermiştir. Ibrahim et al. (2015), hastalık algısının farklı boyutlarının hem fiziksel hem de ruhsal yaşam kalitesini yordadığını bulmuştur. Tedaviye uyum açısından ise Zhang et al. (2023), hastalık algılarının sıvı kontrolüne uyum ile ilişkili olduğunu ve özellikle tedavi kontrolü algısının uyum davranışlarını etkilediğini göstermiştir. Rakhshan et al. (2020), ve Widayati et al. (2025), hastalık algısı ile öz-bakım davranışları arasında anlamlı ilişkiler bildirmiştir.

Hemodiyaliz tedavisinin doğası gereği ortaya çıkan bağımlılık hissi ve kontrol kaybı algısı da önemli bir psikolojik ihtiyaç alanıdır. Benetou et al. (2020), hastaların sağlık profesyonellerine ve diyaliz makinelerine bağımlılığı kontrol kaybı olarak algıladıklarını ve bunun psikolojik uyumu olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Karadağ et al. (2016) ise yüksek engellilik düzeyinin olumsuz hastalık algıları ve duygusal temsiller ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

Bu bulgular, hastalık algısının yalnızca hastalığın anlamlandırılmasını değil; depresyon, yaşam kalitesi, kontrol algısı ve psikolojik destek gereksinimleri gibi çok boyutlu psikolojik ihtiyaçları da şekillendirdiğini ortaya koymaktadır.

Psikolojik İhtiyaçların Yardım Arama Davranışını Yordaması

Psikolojik ihtiyaçların varlığı ve ciddiyeti, yardım arama davranışını etkileyen önemli faktörler arasındadır. Ancak bu ilişki her zaman doğrusal değildir; psikolojik sıkıntı düzeyi yüksek olmasına rağmen birçok hasta profesyonel destek arayışına girmemektedir (Farrokhi, 2013). Yardım arama davranışı,

ihtiyaçların yanında bireyin yardım almaya yönelik tutumları, sosyal çevresi ve mevcut destek kaynakları tarafından da şekillenmektedir.

Araştırmalar, psikolojik sıkıntının bazı durumlarda yardım arama davranışını teşvik etmek yerine engelleyebildiğini göstermektedir. (Farrokhi, 2013), yüksek depresyon düzeylerinin yardımın yararına ilişkin olumsuz algıların yanında psikolojik, sosyal ve uygulamaya dönük engellerle ilişkili olduğunu bildirmiştir. Seyfi et al., 2013) ise yardım arama niyetlerinin bireylerin tutumları ve öznel normları tarafından şekillendiğini göstermiştir.

Karşılanmamış psikolojik ihtiyaçlar da hizmet kullanımını etkilemektedir. Rojas et al. (2022), psikolojik iyilik hali ile yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu, bu durumun karşılanmamış ihtiyaçların yalnızca yardım arama davranışını değil, bireyin genel uyumunu ve yaşam kalitesini de etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Ayrıca sosyal destek ise, yardım arama davranışını kolaylaştıran bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Amoako & Owusu-Ansah (2021), algılanan sosyal desteğin depresyon ve anksiyete düzeyleriyle ters ilişkili olduğunu göstermiştir. Aile desteği, sağlık profesyonelleriyle kurulan olumlu ilişkiler ve etkili baş etme mekanizmaları da psikolojik destek arayışını kolaylaştırmaktadır (Zheng et al., 2025). Bu bulgular, karşılanmamış psikolojik ihtiyaçların yardım arama davranışını doğrudan etkilediğini, ancak bu ilişkinin sosyal destek ve bireysel tutumlar tarafından şekillendirildiğini göstermektedir.

Hastalık Algısı ile Yardım Arama Arasında Psikolojik İhtiyaçların Aracı Rolü

Psikolojik ihtiyaçlar, hastalık algısı ile yardım arama davranışı arasındaki ilişkide aracı rol oynayabilir. Bu aracı rol, hastalık algısının önce psikolojik sıkıntıyı (karşılanmamış

ihtiyaçları) artırdığını, bunun da yardım arama davranışını etkilediğini ne sürer.

Bu ilişkiyi destekleyen çalışmalar, hastalığa ilişkin olumsuz algıların psikolojik sıkıntıyı artırarak yardım arama davranışlarını dolaylı biçimde etkileyebileceğini göstermektedir. Chilcot (2010), hastalık algılarının psikolojik sıkıntıyı yordadığını, negatif algıların daha yüksek depresyon skorları ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, hastalık algılarının yardım arama davranışını etkilediğini, algılanan ciddiye ve semptom sresinin sağlık arama davranışını yordadığını bildirmiştir. Barraclough et al. (2011), bireyin hastalık algısının başa çıkma becerilerini ve ardından psikolojik sıkıntıyı önemli ölçüde etkilediğini, depresyon vakalarının %53'n, anksiyete vakalarının %64'n ve yaşam kalitesi sonuçlarının %44'n etkilediğini göstermiştir. Bu, Ortak Anlam Modeli (CSM) için kronik böbrek hastalığı kohortunda kanıt sağlamakta, hastalık algılarının hastalık aktivitesi ile psikolojik iyilik hali arasında aracı rolünü vurgulamaktadır.

Chilcot, (2010), hastalık tutarlılığı ve hastalığın döngüsel olarak algılanmasının, diyaliz süreci ile depresif belirtiler arasındaki ilişkide aracı rol oynadığını bildirmiştir. Bu durum, hastaların hastalıklarını anlamlandırma biçiminin psikolojik uyum üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir.

Benzer şekilde Cha (2017), bilişsel hastalık temsillerinin umut ve öz-yönetim davranışları üzerinde etkili olduğunu, umudun ise öz-yönetim davranışlarını güçlendirdiğini göstermiştir. Ayrıca z-yönetim davranışının, sosyal bağlam, bilişsel hastalık temsili ve umut gibi psikososyal kaynaklar ile hastalık sonuçları arasındaki ilişkide aracılık rolü üstlendiği bildirilmiştir. Bu bulgular, hastalık algısının psikolojik süreçler aracılığıyla hastalık yönetimini etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, hastalık algısının yardım arama davranışı üzerindeki etkisinin doğrudan değil, büyük ölçüde psikolojik ihtiyaçlar ve başa çıkma süreçleri üzerinden gerçekleştiği görülmektedir. Hastalığını daha tehdit edici, kontrol edilemez veya belirsiz olarak algılayan bireylerde psikolojik sıkıntı düzeyi artmakta; bu durum ise yardım arama davranışlarını kolaylaştırabildiği gibi bazı durumlarda engelleyebilmektedir. Dolayısıyla psikolojik ihtiyaçlar, hastalık algısı ile yardım arama davranışı arasındaki ilişkiyi açıklayan önemli bir ara mekanizma olarak değerlendirilebilir.

Kültürel Bağlam

Hastalık algısı, psikolojik ihtiyaçlar ve yardım arama davranışı yalnızca bireysel özelliklerden değil, içinde bulunulan kültürel çevreden de etkilenmektedir. Önceki bölümlerde bu üç kavram arasındaki ilişkiler ele alınmış; bu bölümde ise bu ilişkilerin Türkiye'deki kültürel normlar, kadercilik, aile merkezlilik ve profesyonel yardıma yönelim çerçevesinde nasıl şekillendiği incelenmektedir.

Türkiye'de Kronik Hastalığa ve Psikolojik Yardıma İlişkin Kültürel Normlar

Türkiye, Doğu ve Batı kültürlerinin kesişim noktasında yer alan; toplumsal değerlerin, güçlü aile bağlarının ve dini inançların belirgin olduğu bir toplumsal yapıya sahiptir (Sahin et al., 2011; Seyfi et al., 2013). Bu özellikler, kronik hastalık deneyiminin yalnızca bireyi değil, aileyi ve yakın çevreyi de ilgilendiren bir yaşam olayı olarak algılanmasına neden olmaktadır.

Türk toplumunda kronik hastalıklara yönelik tutumlar, geleneksel değerler ile modern tıbbi anlayışın birlikte etkisi altında şekillenmektedir. Özkan (2021), geçmişte hastalık ve ölümün daha kaderci bir bakış açısıyla değerlendirildiğini, ancak modernleşme süreciyle birlikte bilimsel ve tıbbi açıklamaların daha fazla kabul

gördüğünü belirtmiştir. Buna rağmen aile desteği ve dini inançlar, hastalıkla baş etmede temel kaynaklar olmayı sürdürmektedir. Yaşamın sürdürülmesi, aile bütünlüğünün korunması ve umut duygusunun devam ettirilmesi birçok hasta için öncelikli değerler arasındadır (Özkan, 2021).

Psikolojik yardım arama davranışı da kültürel normlardan etkilenmektedir. Türkiye'de ruhsal sorunlara yönelik damgalanmanın önemli bir engel olmaya devam ettiği bildirilmektedir. Topkaya (2015), psikolojik yardım alan bireylerin zaman zaman "zayıf", "dengesiz" ya da "çılgın" olarak etiketlenebildiğini belirtmiştir. Coşan (2015), ruh sağlığı sorunlarının gizlenmesi eğiliminin aile merkezli kültürel yapı ve aile sınırlarını koruma anlayışıyla ilişkili olduğunu vurgulamıştır. Topkaya et al. (2017) ise danışmanlık hizmetlerinin çoğu zaman yalnızca ciddi ruhsal sorunlar yaşayan bireyler için gerekli görüldüğünü ve bu nedenle yardım aramanın ertelenebildiğini bildirmiştir.

Kültürel normların bir diğer yansıması, psikolojik sıkıntıların bedensel belirtiler aracılığıyla ifade edilmesidir. Fassaert et al. (2009), ruhsal sorunların bazı toplumlarda dini ya da ahlaki yetersizliklerle ilişkilendirilebildiğini ve bu nedenle psikolojik destek yerine spiritüel desteğin tercih edilebildiğini belirtmiştir. Koch et al. (2008), ise Türk bireylerde ruhsal sıkıntıların sıklıkla fiziksel belirtiler üzerinden ifade edildiğini ve psikolojik açıklamaların kabul edilmesinde güçlük yaşanabildiğini bildirmiştir. Bu nedenle psikolojik sıkıntılar her zaman ruhsal bir sorun olarak tanımlanmamakta ve profesyonel destek arayışı gecikebilmektedir.

Kadercilik, Aile Merkezlilik ve Profesyonel Yardıma Yönelim İlişkisi

Kadercilik, aile merkezlilik ve dini başa çıkma biçimleri, Türkiye'de hastalık algısını ve yardım arama davranışını etkileyen başlıca kültürel unsurlardır. Özellikle kronik hastalık süreçlerinde

bireyler yaşadıkları güçlükleri anlamlandırırken dini inançlardan ve manevi kaynaklardan yararlanabilmektedir. Coşan (2015), kaderci eğilimlerin bazı bireylerde yaşanan sorunların Allah'ın takdiri olarak değerlendirilmesine ve profesyonel yardım yerine dini kaynaklara yönelmeye neden olabildiğini belirtmiştir.

Bununla birlikte dini inançların yardım arama davranışı üzerindeki etkisi her zaman olumsuz değildir. İbrahim et al. (2012), pozitif dini başa çıkma stratejilerinin hastalık algısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide koruyucu bir rol üstlendiğini göstermiştir. Khoury et al. (2023) ise hemodiyaliz hastalarının büyük çoğunluğunun dini inançları yaşamlarında önemli bir anlam kaynağı olarak gördüğünü bildirmiştir. Bu sonuçlar, dini başa çıkmanın yalnızca bir inanç pratiği değil, psikolojik uyumu destekleyen bir baş etme kaynağı olarak da değerlendirilebileceğini göstermektedir.

Aile merkezlilik, yardım arama davranışını etkileyen bir diğer kültürel özelliktir. Türkiye'de bireyler psikolojik sıkıntı yaşadıklarında çoğu zaman ilk olarak aile üyelerine ve yakın çevrelerine başvurmaktadır. Rogers-Sirin et al. (2017), aile değerlerinin psikolojik hizmetlere yönelik tutumları şekillendirdiğini göstermiştir. Topkaya (2015) ise kolektivist kültürlerde aile ve yakın çevrenin temel yardım kaynakları olarak görüldüğünü belirtmiştir. Bu durum sosyal destek açısından avantaj sağlarken, bazı bireylerde profesyonel yardım arama davranışının gecikmesine de neden olabilmektedir.

Kocabıyık et al. (2021), toplulukçu değerlerin güçlü olduğu bireylerde sosyal uyumu korumak amacıyla olumsuz duyguların bastırılabilirdiğini ve bunun yardım arama davranışını olumsuz etkileyebildiğini bildirmiştir. Seyfi et al. (2013) de profesyonel psikolojik yardım kullanım oranlarının düşük olduğunu ve bireylerin çoğunlukla arkadaşlar ve aile üyeleri gibi informal kaynaklara yöneldiğini göstermiştir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, yardım arama davranışının yalnızca kültürel değerlerden değil; eğitim düzeyi, yaşanılan bölge ve sosyoekonomik özelliklerden de etkilendiğini ortaya koymaktadır. Göktaş et al. (2022), kültürel inançların sağlık ve hastalık algılarını etkileyerek ruhsal sorunlar için yardım arama davranışlarına yön verdiğini belirtmiştir. Karaaslan et al. (2024) ise psikolojik ve psikiyatrik destek arama davranışının sosyodemografik ve sosyal faktörlerle yakından ilişkili olduğunu göstermiştir. Yalvaç et al. (2017) ile Bademli et al. (2017) de dini yardım arama davranışlarının özellikle düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde ve bazı bölgelerde daha yaygın olduğunu bildirmiştir.

Kültürel faktörlerin hemodiyaliz hastalarındaki etkisi yalnızca yardım arama davranışıyla sınırlı değildir. Kadercilik, dini başa çıkma biçimleri ve aile merkezli değerler, hastaların hastalıklarını nasıl anlamlandırdıklarını da şekillendirmektedir. Güçlü aile desteği ve manevi kaynaklar psikolojik uyumu desteklerken; damgalanma, sorunların aile içinde üzülmesi gerektiğine yönelik inançlar ve profesyonel yardım almaya ilişkin çekinceler, bazı hastalarda psikolojik ihtiyaçların ifade edilmesini ve profesyonel destek arayışını geciktirebilmektedir (Topkaya, 2015; Coşan, 2015; Rogers-Sirin et al., 2017).

Türkiye'de kronik hastalık deneyimi; aile ilişkileri, dini inançlar, toplumsal normlar ve yardım aramaya yönelik kültürel tutumlarla i içe yaşanmaktadır. Bu nedenle hemodiyaliz hastalarına yönelik psikososyal müdahalelerin planlanmasında kültürel duyarlılığın gözetilmesi, aile üyelerinin destek sürecine uygun biçimde dahil edilmesi ve psikolojik yardım almaya yönelik damgalanmanın azaltılmasına yönelik çalışmaların desteklenmesi önem taşımaktadır. Böyle bir yaklaşım, hastaların psikolojik gereksinimlerinin daha doğru değerlendirilmesine ve yardım arama davranışlarının güçlendirilmesine katkı sağlayabilir.

Kadercilik, Aile Merkezlilik ve Profesyonel Yardıma

Yönelim İlişkisi

Kadercilik, aile merkezlilik ve dini başa çıkma biçimleri, Türkiye'de hastalık algısını ve yardım arama davranışını etkileyen başlıca kültürel unsurlar arasında yer almaktadır. Özellikle kronik hastalık süreçlerinde bireyler yaşadıkları güçlükleri anlamlandırırken dini inançlardan ve manevi kaynaklardan yararlanabilmektedir. Coşan (2015), kaderci eğilimlerin bazı bireylerde yaşanan sorunların Allah'ın takdiri olarak değerlendirilmesine ve profesyonel yardım yerine dini kaynaklara yönelmeye neden olabildiğini belirtmiştir.

Bununla birlikte dini inançların yardım arama davranışı üzerindeki etkisi her zaman olumsuz değildir. İbrahim et al. (2012), pozitif dini başa çıkma stratejilerinin hastalık algısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide koruyucu bir rol üstlendiğini göstermiştir. Benzer şekilde Khoury et al. (2023), hemodiyaliz hastalarının büyük çoğunluğunun dini inançları yaşamlarında önemli bir anlam kaynağı olarak gördüğünü bildirmiştir. Bu sonuçlar, dini başa çıkmanın yalnızca bir inanç pratiği değil, aynı zamanda psikolojik uyumu destekleyen bir baş etme kaynağı olarak değerlendirilebileceğini göstermektedir.

Aile merkezlilik, yardım arama davranışını etkileyen bir diğer kültürel özelliktir. Türkiye'de bireyler psikolojik sıkıntı yaşadıklarında çoğu zaman ilk olarak aile üyelerine ve yakın çevrelerine başvurmaktadır. Rogers-Sirin et al (2017), aile değerlerinin psikolojik hizmetlere yönelik tutumları şekillendirdiğini göstermiştir. Benzer şekilde Topkaya (2015), kolektivist kültürlerde aile ve yakın çevrenin temel yardım kaynakları olarak görüldüğünü belirtmiştir. Bu durum sosyal destek açısından önemli avantajlar sağlarken, bazı bireylerde profesyonel yardım arama davranışının gecikmesine de neden olabilmektedir.

Kocabıyık & Bacıoğlu (2021), kolektivist değerlerin güçlü olduğu bireylerde sosyal uyumu korumak amacıyla olumsuz duyguların bastırılabilmesini ve bunun yardım arama davranışını olumsuz etkileyebildiğini bildirmiştir. Seyfi et al. (2013) da profesyonel psikolojik yardım kullanım oranlarının düşük olduğunu ve bireylerin çoğunlukla arkadaşlar ve aile üyeleri gibi informal kaynaklara yöneldiğini göstermiştir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, yardım arama davranışının yalnızca kültürel değerlerden değil, eğitim düzeyi, yaşanan bölge ve sosyoekonomik özelliklerden de etkilendiğini ortaya koymaktadır. Göktaş & Buldukoğlu (2022), kültürel inançların sağlık ve hastalık algılarını etkileyerek ruhsal sorunlar için yardım arama davranışlarına yön verdiğini belirtmiştir. Benzer şekilde Karaaslan et al. (2024), psikolojik ve psikiyatrik destek arama davranışının sosyodemografik ve sosyal faktörlerle yakından ilişkili olduğunu göstermiştir. Yalvaç et al. (2017) ile Bademli & Lök, 2017 ise dini yardım arama davranışlarının özellikle düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde ve bazı bölgelerde daha yaygın olduğunu bildirmiştir.

Kültürel faktörlerin hemodiyaliz hastalarındaki etkisi yalnızca yardım arama davranışıyla sınırlı değildir. Kadercilik, dini başa çıkma biçimleri ve aile merkezli değerler, hastaların hastalıklarını nasıl anlamlandırdıklarını ve hastalığa ilişkin algılarını da şekillendirebilmektedir. Bununla birlikte güçlü aile desteği ve manevi kaynaklar psikolojik uyumu desteklerken, damgalanma, sorunların aile içinde çözülmesi gerektiğine yönelik inançlar ve profesyonel yardım almaya ilişkin çekinceler bazı hastalarda psikolojik ihtiyaçların ifade edilmesini ve profesyonel destek arayışını geciktirebilmektedir (Topkaya, 2015; Coşan, 2015; Rogers-Sirin ve ark., 2017).

Türkiye'de kronik hastalık deneyimi; aile ilişkileri, dini inançlar, toplumsal normlar ve yardım aramaya yönelik kültürel

tutumlarla iç içe yaşanmaktadır. Bu nedenle hemodiyaliz hastalarına yönelik psikososyal müdahalelerin planlanmasında kültürel duyarlılığın gözetilmesi, aile üyelerinin destek sürecine uygun biçimde dahil edilmesi ve psikolojik yardım almaya yönelik damgalanmanın azaltılmasına yönelik çalışmaların desteklenmesi önemlidir. Böyle bir yaklaşım, hastaların psikolojik gereksinimlerinin daha doğru değerlendirilmesine ve yardım arama davranışlarının güçlendirilmesine katkı sağlayabilir.

Bu bölüm, hemodiyaliz hastalarında hastalık algısı, psikolojik ihtiyaçlar ve yardım arama davranışları arasındaki çok boyutlu ilişkileri sistematik bir şekilde incelemiştir. Leventhal'in Öz-Düzenleme Modeli temelinde, hastaların hastalıklarına ilişkin bilişsel ve duygusal temsillerinin (kimlik-semptom, neden, zaman çizgisi, sonuçlar, kontrol ve duygusal boyutlar) psikolojik uyumlarını, yaşam kalitelerini ve tedaviye uyumlarını önemli ölçüde etkilediği gösterilmiştir.

Klinik Uygulamalar ve Gelecek Araştırmacılar İçin Öneriler

Önceki bölümlerde ele alınan kuramsal çerçeve ve ampirik bulgular, hemodiyaliz hastalarının psikososyal bakımına yönelik çıkarımlar sunmaktadır. Bu bölümde, klinik uygulamalara ışık tutacak öneriler tartışılmakta; ardından mevcut literatürdeki boşluklara işaret edilerek gelecek araştırmalar için yönelimler sunulmaktadır.

Klinik Uygulamalar İçin Öneriler

Hastalık Algısının Değerlendirilmesi: Klinisyenler, hemodiyaliz hastalarının hastalık algılarını sistematik olarak değerlendirmeli, özellikle negatif sonuç algıları, düşük kontrol inançları ve yüksek duygusal temsillere sahip hastaları belirlemelidir. Bu değerlendirmede Gözden Geçirilmiş Hastalık Algısı Ölçeği (Revised Illness Perception Questionnaire, IPQ-R)

veya Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (Brief Illness Perception Questionnaire, Brief-IPQ) gibi standart araçlar kullanılabilir.

Psikolojik Tarama ve Destek: Depresyon, anksiyete ve diğer psikolojik sıkıntıların rutin taraması, hemodiyaliz bakımının standart bir parçası olmalıdır. Ancak, tarama programlarının uygulanmasında hasta algılanan engellerin (stigma, yan etki endişeleri, problemin ciddiyetini küçümseme) ele alınması gerekmektedir.

Hastalık Algısına Yönelik Müdahaleler: Psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma ve kabul ve kararlılık terapisi gibi hastalık algısını iyileştirmeye yönelik müdahaleler, tedaviye uyumu artırabilir ve psikolojik sıkıntıyı azaltabilir (Parvan et al., 2013; Seyyedrasooli et al., 2013).

Çok Boyutlu Psikososyal Destek: Hemodiyaliz hastalarının psikolojik ihtiyaçları çok boyutludur (duygusal, bilişsel, sosyal, varoluşsal). Etkili müdahaleler, bu boyutların tümünü ele almalı, psikolojik destek, bilgilendirme, sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi ve spiritüel bakımı içermelidir.

Kültürel Duyarlılık: Özellikle Türkiye gibi kolektivist, aile merkezli ve dini değerlerin güçlü olduğu toplumlarda, kültürel faktörlerin hastalık algısı ve yardım arama davranışları üzerindeki etkisi dikkate alınmalıdır. Aile katılımı teşvik edilmeli, dini başa çıkma stratejileri desteklenmeli ve stigmatı azaltmaya yönelik toplum düzeyinde müdahaleler geliştirilmelidir.

Gelecek Araştırmalar İçin Öneriler

Mevcut literatür, hastalık algısı, psikolojik ihtiyaçlar ve yardım arama davranışları arasındaki ilişkileri ortaya koymakla birlikte, bu ilişkilerin zaman içindeki değişimini açıklayan çalışmaların sınırlı olduğunu göstermektedir. Tasmoc et al. (2013), altı yıllık takip sürecinde hastalık algılarındaki değişimi ortaya

koymuş olsa da benzer boylamsal çalışmaların psikolojik ihtiyaçlar ve yardım arama davranışları açısından da yürütülmesine ihtiyaç vardır.

Psikolojik ihtiyaçların hastalık algısı ile yardım arama davranışı arasındaki aracı rolü ve kültürel faktörlerin bu ilişkiler üzerindeki düzenleyici etkileri daha kapsamlı biçimde araştırılmalıdır. Cha (2017) ve Ibrahim et al. (2012) çalışmaları, aracılık modellerinin bu karmaşık ilişkilerin anlaşılmasına önemli katkılar sağlayabileceğini göstermektedir.

Kültürel bağlamın etkisini daha iyi anlayabilmek için farklı toplumlarda yürütülecek karşılaştırmalı araştırmalara ihtiyaç vardır. Özellikle Türkiye'de elde edilen bulguların farklı kültürel özelliklere sahip toplumlarla karşılaştırılması, hastalık algısı ve yardım arama davranışlarının kültüre özgü ve evrensel yönlerinin belirlenmesine katkı sağlayacaktır.

Hastalık algısını güçlendirmeye, psikolojik ihtiyaçları karşılamaya ve yardım arama davranışlarını desteklemeye yönelik müdahalelerin etkinliği deneysel araştırmalarla değerlendirilmelidir. Karimi et al. (2019), kabul ve kararlılık terapisinin hastalık algısı üzerindeki olumlu etkilerini göstermiştir. Benzer müdahalelerin psikolojik uyum, yardım arama davranışı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin de incelenmesi, alandaki bilgi birikimini güçlendirecektir.

Hastaların hastalık deneyimlerini, psikolojik ihtiyaçlarını ve yardım arama süreçlerini daha derinlemesine anlayabilmek için nitel araştırmalara da ihtiyaç vardır. Sayısal veriler bu değişkenler arasındaki ilişkileri ortaya koysa da, hastaların hastalıklarını nasıl anlamlandırdıkları, yardım arama kararlarını hangi etkenlerin şekillendirdiği ve psikolojik ihtiyaçlarını nasıl deneyimledikleri nitel yöntemlerle daha ayrıntılı biçimde incelenebilir Li et al. (2025) ile Rodriguez-Urbina et al. (2026), nitel yaklaşımların hastaların öznel

deneyimlerini ve psikososyal gereksinimlerini anlamada önemli katkılar sağladığını göstermiştir.

Sonuç

Hemodiyaliz hastaları, fiziksel semptomların ötesinde duygusal, bilişsel, sosyal ve varoluşsal boyutları olan çok yönlü psikolojik gereksinimler yaşamaktadır. Bu gereksinimlerin karşılanması yalnızca yaşam kalitesinin artırılmasına değil, aynı zamanda tedaviye uyumun, öz bakım davranışlarının ve genel sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine de katkı sağlamaktadır. Bu bölümde ele alınan bulgular, hastalık algısı, psikolojik ihtiyaçlar ve yardım arama davranışlarının birbirinden bağımsız süreçler olmadığını; aksine karşılıklı etkileşim içinde olan dinamik bir yapı oluşturduğunu göstermektedir. Hastaların hastalıklarını nasıl anlamlandırdıkları, yaşadıkları psikolojik gereksinimleri ve destek arama davranışlarını doğrudan etkilerken; kültürel değerler, aile yapısı ve dini inançlar da bu sürecin şekillenmesinde önemli rol oynamaktadır.

Bu nedenle hemodiyaliz hastalarının değerlendirilmesi ve bakımının planlanmasında biyomedikal yaklaşımın ötesine geçilerek psikososyal ve kültürel boyutların da dikkate alınması gerekmektedir. Hastalık algısı, psikolojik ihtiyaçlar ve yardım arama davranışlarının birlikte ele alındığı bütüncül ve kültürel açıdan duyarlı bir yaklaşım, hem hasta merkezli bakımın güçlendirilmesine hem de daha etkili psikososyal müdahalelerin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Kaynakça

Acuña, P., C., Hernandez G., R., Goldenberg, J., S., Rodriguez I., A. (2015). Relación entre calidad de vida y representación de enfermedad en personas con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis. *Enferm Nefrol [Online]*, 18(2), 89-96. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842015000200003>

Aghakhani, N., Sharif, Sharif F., Molazem Z., Habibzadeh (2014). A qualitative study of hemodialysis patients' experience of perceived personal social support. *J Nursing and Midwifery Journal* 12(6), 409-419.

Seyyedrasooli, A., Kobra, P., Azad, R. & Zhale, R. (2013). Effect of illness perception promoting interventions on treatment adherence in hemodialysis patients: A randomized controlled trial. *Journal of Critical Care Nursing*, 6(2), 77-86. <https://sid.ir/paper/151565/en adresinden alındı>

Alharbi, A., A., Alraddadi, R., M., Alharbi, A., A., & Alharbi, Y., A. (2017). Comparison of Saudi Arabian hemodialysis and peritoneal dialysis patients' illness perceptions. *Renal Failure*, 39(1), 187-192. <https://doi.org/10.1080/0886022X.2016.1256314>

Amoako, N., T., & Owusu-Ansah, F., E. (2021). Psychosocial factors among end-stage kidney disease patients receiving hemodialysis treatment in Kumasi, Ghana. *Journal of Addiction Therapy and Research*, 5(1), 014-019. <https://doi.org/10.29328/journal.jatr.1001017>

Bademli, K., & Lök, N. (2017). Kronik ruhsal hastalıklarda yardım arama davranışları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(2), 136-146. <https://doi.org/10.18863/PGY.281340>

Barracough, K., A., Isbel, N., M., Johnson, D., W., Hawley, C., M., Lee, K. J., McWhinney, B., C., et al. (2012). A limited sampling strategy for the simultaneous estimation of tacrolimus, mycophenolic acid and unbound prednisolone exposure in adult kidney transplant recipients. *Nephrology (Carlton, Vic.)*, 17(3), 294-299. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1797.2011.01560.x>

Benetou, S., Tsigiotis, S., Dousis, E., Alikari, V., Evangelou, E., Koutelekos, I., et al. (2020). Concerns of hemodialysis patients. *Health & Research Journal*, 6(2), 56-65. <https://doi.org/10.12681/healthresj.23316>

Bentil, E., E., & Bentil, W. (2015). Understanding the help seeking behavior of Accra Polytechnic students: A qualitative approach. *Research on Humanities and Social Sciences*, 5(6), 172-185.

Bonnet, K., Bergner, E., M., Melissa, M., Kathryn, T., Desantis, E., Pena, M. A., et al. (2025). African American patients' perspectives on determinants of

hemodialysis adherence and use of motivational interviewing to improve hemodialysis adherence. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 20(1), 88-100. doi:10.2215/CJN.0000000580

Budiyarti, Y., & Sukanti, E. (2023). Health service needs in patients receiving hemodialysis therapy: qualitative study. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Aisyiyah*, 19(1), 25-39. <https://doi.org/10.31101/jkk.3069>

Cantekin, I., Arguvanli, Çoban, S., & Köprülü, E. (2022). Illness perception of Turkish patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis: Similarities and differences. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 12(1), 104-101. doi:10.33808/clinexphealthsci.825018

Cha, J. (2017). Structural equation modeling of self-management in patients with hemodialysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 47(1), 14-24. <https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.1.14>

Cha, J. & Myungsun, Y. (2015). A path analysis of social support in patients with hemodialysis: Based on the self-regulation model. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 21(1), 116-127. <https://doi.org/10.22650/JKCN.2015.21.1.116>

Chen, Y., C, Lin, C., L. & Lee, B., O. (2020). Relationships of illness representation and quality of life in patients with end-stage renal disease receiving haemodialysis. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), 3812-3821. <https://doi.org/10.1111/jocn.15412>

Chilcot, J., J. (2010). Studies of depression and illness representations in end-stage renal disease. [Doctoral dissertation, University of Hertfordshire].

Chilcot, J., Wellsted, D., & Farrington, K. (2010). Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(2), 203-212. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.010>

Coşan, D. (2015). The Perception of Psychotherapy in Turkey. *The European Journal of Social & Behavioural Sciences*, 220-230. <https://doi.org/10.15405/ejsbs.165>

Demir, Gökmen, B., & Okanlı, A. (2013) Hemodiyaliz hastalarında gevşeme egzersizi ve öfke eğitiminin öfke ifadelerine etkisi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16:4, 227-233.

Ediz, Ç., Uzun, S., Mohammadnezhad, M., & Erdaş, M. (2024). Role of culture and religious beliefs on non-medical help-seeking behavior among patients with chronic mental illnesses (CMI) in Türkiye. *Indian Journal of Psychiatry*, 695-703. doi:10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_57_24

Farrokhi, F. (2013). *A Patient Opinion Survey to Identify Perceived Barriers to the Introduction of a Screening Program for Depression in a*

Hemodialysis Population. Doctoral Dissertation University Of Toronto.
<http://hdl.handle.net/1807/35118>.

Fassaert, T., Wit, M., A., Tuinebreijer, W., C., Verhoeff, A., P., & Beekman, A., T. (2009). Perceived Need For Mental Health Care Among Non-Western Labour Migrants. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* , 44, s. 208-216. doi:<https://doi.org/10.1007/s00127-008-0418-x>

Fengjiao, L. (2021). Understanding mental health help-seeking preferences of Chinese young overseas students, and their perceived barriers and facilitators to seek help. *The Journal of Education, Culture, and Society*, 12(2), s. 211-223. doi:10.15503.jecs2021.2.211.223

Geuijen, P., M., Pars, E., Kuppens, J., M., Schene, A., H., de Haan, H., A., de Jong, C. A., et al. (2021). Barriers and Facilitators to Seek Help for Substance Use Disorder among Dutch Physicians: A Qualitative Study. *European Addiction Research*, 28(1), s. 23-32. doi:<https://doi.org/10.1159/000517043>

Göktaş, A., & Buldukoğlu, K. (2022). Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Yardım Arama Davranışları. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 4(3), 159-164. <https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.1109939>.

Griva, K., Jayasena, D., Davenport, A., Harrison, M., & Newman, S. P. (2011). Illness and treatment cognitions and health related quality of life in end stage renal disease. *British Journal Of Healht Psychology*, 14(1), 17-34. <https://doi.org/10.1348/135910708X292355>.

Hagger, M., S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health*, 18(2), 141-184. <https://doi.org/10.1080/088704403100081321>.

Himawan, F., Anggorowati , A., & Chasani, S. (2019). Asesmen kebutuhan spiritual pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa dengan instrumen APSN dan SPNQ. *Journal of Holistic Nursing Science*, 6(1), 1-12. <https://doi.org/10.31603/nursing.v6i1.2053>.

İbrahim, N., Chiew-Tong, N., K., Desa, A., & Rozmi, I. (2015). Illness Perception as a Predictor of Health-related Quality of Life in Patients with End Stage Renal Disease: Comparison between Haemodialysis and Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients. *Sains Malaysiana*, 44(4), s. 599-604. doi:10.17576/jsm-2015-4404-15

İbrahim, N., Desa, A., & Chiew-Tong, N., K. (2012). Religious Coping as Mediator between Illness Perception and Health-Related Quality of Life among Chronic Kidney Disease Patients. *Asian Social Science*, 8(9), s. 23-31. doi:10.5539/ass.v8n9p23

Jansen, D., L., Heijmans, M., J., Rijken, M., Spreeuwenberg, P., Grootendorst, D. C., Dekker, F. W. et al. (2013). Illness perceptions and treatment

perceptions of patients with chronic kidney disease: Different phases, different perceptions? *British Journal of Health Psychology*, 18(2), s. 244-262. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12002>

Jayanti, A., Foden, P., Wearden, A., & Mitra, S. (2016). Illness beliefs in end stage renal disease and associations with self-care modality choice. *PLoS ONE*, 11(7), s. e0154299. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154299>

Karaaslan, Ç., K., Karaslan A., & Subaşı, H. (2024). Factors affecting seeking psychological and psychiatric support for Turkish society. *PLoS ONE*, 19(9), e0310982. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310982>.

Kajiwara, Y., & Morimoto, M. (2023). Identification of illness representational patterns and examining differences of self-care behavior in the patterns in chronic kidney disease. *PLoS ONE*, 18(3), e0283701. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283701>

Karadağ, E. Sevinç, S., Karatay, G. (2016). The relationship between illness perception and disability in hemodialysis patients. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 8(3), 213-23. doi: 10.5336/nurses.2015-46162.

Karimi, Z., Moradimanesh, F., Asgari, P., & Bakhtiyarpour, S. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the illness perception in dialysis patients. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 30(1), s. 1-8. doi:10.9734/jpri/2019/v30i130260

Khoury, R., Ghantous, Z., Ibrahim, R., Ghossoub, E., Madaghjian, P., Karam, E. et al. (2023). Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in patients on hemodialysis in the setting of the pandemic, inflation, and the Beirut blast: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 23, s. 284. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04798-6>

Klaric, M., Letica, I., Petrov, B., Tomic, M., Klaric, B., Letica, L., & Franciskovic, T. (2009). Depression and anxiety in patients on chronic hemodialysis in University Clinical Hospital Mostar. *Collegium Antropologicum*, 2, 153-158.

Kocabıyık, O., O., & Bacioğlu, S., D. (2021). The roles of seeking psychological help, self-stigma and self-construal in prediction of attitudes towards seeking psychological help. *Journal of Educational Issues*, 7(1), s. 34. doi:10.5296/jei.v7i1.18060

Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R., G., & Schouler-Ocak, M. (2008). Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. Pilotstudie der Arbeitsgruppe "Psychiatrie und Migration" der Bundesdirektorenkonferenz [German pilot study of psychiatric inpatients with histories of migration]. *Der Nervenarzt*, 79(3), 328-339. <https://doi.org/10.1007/s00115-007-2393-y>

Leventhal, H., Phillips, L.A. & Burns, E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *J Behav Med* **39**, 935–946 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>

Leventhal, H., Diefenbach, M. & Leventhal, E.A. Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cogn Ther Res* **16**, 143–163 (1992). <https://doi.org/10.1007/BF01173486>

Li, Y., Shan, Y., Yan, X., & Wang, Z. (2025). Qualitative study on the sense of meaning in life in uremic patients undergoing initial hemodialysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 20(1), s. 2545262. <https://doi.org/10.1080/17482631.2025.2545262>

Lin, C., C., Chang, S. C., & Wu, C. C.. (2009). Application of Leventhal "illness representation" in nursing practice. *Huli Za Zhi Journal of Nursing*, 56(3), 48-52.

Luca, A.-L., Militaru, F., Văduva, M. C., Dinu, I.-R., Maria, T. D., Mușat, I. M., et al. (2026). Depression, anxiety, stress symptoms and health-related quality of life in hemodialysis patients: Cross-sectional findings from a Romanian cohort. *Medicina*, 62(2), s. 242. doi:10.3390/medicina62020242

Martínez, Rojas, S., M., & Ruiz, R., S. (2022). Relación entre bienestar psicológico y la percepción de calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 25(3), s. 10. <https://doi.org/10.37551/52254-28842022023>

Mehrabi, Y., Ghazavi, Z., & Shahgholian, N. (2017). Effect of Fordyce's happiness program on stress, anxiety, and depression among the patients undergoing hemodialysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(3), s. 190-194.

Muzaenah, T., & Makiyah, S., N. (2018). Pentingnya aspek spiritual pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa: A literature review. *Herb-Medicine Journal*, 1(8). <https://doi.org/10.30595/hmj.v1i2.3004>

Nascimento, V., E. de S., Nunes, B., N., de Oliveira, E., B., Borges, J., P. A., Lima, H., de P., & Rozza, S., G. (2025). Health behaviors and barriers to treatment adherence in hemodialysis patients: An integrative review. *Seven Editora*, s. 444-453. <https://doi.org/10.56238/sevened2024.041-032>

O'Connor, S., M., Jardine, A., G., & Millar, K. (2008). The prediction of self-care behaviors in end-stage renal disease patients using Leventhal's Self-Regulatory Model. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(2), s. 191-200. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.02.008>

Oliveira, J., Sousaa, H., Bártoło, A., Figueiredo, D., & Ribeiro, O. (2022). Illness perception and treatment adherence in haemodialysis: A systematic review. *Psychology, Health & Medicine*, 28(7), s. 1641-1655. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2099559>

Özkan, S. (2021). The impact of culture and beliefs in cancer care: Turkish experience. *Internal Medicine Research - Open Journal*, 1(4), s. 1-6. <https://researchopenworld.com/wp-content/uploads/2021/04/IMROJ-6-616.pdf>.

Pagels, A., A. (2012). Living with chronic kidney disease: Perceptions of illness and health-related quality of life. *Doctoral dissertation, Karolinska Institutet*.

Pintado-Outumuro, E., Salvador-González, B., Morín-Fraile, V., Benito-Aracil, L., Cunillera-Puertolas, O., Buades-Sabater, M. T. et al. (2025). Factors associated with self-care in people with advanced chronic kidney disease and their experience of care in Catalonia: An application of Leventhal's self-regulatory model. *BMC Nephrology*, 26(430). <https://doi.org/10.1186/s12882-025-04338-2>

Quiceno, J., M., & Vinaccia, S. (2019). Percepción de enfermedad y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología y Salud*, 29(2), s. 159-166. doi:10.25009/pys.v29i2.2582

Rahimi, F., Rejeh, N., Bahrami, T., Heravi-Karimooi, M., Tadrissi, D., S., Griffiths, et al. (2019). The effect of the eye movement desensitization and reprocessing intervention on anxiety and depression among patients undergoing hemodialysis: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(4), 652-660. <https://doi.org/10.1111/PPC.12389>

Rakhshan, M., Mirshekari, F., & Dehghanrad, F. (2020). The relationship between illness perception and self-care behaviors among hemodialysis patients. *Iranian Journal of Psychiatry*, 15(2), s. 150-158. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7215252/> adresinden alındı.

Rodriguez-Urbina, M., J., Rubio-Paez, S., Arcas-Canalias, E., Nefrología, S., & Terrassa, S., C. (2026). Patient's emotional needs undergoing hemodialysis treatment/giving voice to their perspective, a qualitative study. *Enfermería Clínica*, s. 502406. doi:10.1016/j.enfcl.2026.502406

Rogers-Sirin, L., Yanar, C., Yükksekbaş, D., Sentürk, I. M. & Sirin, S. (2017). Religiosity, cultural values, and attitudes toward seeking psychological services in Turkey. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 48(10), 1587-1604. doi:10.1177/0022022117732532

Roldan-Bau, A. (2013). Seeking help for psychological distress: The role of acculturation, family relationships, coping, and stigma among Latin Americans in Canada.

Rusdyana, Z., & Masdina, M. (2025). Krisis iman pada pasien hemodialisis: Strategi dukungan. *Guiding World: Jurnal Bimbingan dan Konseling*, 8(1), s. 1-10. doi:<https://doi.org/10.33627/gw.v8i1.3174>

Sahin, E., & Uyar, S., Y. (2011). Turkish high school students' attitudes towards seeking professional psychological help. *US-China Education Review*, 2, 251-259. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED528317.pdf> adresinden alındı.

Santos, G., L. C., Alves, T. F., Quadros, D., C., R., Giorgi, M., D., M., & Paula, M., D., (2020). A percepção da pessoa sobre sua condição enquanto doente renal crônico em hemodiálise. *Rev Fun Care Online. jan/dez*; 12:636-641. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcf.v12.9086>.

Sayar, K., & Kose, S. (2012). Psychopathology and depression in the Middle East. *Journal of Mood Disorders*, 2(1), s. 21-27. doi:10.5455/jmood.20111217094801

Seyfi, F., Poudel, K., C., Yasuoka, J., Otsuka, K., & Jimba, M. (2013). Intention to seek professional psychological help among college students in Turkey: Influence of help-seeking attitudes. *BMC Research Notes*, 6(519). doi:<https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-519>

Shahgholian, N., & Hojatollah, Y. (2015). Supporting hemodialysis patients: A phenomenological study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(5), s. 626-633. doi:10.4103/1735-9066.164514

Silva, S., S., & Cunha, F., G. (2025). Os principais impactos na saúde mental dos pacientes submetidos a hemodiálise: Revisão integrativa. *Foco*, 18(10), s. 1-15. doi:<https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n10-072>

Tasmoc, A., Hogas, S., & Covic, A. (2013). A longitudinal study on illness perceptions in hemodialysis patients: Changes over time. *Clinical research*, 9(5), s. 831-836. doi:<https://doi.org/10.5114/aoms.2013.38678>

Taylor, F., Gutteridge, R., & Willis, C. (2016). Peer support for CKD patients and carers: Overcoming barriers and facilitating access. *Health Expectations*, 19(3), s. 617-630. doi:<https://doi.org/10.1111/hex.12348>Digital Object Identifier (DOI)

Timmers, L., Thong, M., Dekker, F., W., Boeschoten, E., W., Heijmans, M., Rijken, M., . . . Ad Kaptein For the Netherlands Cooperative Study . (2008). Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychology & Health*, 23(6), s. 679-690. doi:<https://doi.org/10.1080/14768320701246535>

Topkaya, N. (2015). Factors influencing psychological help seeking in adults: A qualitative study. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 15(1), s. 21-31. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1057471> adresinden alındı

Topkaya, N., Vogel, D., L., & Brenner, R., E. (2017). Examination of the stigmas toward help seeking among Turkish college students. *Journal of Counseling & Development*, 95(2), s. 213-225. doi:<https://doi.org/10.1002/jcad.12133>Digital Object Identifier (DOI)

Vasilopoulou, C., Bourtsi, E., Giaple, S., Koutelekos, I., Theofilou, P., & Polikandrioti, M. (2015). The impact of anxiety and depression on the quality of life of hemodialysis patients. *Global Journal of Health Science*, 8(1), s. 45-55. doi:10.5539/gjhs.v8n1p45

Washington, T., Robinson, M., Hamler, T., & Brown, S. (2017). Chronic kidney disease self-management "helps" and hindrances in older African-American and White individuals undergoing hemodialysis: A brief report. *The Journal of Nephrology Social Work*, 40(1), s. 59-64. doi:<https://doi.org/10.61658/jnsw.v41i1.59>

Widayati, N., Nurrahmawati, M., Ridla, Z., A., & Toha, M. (2025). The correlations between illness perception and self-care in chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis. *Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ)*, 5(4), s. 558-567. doi:<https://doi.org/10.53713/nhsj.v5i4.607>

Yalvaç, D. H., Mutlu, A., E., Kotan, Z., Özer, İ., Karşioğlu, H., E., & Çayköylü, A. (2017). Explanatory models of illness, help seeking behaviours and related factors in patients with schizophrenia: A comparative study from two different provinces of Turkey. *Community Mental Health Journal*, 53, s. 951-957. doi:<https://doi.org/10.1007/s10597-016-0074-7>

Yildirim, N., K., Okanlı, A., Karabulutlu, E., Y., Karahisar, F., & Ozkan, S. (2013). Effects of illness perception on anxiety and depressive symptoms in hemodialysis patients: A multi-center study. *Anatolian Journal of Psychiatry (Anadolu Psikiyatri Dergisi)*, 14(3), s. 252-259. doi:10.5455/apd.40629

Zaman, N., Mujahid, K., Ahmed, F., Mahmud, S., Naeem, H., Riaz, U., Cox, B. (2022). What are the barriers and facilitators to seeking help for mental health in NHS doctors: A systematic review and qualitative study. *BMC Psychiatry*, 22, s. 595. doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-022-04202-9>

Zhang, Z., Luo, X., Xiao, F., Xu, W., Ma, L., & Yan, j. (2023). The relationship between illness perceptions and fluid-control adherence among Chinese hemodialysis patients: A cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine*, 28(7), s. 1682-1697. doi:<https://doi.org/10.1080/13548506.2023.2216467>

Zheng, X., & Wang, A. (2026). Enhancing patient-centered communication in hemodialysis symptom management care-development and validation of the HSB-HD Scale for assessing help-seeking behavior in

hemodialysis patients: A multiphase cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 8834451, s. 1-19. doi:8834451

Zheng, X., Yang, Z., Xu, L., & Wang, A. (2025). Insights into the complexities of symptom management for hemodialysis patients: A systematic review of qualitative studies. *Health Psychology Review*, 19(3), s. 615-658. doi:<https://doi.org/10.1080/17437199.2025.2496230>

BÖLÜM 5

PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK

AYŞE AKSOY¹

MERAL KELLEÇİ²

Giriş

Amerikan Psikologlar Birliği (2011), psikolojik sağlamlığı “sıkıntı, travma, trajedi, tehditler ve hatta önemli stres kaynakları karşısında iyi uyum sağlama süreci” olarak tanımlar (American Psychological Association, 2011). Psikiyatride, psikolojik sağlamlık, bireyin stresli ve olumsuz sosyal koşullar altındaki yaşam görevlerine pozitif adaptasyonu olarak tanımlanmaktadır. Kavram, bir insanın baş etme kapasitesinin dinamik bir sürecini açıklar (Angeler vd., 2018; Echezarraga vd., 2017). Başa çıkma, uyum ve iyileşme, hastaların olumsuz koşullarla başa çıkma yeteneklerini tanımlamak için kullanılan psikolojik sağlamlık yönleridir (Angeler vd., 2018).

¹Dr. Hem., Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Servisi, Karaman, Türkiye Orcid: 0000-0001-7816-8469

²Prof. Dr., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas, Türkiye, Orcid: 0000-0001-8853-4645

Stres etkenine verilen bireysel fizyolojik ve psikolojik tepkiler değişkendir ve bu bireysel farklılıklar psikolojik sağlımlıkla ilişkilidir (Franklin vd., 2012). Psikolojik sağlımlık, bireyin stresli bir durum veya sıkıntı ile uygun bir şekilde başa çıkabilmesidir ve stresli durumlarda depresyon ve endişe gibi olumsuz duyguların yaşanmasını önleyen koruyucu bir faktör olarak hareket eder (Lee vd., 2017).

Psikolojik sağlımlık konusunu ele alan bu bölümde, öncelikle kavramın tanımı ve kuramsal temelleri açıklanmakta; ardından psikolojik sağlımlık üzerine yapılan araştırmaların tarihsel gelişimi ele alınmaktadır. Bölümde ayrıca psikolojik sağlımlığı etkileyen koruyucu ve risk faktörleri, farklı kuramsal modeller ve değerlendirme kriterleri ayrıntılı biçimde incelenmektedir. Bununla birlikte psikolojik sağlımlığı geliştirmeye yönelik müdahale yaklaşımları ve değerlendirme yöntemleri de ele alınarak konu bütüncül bir çerçevede sunulmaktadır. Bu bölümün temel amacı, psikolojik sağlımlık kavramını çok boyutlu olarak açıklamak, bireylerin stres ve zorluklar karşısında uyum süreçlerini anlamaya katkı sağlamak ve uygulamaya yönelik bilimsel bir altyapı oluştırmaktır.

Psikolojik Sağlımlığın Tanımı

Resilience kelimesi, Latince resilire (geri tepme) fiilinden gelmektedir. Günlük konuşma dili İngilizcesinde, resiliency kelimesi benzer bir anlamı korur, tıpkı bir lastik bandın gerildikten ve serbest bırakıldıktan sonra yaptığı gibi, esneklik veya geri yaylanma özelliğine atıfta bulunur. Mühendislik biliminde, malzemelerin stres altında çatlamaya veya kırılmaya karşı direnç göstermesi veya stres veya yük ile bozulmadan sonra orijinal hallerine dönmeleri durumunda resilire oldukları söylenir. Ekolojide resilience, "bir sistemin rahatsızlığı absorbe etme ve yeniden

düzenleme ve yine de benzer bir durumda devam etme kapasitesi" anlamına gelir. Birden fazla alandaki resilience kavramları arasındaki kavramsal benzerlik, kısmen genel sistem teorisindeki ortak kökenlerden kaynaklanmaktadır (Masten, 2001; Masten, 2011; Masten, 2014). Resilience, bir sistemin stresten sonra adaptasyonu ve hayatta kalması anlamına gelir, genellikle işlevsel dengeyi geri kazanma sürecine ve bazen de istikrarlı yeni bir işlevsel duruma başarılı dönüşüm sürecine atıfta bulunur. Yaşayan bir sistem olarak insan, potansiyel olarak istikrarsızlaştırıcı tehditler bağlamında bir uyum veya iyileşme modeli gösterdiğinde Resilience (Psikolojik sağlam) olarak tanımlanabilir (Masten, 2014).

Psikoloji, psikiyatri ve ilgili alanlardaki davranış bilimlerinde, psikolojik sağlamlık kavramı genel olarak risk veya sıkıntı bağlamında pozitif adaptasyona atıfta bulunur. Sıkıntı altında başarılı olma kapasitesi, zorluklarla başa çıkma süreçleri, felaketten kurtulma, travma sonrası büyüme ve başarısızlık riski yüksek olan insanlar arasında iyi sonuçlara ulaşılması gibi bir dizi olguyu kapsayan çok geniş bir terimdir (Luthar, 2003; Luthar vd., 2000; Luthar vd., 2006; Luthar & Cicchetti, 2000; Luthar & Zigler, 1991; Masten, 2007, 2014; Masten vd., 2021).

Psikolojik sağlamlık genellikle iki temel bileşen olarak tanımlanır: Birincisi, sıkıntı veya travmadan geri dönme yeteneğidir. Psikolojik sağlam olan insanlar, stresli olayların ardından fizyolojik, psikolojik ve sosyal ilişkilerde dengeyi hızla yeniden kazanma konusunda daha büyük bir kapasite gösterirler. İkincisi mevcut durumu sürdürebilme veya zorluklar karşısında ilerlemeye devam etme kapasitesidir. Psikolojik sağlamlığın bu yönü gelişimsel görevlerin yerine getirilmesindeki başarıyı, işlevselliği, sosyal yetkinlik veya refahı iyileştiren yeni içgörülerini, güçlü yönleri geliştirmek gibi stresli bir olaya yanıt olarak olumlu adaptasyonu ele

alır. (Luthar vd., 2000; Luthar & Cicchetti, 2000; Meyer & Mueser, 2011; Reich vd., 2010).

Psikolojik sağlamlık, bir kişinin doyum veren bir yaşam kurmasını sağlayan nitelikler, stratejiler ve kaynaklar olarak anlaşılabilir (Meyer & Mueser, 2011; Reich vd., 2010) Genel olarak, Psikolojik sağlamlık "sıkıntı, travma, trajedi, tehditler ve hatta önemli stres kaynakları karşısında iyi uyum sağlama süreci" olarak anlaşılabilir (American Psychological Association, 2011) Literatürde psikolojik sağlamlık tanımları, bir özellik, süreç veya sonuç değişkeni olup olmadığı; kalıcı veya duruma özgü olup olmadığı; sıkıntı karşısında hayatta kalmanın gerekli olup olmadığı kriterleri veya standartları açısından önemli farklılıklar içermektedir. Aşağıda, psikolojik sağlamlık tanımlarına birkaç örnek verilmiştir (Denckla vd., 2020; Herrman vd., 2011; Luthar vd., 2000; Luthar & Cicchetti, 2000; Prince-Embury, 2013b; Rutter, 2013; Southwick vd., 2011).

Psikolojik sağlamlık, bireylerin önemli sıkıntı veya travma müdahaleimlerine rağmen olumlu adaptasyon gösterdikleri dinamik bir süreçtir. Bu terim bir kişilik özelliğini veya bireyin bir özelliğini temsil etmez. Daha ziyade, sıkıntıya maruz kalmayı ve olumlu uyum sonuçlarının içeren iki boyutlu bir yapıdır (Luthar vd., 2000). Psikolojik sağlamlık, adaptasyon veya gelişime yönelik ciddi tehditlere rağmen iyi sonuçlarla karakterize edilen durumu ifade eder (Luthar vd., 2000; Luthar & Cicchetti, 2000; Luthar & Zigler, 1991; Masten, 2001, 2014; Masten & Reed, 2002; Southwick vd., 2014).

Psikolojik sağlamlık, kişinin sıkıntı karşısında gelişmesini sağlayan kişisel nitelikleri somutlaştırır. Psikolojik sağlamlık, bağlam, zaman, yaş, cinsiyet ve kültürel kökene ve ayrıca farklı yaşam koşullarına maruz kalan bir bireye göre değişen çok boyutlu bir özelliktir (Connor & Davidson, 2003). Psikolojik sağlamlık,

olumsuz duygusal müdahaleimlerden geri dönme yeteneği ve stresli müdahaleimlerin değişen taleplerine esnek bir şekilde uyum sağlama ile karakterize edilmiştir (Tugade & Fredrickson, 2004). Psikolojik sağlamlık stresli koşullara veya zorluklara olumlu uyum sağlamak; strese rağmen hastalanmamak veya istikrarı korumamak ve stres veya sıkıntıya rağmen normların üzerinde işlevsellik göstermektir (Smith vd., 2013). Psikolojik sağlamlık, bir kişinin sadece zor ve travmatik müdahaleimlerden ve durumlardan başa çıkma, hayatta kalma ve geri dönme yeteneği değil, aynı zamanda psikolojik ve duygusal olarak büyüme ve gelişme yeteneğidir (Hanbury & Indart, 2013).

Psikolojik Sağlamlık Araştırmalarının Tarihsel Süreci

Psikolojik sağlamlık kavramı İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, ruh sağlığı alanında artan çalışmaların sağlık sorunlarının nedenlerini araştırırken risk faktörlerini ele almaya başlaması ile ortaya çıkmaya başlamıştır. E. James Anthony, Emory Cowen, Norman Garmezy, Lois Murphy, Michael Rutter, George Vaillant ve Emmy Werner gibi bilim adamları, bu risk araştırmacıları arasında yer almış ve zorlu koşullara rağmen olumlu gelişim gösteren çocuklar olduğunu fark ederek çalışma ve yazılarını bu alana yöneltmişlerdir. Bu araştırmalar psikolojik sağlamlık araştırmalarının ilk dalgasını oluşturmuştur (Masten, 2001, 2014).

Son 50 yılda psikolojik sağlamlıkta dört farklı dalga araştırmalar yapılmıştır. İlk dalga betimleyicidir, psikolojik sağlamlık fenomenini tanımlamaya, ölçmeye ve açıklamaya ve psikolojik sağlamlığın öngörücülerini belirlemeye odaklanmıştır. İkinci dalga psikolojik sağlamlığa yol açan süreçlere, koruyucu, geliştirici veya önleyici faktörlerin nasıl etki ettiğine ve riskli ortamlarda olumlu gelişmenin nasıl teşvik edileceğine odaklanmıştır. Üçüncü dalga araştırmacılar müdahaleler yoluyla

psikolojik sağlamlığı artırmaya odaklanmıştır. Genetik, istatistik, nörobilim ve nörogörüntüleme alanlarındaki teknoloji ve bilgidaki ilerlemelerle psikolojik sağlamlığa yol açan karmaşık süreçlerin daha iyi anlaşılması için genlere, nörodavranışsal gelişime odaklanan dinamik, sistem odaklı yaklaşımlar dördüncü dalga psikolojik sağlamlık araştırmalarını oluşturmuştur (Masten, 2011; Masten vd., 2021; Meyer & Mueser, 2011; Prince-Embury, 2013b).

Psikolojik Sağlamlık İçin Koruyucu Faktörler

Psikolojik sağlamlıkta koruyucu faktörler, yüksek riskli koşullar altında bireylerin daha olumlu sonuçlar elde etmesini sağlayan bireysel ve çevresel özellikler olarak tanımlanmaktadır (Luthar & Cicchetti, 2000; Masten & Reed, 2002; Prince-Embury, 2013b). Bu faktörler, riskin olumsuz etkilerini azaltarak bireyin uyum kapasitesini artırmakta ve psikolojik sağlamlığın gelişimine katkı sağlamaktadır (Luthar & Cicchetti, 2000).

Psikolojik sağlamlıkta koruyucu faktörler olarak araştırmalarda; etkili başa çıkma stratejileri, sosyal destek, yakın ilişkiler ve bağlanma stilleri, bilişsel yetenekler (IQ puanları, dikkat becerileri, yürütücü işlev becerileri, bilişsel esneklik, olumlu bir bilişsel / açıklayıcı stile sahip olma), inanç, dinî manevi uygulama, hayatı anlamlı olarak görme, bir amaca bağlılık, iyimserlik ve yaratıcılık, affetme, azim, hoşgörü, iyimserlik gibi olumlu duygular, mizaç ve kişilik özellikleri (uyum sağlayabilme ve sosyallik), kendine güven, dikkat, duygu ve eylemi yönlendirmek veya engellemek için kullanılan öz düzenleme becerileri, ustalık motivasyonu, benlik saygısı ve öz-yeterlik, iç kontrol odağı ve kontrol duygusu özelliklerine atıfta bulunulmuştur (Elliott vd., 2013; Hanbury & Indart, 2013; Luthar & Cicchetti, 2000; Masten, 2014; Masten & Powell, 2003; Masten & Reed, 2002; Meyer & Mueser, 2011; Prince-Embury, 2013b; Smith vd., 2013; Southwick vd.,

2011). Bu koruyucu faktörler yüksek psikolojik sağlamlıkla ilişkilendirilmiştir. Bu koruyucu faktörler, bireyin stresli yaşam olayları karşısında daha etkili başa çıkma stratejileri geliştirmesine yardımcı olmakta, duygusal dengeyi korumasını sağlamakta ve olumlu uyum süreçlerini desteklemektedir. Dolayısıyla psikolojik sağlamlık, bu faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan dinamik bir süreç olarak değerlendirilmektedir.

Psikolojik Sağlamlık İçin Risk Faktörleri

Bireysel işlevsellik ve gelişime yönelik pek çok farklı türden tehdit ve tehlike, psikolojik sağlamlık çalışmalarında ele alınmıştır. Bunlar erken doğum, boşanma, kötü muamele, evlenmemiş gençlerde annelik, ebeveyn hastalığı veya psikopatoloji, yoksulluk, evsizlik, savaş ve doğal afetlerin (topluluk düzeyinde) travmasını içerir (Masten, 2001; Masten & Powell, 2003; Masten & Reed, 2002). Araştırmacılar, gelişimdeki spesifik veya genel problemlere yönelik risklerin sıklıkla birlikte ortaya çıktığını ve bu risklerin zaman içinde psikososyal yeterlilik, psikopatoloji ve sağlığın gelişimin birçok göstergesinde kötü sonuçlar için artan riskle ilişkili olduğunu fark etmişlerdir (Masten, 2001; Masten & Powell, 2003). Risk faktörlerinin sayısı arttıkça, daha fazla sorun gözlenmiştir (Masten & Powell, 2003). Dolayısıyla psikolojik sağlamlık, yalnızca bireysel özelliklerle değil, aynı zamanda maruz kalınan risk faktörlerinin türü, sayısı ve etkileşimi ile şekillenen dinamik bir süreçtir.

Psikolojik Sağlamlık Modelleri

Gelişimde psikolojik sağlamlık üzerine yapılan araştırmaları karakterize eden iki ana yaklaşım vardır. Değişken odaklı yaklaşımlar, risk veya olumsuzluk yüksek olduğunda uyum göstergelerinde iyi sonuçları neyin açıkladığını belirlemeye çalışmak için bireylerin, çevrelerin ve müdahaleimlerin özellikleri

arasındaki bağlantıları inceler. Bu yöntem, tüm örneklemin veya tüm risk grubunun gücünden ve çok değişkenli istatistiklerin güçlü yönlerinden yararlanır. Uyumun belirli yönleri için belirli koruyucu faktörlerin araştırılması için çok uygundur. Kaynakların varlığını artırmaya veya risk faktörlerinin sayısını azaltmaya çalışan müdahaleler, bu modellere dayanır. Kişi odaklı yaklaşımlar, psikolojik sağlam insanları tanımlar ve onların, zorluklar karşısında başarılı olamayan veya tehditlerle karşı karşıya kalmayan diğerlerinden nasıl farklı olduklarını anlamaya çalışır. Bu yaklaşım, psikolojik sağlamlığın yapısal olduğu perspektifini yansıtır; çünkü bireyler, tek bir yoldan ziyade birden fazla şekilde başarılı oldukları için psikolojik sağlam olarak görülürler. Bu yaklaşım, zaman içinde farklı yaşamları incelemek için çok uygundur (Masten, 2001, 2014; Masten vd., 2021; Masten & Reed, 2002).

Psikolojik Sağlamlık Kriterleri

Bir kişinin hayatındaki psikolojik sağlamlığı belirlemek, iki tür değerlendirme gerektirir. Bunlar sıkıntıya maruz kalmak ve bir kişinin sıkıntılıyken veya sonrasında yaptıklarının ne kadar iyi olduğudur. Başka bir deyişle, psikolojik sağlamlık, birincisi yaşam müdahaleimlerinin oluşturduğu tehdidin doğası ve ikincisi uyum kalitesi veya kişinin gelişimi ile ilgilidir (Masten, 2014; Masten & Reed, 2002; Smith vd., 2013). Bir kişinin hayatında hiç tehdit yoksa veya çok az varsa veya (henüz) iyileşme veya iyi sonuç kanıtı yoksa, o zaman gözlemlenen bir psikolojik sağlamlık yoktur (Masten, 2001, 2014).

Psikolojik sağlamlık çalışmalarında iyi adaptasyonu değerlendirmek için çeşitli kriterler kullanılmıştır. Bunlar, sosyal ve akademik başarıların varlığı, toplumun bu yaştaki insanlar için arzu ettiği davranışların varlığı, mutluluk veya yaşam doyumu veya istenmeyen davranışların, ruhsal hastalığın, duygusal stresin, riskli

veya adli davranışların olmaması gibi olumlu davranışları içerir (Masten vd., 2021; Masten & Reed, 2002).

Onlarca yıl boyunca insani gelişmede psikolojik sağlamlık üzerine yapılan birçok araştırma, genellikle yüksek risk veya olumsuzluk koşullarında daha iyi adaptasyonla ilişkilendirilen teşvik edici veya koruyucu faktörlerin bir listesini oluşturmuştur (Elliott vd., 2013; Herrman vd., 2011; Masten, 2014; Masten & Reed, 2002; Meyer & Mueser, 2011; Rutter, 2013; Smith vd., 2013; Southwick vd., 2011; Verdolini & Vieta, 2021).

Bağlanma ve Yakın İlişkiler

Psikolojik sağlamlık için yakın ilişkilerin önemi, geçtiğimiz yıllarda gelişimdeki psikolojik sağlamlık üzerine yapılan hemen hemen her incelemede belirtilmiştir (Hanbury & Indart, 2013; Masten & Powell, 2003; Masten & Reed, 2002; Prince-Embury, 2013b) Küçük çocuklarda, geniş aile ve bakım verme rollerindeki diğer bireyler tarafından desteklenen birincil bakıcılar da dahil olmak üzere bakıcıların rolü çok önemlidir. Gelişim bağlamları okul ve mahalleyi kapsayacak şekilde genişledikçe, öğretmenler, koçlar veya akıl hocaları da dâhil olmak üzere diğer insanlarla ilişkiler de önemli hâle gelebilir. Arkadaşlar ve romantik partnerler sonunda önemli potansiyel koruyucu ilişkiler hâline gelir. Bağlanma, insan adaptasyonunda ömür boyu süren bir rol oynar (Hanbury & Indart, 2013; Masten, 2014; Prince-Embury, 2013b). Ebeveynler, bilişsel gelişim ve ilgili problem çözme becerilerinin yanı sıra ustalık motivasyonu da dâhil olmak üzere çocuklarındaki diğer uyarlanabilir sistemlerin gelişiminde de merkezi roller oynarlar. Aynı zamanda, psikolojik sağlamlığı artırabilecek kültürel uygulamaları ileten kültürel kanallar olarak da hizmet ederler (Masten, 2014).

Zekâ, Yetenek ve Problem Çözme

Genel zekâ, en önemli koruyucu bireysel özelliklerden biri gibi görünmektedir. Bireylerin öğrenme ve çevreye uyum sağlama, zorlukları yeniden çerçeveleme ve zor durumları yeniden değerlendirme, düşünme ve problem çözme gibi ölçülebilir yeteneklerdeki bireysel farklılıklar, birçok işlev alanında iyi sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Genel olarak zekâ olarak tanımlanan bu farklılıklar gelişimsel görevlerdeki yeterlilikle ve özellikle de akademik veya iş başarısıyla ilişkilidir. İnsan gelişiminde yeterliliğin yanı sıra psikolojik sağlamlıkla ilgili birçok çalışma, zekâ puanlarının stres koşullarında daha iyi işlev ile ilişkili olduğunu gözlemlemiştir (Elliott vd., 2013; Masten, 2014).

Esneklik aynı zamanda yaşam stresörleriyle başa çıkmakla da ilişkilidir. Başa çıkma, stresli durumlara yanıt olarak ortaya çıkan davranışsal, duygusal, bilişsel veya fizyolojik süreçler olarak düşünülebilir (Elliott vd., 2013).

Öz-Düzenleme ve Öz-Yönetim

Dikkatin, uyarılmanın, duyguların ve eylemlerin öz yönetimi dâhil olmak üzere öz düzenleme becerilerinin de insan adaptasyonu, gelişimi ve psikolojik sağlamlığında merkezî bir rol oynadığı görülmektedir. Kapsamlı araştırmalar, bu tür becerileri ömür boyu iyi bir uyumla ilişkilendirir. Gelişimsel olarak uygun öz-düzenleme becerileri, hem eşzamanlı uyum (gelişimsel görev alanlarında yeterlilik ve daha az zihinsel sağlık sorunu) hem de gelecekteki uyum ile ilişkilidir (Masten, 2014).

Öz-Etkililik ve Öz-Yeterlik Algıları

Kişinin kendi yeteneklerine veya kişisel öz yeterliliğine olan inancının esnekliğin gelişiminde etkili olduğu bulunmuştur (Elliott

vd., 2013). Kişinin hayatında kontrol sağlamaya yönelik çabaları, içsel veya doğuştan gelen bir ustalık dürtüsünden ziyade beklenen yarar tarafından motive edilir. Bu inançlar müdahaleim yoluyla ortaya çıkar ve gelişir (Masten, 2014). Yeterlilik müdahaleimi olan çocuklar, bir kontrol ve etkililik duygusu kazanırlar ve zorlukların üstesinden gelme olasılıkları daha yüksektir. Bu nedenle, öz-yeterlik inançlarının psikolojik sağlamlığı artırması beklenebilir. Bu motivasyon sistemi çocuklarda erken yaşlarda gelişir ve yaşam boyu gelişmeye ve değişmeye devam eder (Masten, 2014).

Kontrol Odağı

Kontrol odağı, bireyin hayatındaki olayların nedenlerini içselleştirdiği bir inanç sistemi; bireyin olayları kendi davranışlarına bağlı olarak görmesini sağlamaktır (Elliott vd., 2013). Kişisel kontrol duygusu da psikolojik sağlamlık ile ilişkilidir. Olumsuz durumların başarılı bir şekilde üstesinden gelme konusundaki müdahaleim, ergenlere sıkıntıya aktif olarak karşı koymalarına yardımcı olan ve yaşamlarında daha fazla kontrol duygusu veren bir problem çözme becerileri repertuarı sağlar (Elliott vd., 2013; Hanbury & Indart, 2013 Luthar & Cicchetti, 2000).

Hayattan Anlam Bulma, Umut, İyimserlik ve İnanç

Çok sayıda çalışmada psikolojik sağlamlık; umut, iyimserlik, inanç ve hayatın bir anlamı olduğuna dair inançla ilişkilendirilir (Masten & Powell, 2003; Meyer & Mueser, 2011; Prince-Embury, 2013b; Smith vd., 2013; Southwick vd., 2011). Psikolojik sağlamlık üzerine yapılan klasik çalışmalar, zorlukların üstesinden gelenlerin hayata daha olumlu bir bakış açısına sahip olduklarını defalarca belirtmiştir. İnanç ve manevi destek, psikolojik sağlamlık çalışmalarında koruyucu bir faktör olarak geniş çapta rapor edilmektedir. Dünyanın dinleri ve kültürleri, karmaşık, organize

inanç sistemlerini ve ayrıca bireylerde olduğu kadar topluluklarda da psikolojik sağamlık için önemli olan ritüeller ve uygulamaları içerir (Masten, 2014).

Mizaç ve Kişilik

Psikolojik sağamlıkla ilgili araştırmalarda başlangıçtan beri, mizaç veya kişilik dikkat çekmiştir. Yapılan çok sayıda psikolojik sağamlık çalışması, kişilik veya mizacın genellikle psikolojik sağamlıkla ilişkili olduğunu belirtmiştir (Hanbury & Indart, 2013; Masten & Powell, 2003; Prince-Embury, 2013b). Psikolojik sağam çocuklar aynı zamanda daha işbirlikçi, hayata karşı olumlu bir bakış açısına sahip, yüksek özgüvene veya öz-yeterliğe sahip, içsel bir kontrol odağına ve/veya daha fazla duygusal istikrara sahip olarak tanımlanmıştır (Masten, 2014).

Mizah Kullanımı

Mizah çok yönlüdür, takdir unsurları (hem bilişsel hem de duygusal, bir şakanın veya karikatürün komik olduğunu düşünme ve neşelenme), anlama, yaratıcılık (mizah üreten) ve uyarılmadaki biyolojik değişiklikleri içerir. Gülmek, sosyal gerilimi azaltabilir veya rahatlamayı teşvik edebilir. Paylaşılan mizah, etkileşimi yumuşatmaya ve bağlanmayı artırmaya hizmet eder (Masten, 2014). Mizah anlayışına sahip olmanın faydaları, psikolojik iyi oluştaki artışların yanı sıra stresli durumlarla daha etkili bir şekilde başa çıkmanın bir aracı olmakla ilişkilendirilmiştir. Spesifik olarak, ilişkileri geliştirmek için kullanılan tehdit edici olmayan bir mizah tarzı sosyal bağlantıların gelişimini ve refahın iyileştirilmesini kolaylaştırabilir (Meyer & Mueser, 2011). Mizah, bilişsel beceriler, zekâ, sosyal yeterlilik, problem çözme, yaratıcı düşünme ve akademik yeterlilik ile ilişkilidir (Masten, 2014).

Psikolojik Sağlamlık Müdahalesi Geliştirmek

Psikolojik sağlamlığı artırmak için tasarlanan girişimler veya psikolojik sağlamlıkla ilişkili yapılar, bireye, aileye, organizasyona veya topluma yönelik olabilir. Ayrıca, müdahaleler strese maruz kalmadan önce, strese maruz kalma sırasında veya sonrasında zamanın çeşitli noktalarında yapılabilir (Southwick vd., 2011).

Psikolojik sağlamlıkla ilgili müdahale araştırmaları planlanırken ilk olarak, belirli bir risk durumunda ve belirli bir yaşam bağlamında göze çarpan faktörlere ve bu gruptaki nispeten fazla sayıda insanı etkileyen faktörlere dikkat edilmelidir. İkinci olarak, dış müdahaleler yoluyla değiştirilebilen, görece şekillendirilebilir risk değiştiricileri olan göstergelere öncelik vermelidir. Üçüncüsü, nispeten kalıcı olma eğiliminde olan veya (olumlu veya olumsuz) etkilerini bir süre daha göstermeye devam eden göstergelere odaklanılmalıdır (Luthar vd., 2006).

Ciddi ruhsal hastalığı olan kişilere psikolojik sağlamlık müdahalesi planlarken mevcut tedavi stratejileri üzerinden hareket ederek psikolojik sağlamlığı hedefleyen yöntemler tercih edilebilir. Tedavide etkili başa çıkma stratejilerinin ve problem çözme yöntemlerinin öğretilmesi, sosyal beceri eğitimi, benlik saygısını geliştirmeyi, rekreasyonel ilgi alanlarını ve faaliyetlerini bulmayı, öz-yeterliliği ve kontrol odağını iyileştirmeyi amaçlayan müdahaleler, temel öz değerlendirmeleri ve psikolojik sağlamlığı arttırmak, kaynaklar oluşturarak psikolojik sağlamlığı geliştirebilir (Elliott vd., 2013; Meyer & Mueser, 2011).

Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirmek

İlk araştırmacılar, sıkıntı karşısında patolojinin yokluğunu, psikolojik sağlamlığın mevcut olduğunun temel ölçütü olarak kullanmışlardır (Prince-Embury, 2013b). Psikolojik sağlamlık

değerlendirmeleri yetişkin literatüründe, kişinin kendini nasıl hissettiği üzerinedir. Öz bildirime dayalı öznel iyi oluş, mutluluk, sıkıntının olmaması vb. göstergeler kullanılmıştır (Luthar vd., 2006). Değerlendirme araçları, psikolojik sağlamlıktan yararlanmak amacıyla geliştirilmiştir. Bu araçlar en yaygın olarak yetişkinler için oluşturulmuştur ve her biri yapının farklı yönlerine odaklanmaktadır (Prince-Embury, 2013a). Yetişkinlerde psikolojik sağlamlık için sık kullanılan bir değerlendirme aracı Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'dir. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, farmakoterapi ve diğer modalitelerin tedavi etkilerini değerlendirmek amacıyla özel olarak geliştirilmiş olması ve ilaç tedavisi ile ilişkili semptom değişikliklerini saptamada duyarlılık göstermesi bakımından benzersizdir (Prince-Embury, 2013a).

Sonuç

Psikolojik sağlamlık, bireylerin stres, travma ve olumsuz yaşam olayları karşısında uyum sağlayabilme ve gelişimlerini sürdürebilme kapasitesini ifade eden çok boyutlu ve dinamik bir süreçtir. Bu süreç, bireysel özellikler, çevresel koşullar ve sosyal destek sistemlerinin etkileşimi ile şekillenmektedir. Literatürde psikolojik sağlamlığın gelişiminde koruyucu faktörlerin önemli bir rol oynadığı, buna karşın risk faktörlerinin bireyin uyum sürecini olumsuz etkileyebildiği vurgulanmaktadır. Bununla birlikte psikolojik sağlamlık, yalnızca bireysel bir özellik olarak değil, zaman içinde değişebilen ve geliştirilebilen bir süreç olarak ele alınmaktadır. Bu bağlamda, psikolojik sağlamlığın anlaşılması ve geliştirilmesi, bireylerin ruh sağlığının korunması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından önemli bir alan olarak değerlendirilmektedir.

Kaynakça

American Psychological Association. (2011). *The road to resilience*. <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience>

Angeler, D. G., Allen, C. R., & Persson, M.-L. (2018). Resilience concepts in psychiatry demonstrated with bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*, 6(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40345-017-0112-6>

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>

Denckla, C. A., Cicchetti, D., Kubzansky, L. D., Seedat, S., Teicher, M. H., Williams, D. R., & Koenen, K. C. (2020). Psychological resilience: an update on definitions, a critical appraisal, and research recommendations. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1822064. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1822064>

Echezarraga, A., Las Hayas, C., González-Pinto, A. M., & Jones, S. (2017). The Resilience Questionnaire for Bipolar Disorder: Development and validation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 376-385. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.010>

Elliott, D. C., Kaliski, P., Burrus, J., & Roberts, R. D. (2013). Exploring Adolescent Resilience Through the Lens of Core Self-Evaluations. *Çinde Resilience in Children, Adolescents, and Adults Translating Research into Practice* (ss. 199-212). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4939-3>

Franklin, T. B., Saab, B. J., & Mansuy, I. M. (2012). Neural Mechanisms of Stress Resilience and Vulnerability. *Neuron*, 75(5), 747-761. <https://doi.org/10.1016/J.Neuron.2012.08.016>

Hanbury, R. F., & Indart, M. J. (2013). Resilience Revisited: Toward an Expanding Understanding of Post-disaster Adaptation. *Çinde S. Prince-Embury & D. H. Saklofske (Ed.), Resilience in Children, Adolescents, and Adults - Translating Research into Practice* (ss. 213-226). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4939-3>

Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger Dphil, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What Is Resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258-265.

Lee, D., Cha, B., Park, C. S., Kim, B. J., Lee, C. S., Lee, S. J., Seo, J. Y., Cho, Y. A., Ha, J. H., & Choi, J. W. (2017). Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 207(October 2016), 434-441. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.075>

Luthar, S. S. (2003). *Resilience and Vulnerability Adaptation in the Context of Childhood Adversities* (First). Cambridge University Press.

Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857-885. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004156>

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Dev.* , 71(3), 543-562.

Luthar, S. S., Sawyer, J. A., & Brown, P. J. (2006). Conceptual Issues in Studies of Resilience: Past, Present, and Future Research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 105-115. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.009>

Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability And Competence: A Review of Research on Resilience in Childhood. *Am J Orthopsychiatry*, 61(1), 6-22.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>

Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19(3), 921-930. <https://doi.org/10.1017/S0954579407000442>

Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and psychopathology*, 23(2), 493-506.

Masten, A. S. (2014). *Ordinary Magic Resilience in Development* (First Edition). The Guilford Press.

Masten, A. S., Lucke, C. M., Nelson, K. M., & Stallworthy, I. C. (2021). *Annual Review of Clinical Psychology Resilience in Development and*

Psychopathology: Multisystem Perspectives. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219>

Masten, A. S., & Powell, J. L. (2003). A Resilience Framework for Research, Policy, and Practice. İçinde S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and Vulnerability Adoption in the Context of Childhood Adversities* (ss. 1-28). Cambridge University Press.

Masten, A. S., & Reed, M.-G. J. (2002). Resilience in Development. İçinde C. R. Snyder & S. J. Lopez (Ed.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology* (Third, ss. 74-83). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199396511.001.0001>

Meyer, P. S., & Mueser, K. T. (2011). Resiliency in individuals with serious mental illness. İçinde S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney, & M. J. Friedman (Ed.), *Resilience and mental health: challenges across the lifespan* (First Published, ss. 276-288). Cambridge University Press.

Prince-Embury, S. (2013a). The Connor–Davidson Resilience Scale. İçinde S. Prince-Embury & D. H. Saklofske (Ed.), *Resilience in Children, Adolescents, and Adults Translating Research into practice* (ss. 161-166). Springer . <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4939-3>

Prince-Embury, S. (2013b). Translating Resilience Theory for Assessment and Application with Children, Adolescents, and Adults: Conceptual Issues. İçinde S. Prince-Embury & D. H. Saklofske (Ed.), *Resilience in Children, Adolescents, and Adults Translating Research into Practice* (ss. 9-18). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4939-3>

Reich, J. W., Zautra, A. J., & Hall, J. S. (2010). Handbook of adult resilience. İçinde *Handbook of adult resilience*. The Guilford Press. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc7&NEW S=N&AN=2010-10101-000>

Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience - Clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(4), 474-487. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x>

Smith, B. W., Epstein, E. M., Ortiz, J. A., Christopher, P. J., & Tooley, E. M. (2013). The Foundations of Resilience: What Are the Critical Resources for Bouncing Back from Stress? . İçinde S. Prince-Embury & D. H. Saklofske (Ed.),

Resilience in Children, Adolescents, and Adults Translating Research into Practice (ss. 167-188). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4939-3>

Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>

Southwick, S. M., Pietrzak, R. H., & White, G. (2011). Interventions to enhance resilience and resilience-related constructs in adults. İçinde S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney, & M. J. Friedman (Ed.), *Resilience and mental health: challenges across the lifespan* (First published, ss. 289-306). Cambridge University Press.

Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. İçinde *Journal of Personality and Social Psychology* (C. 86, Sayı 2, ss. 320-333). <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>

Verdolini, N., & Vieta, E. (2021). Resilience, prevention and positive psychiatry. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 143(4), 281-283. <https://doi.org/10.1111/acps.13288>

BÖLÜM 6

BİPOLAR BOZUKLUK YÖNETİMİNDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ

AYŞE AKSOY¹
MERAL KELLEÇİ²

Özet

Bu bölümde bipolar bozukluk yönetiminde bilişsel davranışçı terapinin (BDT) rolü ve etkinliği ele alınmaktadır. Bipolar bozukluk, yineleyici ataklarla seyreden, işlevsellik kaybına ve yaşam kalitesinde belirgin düşüşe yol açan kronik bir duygudurum bozukluğudur. Hastalığın yalnızca farmakolojik tedavi ile yönetilmesinin çoğu zaman yetersiz kaldığı; nökslerin önlenmesi, işlevselliğin artırılması ve uzun dönemli iyilik hâlinin sürdürülebilmesi için psikososyal müdahalelerin tedaviye entegre edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu bağlamda bilişsel davranışçı terapi, bipolar bozukluk yönetiminde önemli bir destekleyici yaklaşım olarak öne çıkmaktadır.

¹ Dr. Hem., Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi, Orcid: 0000-0001-7816-8469

² Prof. Dr., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas, Türkiye, Orcid: 0000-0001-8853-4645

Bilişsel davranışçı terapi; bireyin işlevsel olmayan düşünce, inanç ve davranışlarını tanımasını, değerlendirmesini ve yeniden yapılandırmasını hedefleyen, yapılandırılmış ve beceri kazandırmaya yönelik bir psikoterapi yöntemidir. Bipolar bozuklukta BDT uygulamaları; psikoeğitim, duygudurum izleme, erken uyarı belirtilerinin tanınması, stres yönetimi, problem çözme becerileri ve yaşam tarzı düzenlemeleri gibi bileşenleri içermektedir. Bu süreçte bireyin hastalığına ilişkin farkındalığının artırılması, tedaviye uyumunun güçlendirilmesi ve öz-yönetim becerilerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

Literatürde yer alan çalışmalar, BDT'nin bipolar bozuklukta nüks oranlarını azaltmada, tedaviye uyumu artırmada ve yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca BDT'nin bireyin duygudurum değişikliklerini erken dönemde fark etmesine ve buna uygun baş etme stratejileri geliştirmesine katkı sağladığı bildirilmektedir. Bu doğrultuda bilişsel davranışçı terapi, farmakolojik tedavilerin tamamlayıcısı olarak bipolar bozukluk yönetiminde önemli bir yer tutmakta ve bireyin uzun dönemli iyilik hâlinin sürdürülmesinde etkili bir müdahale olarak değerlendirilmektedir.

Giriş

Bipolar bozukluk (BB) belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan manik, depresif ya da karma ataklarla giden ve bu ataklar arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurumu hâline dönebildiği kronik seyirli bir duygudurum bozukluğudur (Bonnín vd., 2019; Hagerty & Patusky, 2012; Lam vd., 2010; Öztürk & Uluşahin, 2008; World Health Organization, 2022). Bipolar bozukluk hastanın ailesini, çalışmasını, sosyal işleyişini ve yaşam kalitesini ağır şekilde etkiler (Dean vd., 2004; Echezarraga vd., 2017). Bipolar bozukluk sıklıkla tekrarlayan ve semptomatik patolojinin ötesine geçen bir etkiye sahiptir. Ortaya çıkardığı yük, sadece klinik özellikleriyle değil aynı

zamanda bilişsel işlev bozukluğu, eğitim, meslek, finansal işlevsellik, sosyal ilişkiler ve fiziksel sağlığa olumsuz etkileri, yüksek komorbidite oranı ve intihar ile bağlantılıdır (Crowe vd., 2010; Crump vd., 2013; Gutiérrez-Rojas vd., 2011). İşlevsel bozulmanın sürekliliğinin nedenlerinden biri de kötü işleyişin kronik stres faktörleriyle ilişkili olması da olabilir (Koç Apaydın & Atagün, 2018; Yan-Meier vd., 2011). Akut stresli yaşam olayları ve yüksek çatışmalı aile ilişkileri bipolar bozuklukta duygudurum nökslerine karşı yüksek riskle ilişkilidir (Gitlin & Miklowitz, 2017). Toplumsal düzeyde, BB doğrudan ve dolaylı büyük maliyetlere neden olmaktadır (Conus vd., 2014; Michalak vd., 2006). Dünya Sağlık Örgütü 2019 yılında 40 milyon (%0,53) kişide BB olduğunu bildirmiştir (WHO, 2023). Ülkemizde bipolar bozukluğun (BB) yaygınlığına ilişkin nitelikli, toplum temelli çalışmalar sınırlıdır; mevcut veriler ise çoğunlukla hastane başvurularına dayanan klinik araştırmalardan elde edilmektedir (Gültekin vd., 2014). İzmir ilinde gerçekleştirilen bir yaygınlık çalışmasında, bipolar I bozukluk için yaşam boyu yaygınlık oranı %0,37 olarak bildirilmiştir (Binbay vd., 2012).

Bipolar bozukluk sık tekrarlamasının yanı sıra ilerleyicidir (Vieta vd., 2018). Duygudurum bozukluklarının ilerlemesinin döngü hızlanmasını ve stres hassasiyetini arttırdığı da belirtilmiştir (Post & Leverich, 2006; Videcek, 2020; Yan-Meier vd., 2011). Ek olarak, epizodların şiddeti ardışık ataklarla birlikte artabilir; başlangıçta daha hafif seyreden ataklar zamanla daha ağır epizodlara doğru ilerleyebilir. Daha önce atakları olan hastalarda relaps riski daha yüksektir ve iyileşme zamanları atak geçirmemiş hastalardan daha uzundur. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda atakların önlenmesi sonuçları iyileştirmek için esastır (Lam vd., 2010; Park vd., 2017). Bipolar bozukluk ilaçlarla ve yaşam tarzı adaptasyonları ile yönetilebilir, ancak tamamen geçmez (Granek vd., 2016; Lam vd., 2010; Vieta vd., 2018). Yapılan birçok çalışmada bipolar bozuklukta

kl nik düzeydeki semptomlar azalt lsa da tamamen geçmediği, remisyon dönemlerinde bile bazı semptomların devam ettiği ve hastaların normal işlevsellik düzeyine geri dönemediği, kötü performans sergiledikleri, psikososyal i levselliğin ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu ve asemptomatik remisyon dönemlerinin tahmin edilenden çok daha az olduğu belirtilmiştir (Bauer vd., 2009; Conus vd., 2006, 2014; Gitlin & Miklowitz, 2017; Joffe vd., 2004; Judd vd., 2002; Lee vd., 2017; MacQueen vd., 2001; Martinez-Aran vd., 2007; Michalak vd., 2016; Sanchez-Moreno vd., 2017). Tarihsel olarak, psikiyatrik tedavilerin çoğu, semptomların, n kslerin ve bozuklukların en aza indirilmesine yönelmiş ve sosyal ilişkiler, rol performansı ve yaşamdan memnuniyet gibi diğer önemli alanlara daha az dikkat edilmiştir. Ciddi psikiyatrik hastalığı olan bireyler, semptomlara ve eksikliklere odaklanmak yerine, tedavinin amaçlarını tanımlamada daha aktif olarak yer almaları gerektiğini ve başarılı tedavinin psikolojik ve psikososyal işlevlerin iyileştirilmesine odaklanmayı gerektirdiğini savunmuştur (Jones vd., 2013; Lam vd., 2010; Meyer & Mueser, 2011; Scott vd., 2006; World Health Organization, 2015).

Bipolar bozukluğun epizodik niteliği,  timi döneminde bili  ve işlevsellik en azından kısmen düzelmesi, günlük fonksiyonel davranışları devam ettirmek için bir fırsattır (Bowie ve ark., 2018). Bir hastanın iyileşmesi uzun süreli  timi ile tam kapasitede çalışmaya, güçlü kişilerarası desteklere sahip olmaya ve yüksek yaşam kalitesine sahip olmaya odaklanan bütüncül bir yaklaşım ile başarılı olabilir (Gitlin & Miklowitz, 2017; Sanchez-Moreno vd., 2017). İyileşme, kişinin tutumlarını, değerlerini, duygularını, hedeflerini, becerilerini ve/veya rollerini değiştirmenin son derece kişisel, benzersiz bir süreci, hastalığın neden olduğu sınırlamalarla bile tatmin edici, umutlu ve üretici bir yaşam sürdürmenin yoludur (Jones vd., 2013; Tse vd., 2014). Bipolar bozukluktaki iyileşme için bilişsel müdahalelerden yararlanılabilir çünkü bilişsel

müdahaleler/terapiler hem bilişsel hem de fonksiyonel iyileşmeyi sağlar (Bowie vd., 2018). Bu açıdan Bilişsel-davranışçı terapi bireyin baş etme becerilerini genişleterek kişisel gelişimine ve hastalıkla ilgili yaşantılara uyum göstermesine yardım edebilir (Beck, 2001; Lam vd., 2010; Leahy, 2012; Özdel vd., 2021). Psikiyatri hemşirelerinin, iyileşme sürecinde bireyi destekleyen birçok psikososyal müdahaleyi klinik uygulama ortamlarına entegre etmede ve bunların klinik etkililiğine ilişkin araştırmalar yapmada önemli bir rolü vardır (Crowe vd., 2010; Engin & Durmuş, 2023). Psikiyatri hemşireleri günümüzde ruh sağlığı hizmetlerinde ev, toplum ve hastane dâhil olmak üzere çeşitli ortamlarda kapsamlı bakım sunarlar (Cusack vd., 2017). Psikiyatri hemşirelerinin uygulamada psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası psikoterapi, kişilerarası sosyal ritim terapisi, kısa çözüm odaklı terapi, hedef belirleme, görüşme, erken müdahale stratejileri, anksiyete yönetimi, sağlıklı yaşam için iyileşme eylem planlaması, motivasyonel görüşme gibi birçok psikososyal müdahaleyi sürdürmektedir (Crowe vd., 2010; Cusack vd., 2017).

Bipolar Bozukluğun Tanımı ve Tanı Kriterleri

Bipolar bozukluk kronik seyirli, mani, hipomani ve depresif ataklarla seyreden, ataklar arası normal duygudurumu dönemleri olan psikiyatrik bir bozukluktur (Bonnín vd., 2019; Crump vd., 2013; Hagerty & Patusky, 2012; Mutz, 2023). Dünya nüfusunun yaklaşık %2,4'ünü etkileyen, yaşam boyu süren ve tekrarlayan bir hastalık olarak bipolar bozukluk, işlevsel gerileme, bilişsel bozulma ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkilidir (Bonnín vd., 2019; Hagerty & Patusky, 2012). Hastalara bipolar bozukluk I veya bipolar bozukluk II teşhisi konabilir. Bipolar bozukluk I, bir veya daha fazla manik veya karma dönemin olduğu ataklarla giden bir duygudurum bozukluğudur. Manik dönem, tedaviyle kısaltılmadıkça en az bir hafta süren uç bir duygudurum hâlini tanımlar. Öfori, sinirlilik, taşkınlık, hareketlilikte artış veya enerjide artış hissinin eşlik ettiği

tipik belirtilere hızlı veya baskılı konuşma, fikir uçuşması, benlik saygısında artış veya grandiyözite, azalmış uyku gereksinimi, çelinebilirlik, dürtüsel veya pervasız davranışlar ile duygudurum hâlleri arasında hızlı geçişlerin görüldüğü belirtiler eşlik eder. Karma dönemde, en az 2 hafta süresince günlerin çoğunda belirgin manik ve depresif belirtiler birlikte olur veya aralarında çok hızlı geçişler olur. Her ne kadar tanı, tek bir manik veya karma dönemin varlığıyla konulabilse de genellikle hastalığın seyri sırasında manik veya karma dönemleri depresif dönemler izler (World Health Organization, 2022).

Bipolar bozukluk II, bir veya daha fazla hipomanik dönem ve en az bir depresif dönemin ortaya çıkmasıyla tanımlanan dönemsel bir duygudurum bozukluğudur. Hipomanik dönem, en az birkaç gün süren, sürekli ruh hâli yükselmesi veya artan sinirlilik ve artan aktivite veya artan enerjinin öznel bir deneyimi ile karakterize edilen, bunun yanın da artan konuşkanlık, hızlı veya yarışan düşünceler, artan öz saygı, uyku ihtiyacının azalması, dikkatin dağılması ve dürtüsel veya pervasız davranış gibi diğer karakteristik semptomların eşlik ettiği kalıcı bir ruh hâli durumudur. Semptomlar, bireyin tipik ruh hâlinde, enerji seviyesinden ve davranışından bir değişikliği temsil eder, ancak işlevsellikte belirgin bir bozulmaya neden olacak kadar şiddetli değildir. Depresif dönem, iştah veya uyku değişiklikleri, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, yorgunluk, değersizlik veya aşırı veya uygunsuz duygular, suçluluk duyguları veya umutsuzluk, konsantrasyon güçlüğü ve intihar eğilimi gibi diğer semptomların eşlik ettiği, en az iki hafta süren bir süre boyunca, hemen hemen her gün, günün çoğunda meydana gelen depresif bir ruh hâli veya faaliyetlere karşı ilgide azalma ile karakterizedir. Manik veya mikst dönem öyküsü yoktur (World Health Organization, 2022).

Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi

Ömür boyu yaygınlık tahminleri bipolar bozukluk I için %1,1 iken, bipolar bozukluk II için %1,2 olarak bulunmuştur (Clemente vd., 2015). DSM-5 kriterlerine göre bipolar bozukluk I küresel 12 aylık prevalansı %1,5 ve yaşam boyu prevalansı %2,1 olarak bildirilmiştir (Vieta vd., 2018) Dünya Sağlık Örgütü 2019 yılında 40 milyon (%0,53) kişinin bipolar bozukluk yaşadığını bildirmiştir (WHO, 2023). Türkiye’de “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” çalışmasından sonra yaklaşık 20 yıldan fazla süredir ruhsal hastalıkların yaygınlığını araştıran geniş çaplı araştırmalar yapılmamıştır (Kılıç, 2020). Ülkemizde bipolar bozukluğun yaygınlığına ilişkin nitelikli çalışmalar olmamakla beraber var olan çalışmalar genellikle hastane başvurusu kaynaklı klinik çalışmalardır (Gültekin vd., 2014). İzmir ilinde yapılan bir yaygınlık araştırmasında bipolar bozukluk I için yaşam boyu yaygınlık oranı %0,37 bulunmuştur (Binbay vd., 2012).

Bipolar Bozukluğun Etyolojisi

Duygudurum bozukluklarının etiyolojisi için çeşitli teoriler mevcuttur. Bununla beraber bipolar bozukluğun kesin etiyolojisi henüz belirlenmemiştir. Bilimsel kanıtlar beyindeki kimyasal dengesizliği desteklemektedir, ancak dengesizliğin nedeni belirsizliğini korumaktadır. Kalıtsal faktörlerin ve çevresel tetikleyicilerin (stresli yaşam olayları) bir kombinasyonunu göz önünde bulunduran teoriler en fazla güvenilirliği elinde tutuyor gibi görünmektedir (Athanasos, 2017; Townsend & Morgan, 2018; Videcek, 2020).

Biyolojik Teoriler

Önemli biyolojik teoriler, değişmiş nörotransmisyon, nöroendokrin disregülasyon, genetik, beyin görüntüleme ile ilgili çalışmalardır (Athanasos, 2017; Townsend & Morgan, 2018;

Videceck, 2020). Beyindeki reseptör bölgelerinde bulunan biyojenik aminler veya norepinefrin ve serotonin gibi nörotransmitterlerin artması ruh hâlinde bir yükselmeye neden olurken, azalan miktarlar depresyona yol açabilir. Norepinefrin ve serotonininde olduğu gibi, dopamin aktivitesi depresif ruh hâlinde azalabilir ve manide artabilir (Athanasos, 2017; Hagerty & Patusky, 2012; Townsend & Morgan, 2018; Videceck, 2020). Stresin nörotransmitter mekanizmalarını değiştirdiği ve depresyon veya mani atağına neden olduğu ve gelecekteki strese karşı elektrofizyolojik bir duyarlılık yarattığı, böylece başka bir depresif veya manik durumu tetiklemek için daha az stres gerektiği de bildirilmiştir (Hagerty & Patusky, 2012; Videceck, 2020). Asetilkolin, bipolar bozukluktaki semptomlarla ilişkili olduğuna inanılan başka bir nörotransmitterdir. Kolinerjik bulaşma üzerinde etkisi olan ilaçlar, özellikle kolinerjik agonistler, mani semptomlarını azaltabilir. Uyarıcı bir nörotransmitter olan aşırı glutamat seviyeleri bipolar bozukluk ile ilişkilendirilmiştir. Bipolar bozukluğu tedavi etmek için kullanılan duyugudurum dengeleyicilerin çoğu, glutamatın etkilerini inhibe eder (Townsend & Morgan, 2018; Videceck, 2020).

Nöroanatomik değişiklikler prefrontal korteks, bazal gangliyonlar, ön beyin temporal ve frontal lobları ve amigdala, talamus ve striatum dahil olmak üzere limbik sistemin bölümlerindeki disfonksiyon ile ilişkilendirilmiştir. Bipolar bozukluktaki farklı semptomlar, bu spesifik işlev bozukluğu alanlarıyla ilişkili olabilir. Yaygın olarak çoğaltılan pozitif emisyon tomografisinin depresyonda sol tarafta ön beyin fonksiyonunun azaldığını ve manide beyin aktivitesinde daha fazla sağ taraf azalması gösterdiğini bildirmiştir (Athanasos, 2017; Hagerty & Patusky, 2012; Townsend & Morgan, 2018; Videceck, 2020).

HPA eksenindeki dengesizlikler ve bipolar bozuklukta merkezi bir belirteç olarak hipofiz bezi üzerine önemli araştırmalar yapılmıştır. Kortizol ve tiroid hormon seviyelerinin, manik ataklar

sırasında ve hatta hastalar hastalıktan remisyonunda olduklarında bile hastalarda yükseldiği bulunmuştur (Athanasos, 2017; Hagerty & Patusky, 2012; Shives, 2012; Townsend & Morgan, 2018; Videceck, 2020).

Sirkadiyen ritimlerin önemli olması muhtemeldir. Bipolar bozukluğun manik evresinin öne çıkan özelliklerinden biri uyku eksikliğidir. Özellikle, bipolar bozuk tanılı hastalar 24 saatlik sirkadiyen döngülerindeki rahatsızlıklara duyarlıdır ve bu hem manik hem de depresif dönemler sırasında hastalığın belirgin bir özelliğidir (Athanasos, 2017; Hagerty & Patusky, 2012).

Nöroendokrin Etkiler: Hormonal dalgalanmalar depresyon ile ilgili olarak incelenmektedir. Duygudurum bozuklukları, tiroid, adrenal, paratiroid ve hipofiz bezleri gibi endokrin bozuklukları olan kişilerde belgelenmiştir. Yüksek glukokortikoid aktivitesi stres yanıtı ile ilişkilidir ve depresyonlu hastaların yaklaşık %40'ında artmış kortizol sekresyonunun kanıtı, yaşlı hastalar arasında bulunan en yüksek oranlarda belirgindir. Postpartum hormon değişiklikleri, doğum sonrası depresyon ve psikoz gibi duygudurum bozukluklarını hızlandırır. Depresyonu olan kişilerin yaklaşık %5 ila %10'unda tiroid disfonksiyonu, özellikle de yüksek tiroid uyarıcı hormon vardır (Videceck, 2020).

Duygudurum bozukluklarının kalıtsallığı ile ilgili aile, ikiz, evlat edinme ve moleküler genetik çalışmalarına göre bipolar bozukluğu ve unipolar depresyonu olan kişilerin birinci derece akrabalarının duygudurum bozukluğu yaşama riski daha yüksektir. Bu risk, bipolar bozukluğu olan kişilerin akrabaları daha yüksektir. Tek yumurta ikizlerinin eş hastalanma oranları çift yumurta ikizlerinden daha fazladır. Bu da genetiğin bipolar bozuklukta unipolar depresyondan daha büyük bir rol oynadığını göstermektedir (Athanasos, 2017; Hagerty & Patusky, 2012; Shives, 2012; Townsend & Morgan, 2018; Videceck, 2020).

Psikososyal Faktörler

Evrimsel Psikoloji ve Biyoloji

Evrimsel bakış açısı, bir duygudurum bozukluğunun işlevine ve günümüzde neden varlığını sürdürdüğüne odaklanır. Depresyon semptomları ilk bakışta hayatta kalmayı zorlaştırıyor gibi görünse de bu belirtiler yardım arama sinyali olarak işlev görebilir. Ayrıca depresyonun, bireyin yakın çevresini—özellikle partnerini—daha fazla destek ve katılım göstermeye yönlendiren bir rolü olabileceği öne sürülmektedir. Depresyon sosyal ruminasyon işlevine hizmet edebilir ve semptomlar bireyin sosyal sorunlara odaklanması ve analiz etmesine izin verebilir. Depresyon semptomların şiddeti, sosyal partnerlerin taleplerini azaltma ve yardım etmelerini sağlama konusunda motivasyon işlevine sahip olabilir. Ayrıca, depresyonun bireyin ulaşılamaz hedeflerden uzaklaşmasına izin vererek boşa harcanan çabayı önlediği de bildirilmiştir (Hagerty & Patusky, 2012).

Psikodinamik Teori

Duygudurum bozukluklarının nedeni ile ilgili birçok psikodinamik teori aşağıdaki inançları veya varsayımları içerir (Hagerty & Patusky, 2012; Shives, 2012; Videcek, 2020):

- Depresyonu olan kişilerin kendini değersizleştirmesi, gerçek ya da algılanan bir kayıpla ilgili olarak kendini suçlama ve "öfkeyi içe döndürme" hâline gelir. Bu kayıp tarafından terk edilmiş hissedilen insanlar, kayıp nesneyi hem severken hem de nefret ederken öfkelenirler.

- Bir kişinin egosu (veya benliği) ideal olmayı (yani, iyi ve sevgi dolu, üstün veya güçlü) arzular ve sevilme ve layık olmak için yüksek standartlara ulaşmak zorundadır. Depresyon, gerçekte, kişinin bu ideale ulaşamadığı zaman ortaya çıkar.

- Çoğu psikanalitik mani teorisi, manik dönemleri altta yatan depresyona karşı bir "savunma" olarak görür; kimlik, egoyu ele geçirir ve disiplinsiz bir hedonistik varlık (çocuk) olarak hareket eder.

- Depresyon, psişik nedenselliği olan bir olay gibi üzücü bir yaşam müdahaleimine verilen bir tepkidir.

- Reddeden veya sevgisiz ebeveynler tarafından yetiştirilen çocuklar, güvensizlik ve yalnızlık duygularına eğilimlidir, bu da onları depresyona ve çaresizliğe karşı duyarlı hâle getirir.

Bilişsel Davranışçı Teori

Bilişsel veya bilişsel-davranışçı teorisyenler, düşüncelerin pekiştirme yoluyla korunduğuna ve böylece bir duygudurum bozukluğuna katkıda bulunduğuna inanırlar. Depresif bir ruh hâli olan insanlar, değersiz olduklarına, dünyanın düşmanca, geleceğin umutsuz olduğuna inanırlar. Olumsuz öz değerlendirmeler, kötümserlik veya kendini yenilgiye uğratan düşünceler gibi bilişsel çarpıtmalar, bireyin ilgisizlik, üzüntü ve sosyal geri çekilme sergilediği yıkıcı bir döngünün parçası hâline gelir (Hagerty & Patusky, 2012; Shives, 2012; Videceck, 2020).

Öğrenilmiş Çaresizlik Teorisi

Davranış teorisyenleri duygudurum bozukluklarını edinilmiş veya öğrenilmiş bir davranış biçimi olarak görürler. *Öğrenilmiş çaresizlik* teorisi, mevcut olaylar ve geçmiş müdahaleimler karşısında, bireylerin dış olayların kontrol edilemez olduğu inancıdır. Bu da çaresizlik, pasiflik ve üzüntü ile sonuçlanır. Bu algı, her ikisi de depresif durumların ayırt edici özellikleri olan çaresizlik ve umutsuzluk duygularına yol açar (Hagerty & Patusky, 2012; Shives, 2012).

Bipolar Bozukluğun Belirti ve Bulguları

Duygusal Belirtiler: Depresif dönemde izolasyon, umutsuzluk, çaresizlik, kararsızlık, düşmanlık, suçluluk, isteksizlik veya hafıza ile ilgili endişe duyguları genellikle hâkimdir. Mani döneminde sinirlilik, öfke, düşmanlık, duygusal dengesizlik veya coşku, aşırı neşe (öfori) egemendir. Buna taşkın, coşkulu duygudurum denir. Hastanın neşesi çevresindekilere de bulaşır (Athanasos, 2017; Hagerty & Patusky, 2012; Shives, 2012; Townsend & Morgan, 2018; Videcek, 2020).

Bilişsel Belirtiler: Şişirilmiş benlik saygısı ve ihtişam, maninin yaygın belirtileridir. Hastalar kendinden emin ve yetenekli olduklarına, inanılmaz başarılı ve başarılılar elde edebileceklerine inanabilirler. Grandiyöz sanrılar şiddetli mani atakları sırasında belirgindir. Bilişsel olarak, mani hastaları ayrıca yarışan düşünceler ve fikirlerin uçuşmaları gibi düşünce akışı bozuklukları yaşarlar (Athanasos, 2017; Hagerty & Patusky, 2012; Shives, 2012; Townsend & Morgan, 2018; Videcek, 2020).

Davranışsal Belirtiler: Artan konuşkanlık, hedefe yönelik davranış veya ajitasyonun artması ve zevkli aktivitelere aşırı katılımın artması, maninin önemli belirtileridir. Mani ilerledikçe, hastalar daha konuşkan hâle gelir ve konuşmaları baskındır. Konuşma hızı genellikle artar ve hızlanır. Uykuya olan ihtiyaç azalır ve hastalar kendilerini yorgun hissetmezler. Bazı hastalar görünüşte aşırı uçlar sergiler ve parlak renkler, sıra dışı elbise giymeye ve ağır makyaj yapmaya başlar. Hastalar daha fazla aktiviteye başlar ve katılırlar, ek görevler üstlenirler ve yeni projeler başlatırlar. Verimlilik artıyor gibi görünüyor, ancak mani daha yoğun hâle geldikçe, hastaların dikkati daha çok dağınık, dağınık ve tedirgin bir duruma gelirler ve gerçek verimlilik azalır. Fiziksel olarak daha hızlı hareket etmeye, tempo tutmaya, kıpırdamaya ve nadiren vücutlarının hareketsiz kalmasına izin vermeye başlarlar. Aşırı hareket ve aktivite

nedeniyle hastanın yeme ve içme ihtiyacı daha da zorlaşır. İçgörü ve yargılama daha fazla bozuldukça, hastalar zevkli olarak algıladıkları, ancak zarar veya olumsuz sonuçlar için yüksek risk taşıyan faaliyetlere katılırlar. Hastalar genellikle evlilik dışı ilişkiler, aşırı para harcama, kumar, risk alma davranışları bildiriler. Bu davranışların genellikle ciddi sağlık, finansal, yasal ve kişilerarası sonuçları vardır (Athanasos, 2017; Townsend & Morgan, 2018; Videcek, 2020).

Sosyal Belirtiler: İlk başta, mani sosyalliği teşvik ediyor gibi görünür ve hastalar daha dışa dönük ve aktif hâle gelir; Ancak, çok geçmeden, içgörü ve yargılama azalır ve aynı hastalar müdahaleci hâle gelir; başkalarının konuşmalarını ve faaliyetlerini kesintiye uğratırlar, öforik bir ruh halinden öfkeli bir ruh hâline dönüşürler bunlar da sosyal etkileşimleri bozar. Mani hastaları hem fiziksel hem de duygusal sınırları belirleyemezler ve başkalarının fiziksel alanlarına ve kişisel sorunlarına müdahale ederler (Hagerty & Patusky, 2012; Shives, 2012; Townsend & Morgan, 2018; Videcek, 2020).

Algısal Belirtiler: Maninin bir belirtisi, dikkatin ilgisiz dış uyaranlara kolayca ve sıklıkla çekildiği dikkat dağınıklığıdır. Dikkat dağınıklığı konsantrasyon ve hafızayı etkiler. Algısal bozukluklar, halüsinasyonlar genellikle duygudurumla uyumludur. Genellikle grandiyözite, güç ve bazen paranoya ile ilgili temalar vardır. Bu belirtiler manik psikoza gösterir (Athanasos, 2017; Hagerty & Patusky, 2012; Shives, 2012; Videcek, 2020).

Bipolar Bozukluğun Tedavisi

Tedaviler arasında ilaçlar ve psikoterapi yer alır. BB için ilaç tedavisinin üç semptom hedefi vardır: manik semptomlar, karma epizotlar veya depresyon. Tedavi akut ve idame olmak üzere iki aşamadan oluşur. Akut tedavide amaç, gelişmiş bir epizodu çözümlenektir. İdame tedavisinde amaç, gelecekteki epizotların

oluşumunu geciktirmek, meydana gelen epizotların şiddetini en aza indirmek ve epizotlar arasındaki semptomların şiddetini azaltmaktır (McCormick vd., 2015; Miklowitz & Johnson, 2006; Videcek, 2020). Manik dönemler öncelikle farmakolojik monoterapi veya antipsikotikler ile lityum veya antikonvülsanların bir kombinasyonu ile tedavi edilir. Antidepresan ilaçlarla tedavi, ortaya çıkabilecek duygusal değişim riskinde artışla ilişkilidir, bu da depresif dönemleri tedavi etmeyi zorlaştırır (Haggarty vd., 2021; Mutz, 2023). Bipolar bozuklukta nüksün önlenmesi için idame tedavisi olarak lityum, valproat, lamotrijin ve olanzapin etkilidir. Olanzapin ve lityum, depresif relapsın önlenmesinde ve valproat, lamotrijin ve imipraminin manik relapsın önlenmesinde etkilidir (McCormick vd., 2015; Mutz, 2023; Soares-Weiser vd., 2007; Videcek, 2020).

Bipolar bozukluğu olan hastalarda birden fazla ilacın kombinasyon hâlinde kullanımı yaygındır ve tedaviye uyumsuzluğa veya tedavinin kesilmesine katkıda bulunan yan etkilerle ilişkilendirilebilir (Mutz, 2023). Ayrıca BB olan birçok kişinin bilişsel bozukluk gösterdiği bilinmektedir. Bununla birlikte, farmakolojik tedaviler öncelikle duygudurum semptomlarının iyileştirilmesine yöneliktir ve çok az tedavi bilişsel işlev bozukluğunu iyileştirir (Mutz, 2023; Solé vd., 2017). İlk manik ataktan sonraki yıl içinde remisyona giren hastalarda bilişsel işlev iyileşirken, nüks yaşayanlar bozulmaya devam eder ve performans düşüşleri en çok, daha uzun manik veya hipomanik epizodlar yaşayanlarda belirgindir (Kozicky vd., 2014). Bu nedenle müdahalelerin erken aşamalarda uygulanması ve akut epizodun remisyonunu sağladıktan sonra, nüksetmeyi önlemek için etkili bir farmakoterapi kullanmak, birden fazla epizotu önlemek için psikoeğitim programları uygulamak ve sağlıklı alışkanlıkları teşvik etmek gereklidir (Solé vd., 2017). Bipolar bozukluk için norm tedaviler ilaç tedavisi gibi somatik tedaviler olsa da iyilik hâlinde ideal duruma yaklaşmak için psikososyal tedaviler ön plana çıkar

(Özdel vd., 2021). Bilişsel davranışçı terapi, grup psikoeğitim ve aile terapisinin, farmakolojik tedavilere yardımcı olarak yararlı olabileceğine dair kanıtlar vardır (Chatterton vd., 2017; Miklowitz & Chung, 2016; Soares-Weiser vd., 2007).

Bipolar Bozukluğun Prognozu

Bipolar bozukluklarda yüksek oranda nüks görülür. Relapsa katkıda bulunan faktörler arasında önceki atakların sayısı ve iyileşmesi, ailede bipolar bozukluk öyküsü, ataklarla ilişkili fonksiyonel yetersizlik, geçmiş psikotik ataklar ve geçmiş intihar girişimleri sayılabilir (Hagerty & Patusky, 2012; Townsend & Morgan, 2018; Videcek, 2020).

Bipolar Bozuklukta depresif dönemler, (hipo)manik dönemlerden daha yaygındır ve daha fazla hastalık yükü ile ilişkilidir. Karma durumlar daha az yaygındır, ancak artmış intihar riski ve yüksek düzeyde komorbidite ile ilişkilidir. Bipolar bozukluğu olan birçok bireyde işlevsel ve bilişsel bozulma olur. Bilişsel bozukluklar ötimik dönemlerde de yaygındır ve azalan günlük işlevsellik ile ilişkilidir (Mutz, 2023; Videcek, 2020).

Bipolar bozuklukta mani dönemlerinin baskın olması, hasta ve ailesinin tedaviye uyumu, remisyon dönemlerinin uzun olması, aile, iş ve uğraşı koşullarının iyi olması, ailede düşük duygu dışavurumu olması olumlu gidiş, erken başlangıç, ileri yaş, remisyon döneminde rezidüel belirti olması, ek psikiyatrik tanı, mani ataklarının 10'dan fazla olması, ilk atağın mani ya da karma dönem olması, karma dönemler, alkol ve ilaç/madde alışkanlıkları, depresif dönemlerinin uzun sürmesi, hızlı döngülülük, ailede duygu dışavurumunun yüksek olması ise olumsuz gidiş göstergeleridir (Öztürk & Uluşahin, 2008; Shives, 2012).

Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi

Genel olarak yaşam kalitesi sağlık, fiziksel işlevsellik,

fiziksel semptomlar ve toksisite, duygusal işlevsellik, bilişsel işlevsellik, rol işlevselliği, sosyal refah ve sosyal işlevsellik, cinsel işlevsellik ve varoluşsal konuları içerir (Fayers & Machin, 2007). Yaşam kalitesi için çok sayıda tanım vardır, ancak kalitenin hem öznel hem de nesnel yönlerini kullanarak henüz üzerinde uzlaşmış bir tanımı yoktur. Genel olarak, öznel yaklaşım yaşam doyumu, tanımlanmış ihtiyaçlardan memnuniyet, mutluluk, kendini gerçekleştirme ve büyüme gibi konulara odaklanır. Öte yandan objektif yaklaşım yaşam koşullarına, ekonomik ve sosyal göstergelere odaklanmaktadır. Sağlıkla ilgili olarak yaşam kalitesi terimi, sağlığın fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarına atıfta bulunur. Bu alanlar, kişinin müdahaleimlerinden, inançlarından, beklentilerinden ve algılarından etkilenen ayrı alanlar olarak görülür. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin çeşitli tanımlarındaki ortak bir unsur, bireyin öznel refah duygusudur (M. S. Ritsner, 2007) Yaşam kalitesinin diğer göstergesi yaşamdan memnuniyettir (Fayers & Machin, 2007).

Yaşam kalitesi için farklı teorik modeller önerilmiştir. Calman'ın beklenti modeli, bireylerin yaşamda amaç ve hedefleri olduğunu ve yaşam kalitesinin bireyin umutları ve beklentileri ile bireyin mevcut müdahaleimi arasındaki farkın bir ölçüsü olduğunu öne sürmektedir. Algılanan hedefler ile gerçek hedefler arasındaki farkla ilgilidir. İhtiyaç modeli; yaşam kalitesini hastaların belirli ihtiyaçlarını karşılama yeteneği ve kapasitesi ile ilişkilendirir. Yaşam kalitesi, tüm ihtiyaçlar karşılandığında en yüksek ve az sayıda ihtiyaç karşılandığında en düşük seviyededir. *İhtiyaçlar*; kimlik, statü, benlik saygısı, sevgi, güvenlik, zevk, yaratıcılık, yemek, uyku, acıdan kaçınma ve aktivite gibi yönleri içerir (Fayers & Machin, 2007).

Yaşam kalitesi çok boyutludur. Aynı ruhsal sağlık durumuna sahip iki kişi farklı yaşam kalitesi seviyelerine sahip olabilir, çünkü kişilik farklılıkları ve hastalıkla ilgili faktörler gibi unsurlar bir

kişinin sağlık algısını ve yaşamdan memnuniyetini etkiler (M. S. Ritsner, 2007). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar, Michalak'ın ve ark. (2007) aktadığına göre, 2000'li yıllara kadar yapılan araştırmalarda yazarlar, bipolar bozukluk hastaların yaşam kalitesinin unipolar depresyonu olan hastalarinkine benzer ve kronik tıbbi durumları olan hastalarda gözlenenlere eşit veya daha düşük olduğu ve bipolar bozukluk için tedavi müdahalelerinin yaşam kalitesi üzerinde yararlı bir etkiye sahip olduğu sonuçlarına varmıştır. 2000 yılından sonra zamanla yaşam kalitesine ilgi ve aynı zamanda çalışmaların kalitesi artmıştır. Yapılan çalışmalar bipolar bozukluğun farklı aşamalarında yaşam kalitesini değerlendirme, BB hastaların yaşam kalitesini hem diğer psikiyatrik bozukluklarla hem de kronik fiziksel koşullarla diğer hasta popülasyonlarınıninkiyile karşılaştırma, tedavi deneme sonuçlarını değerlendirme, yaşam kalitesi için ölçüm araçları gibi alanlardadır (Michalak vd., 2007).

Bipolar bozuklukta yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda; bipolar bozukluk tanılı hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu (Haggarty vd., 2021; Hofer vd., 2017; Michalak vd., 2006), bipolar bozukluğun yaşam kalitesi üzerinde, özellikle eğitim, meslek, finansal işlevsellik ve sosyal ve yakın ilişkiler alanlarında olumsuz etkisi olduğu, hastaların yaşam kalitesi ile ilgili öncelik alanlarını sırası ile sosyal destek ve ruh sağlığı olarak belirlediği (Michalak vd., 2006), yaşam kalitesini geliştirmede etkili olduğu kanıtlanmış psikososyal müdahalelerin olduğu sonuçlarına varılmıştır (Bonnin vd., 2019; Vancampfort vd., 2017).

Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Psikiyatri Hemşireliği Uygulamaları

Bipolar bozukluk, yineleyici doğası, işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açması ve yüksek nüks riski ile yalnızca akut dönem tedavisiyle sınırlı kalınamayacak, uzun dönemli ve bütüncül bir

bakım yaklaşımı gerektiren önemli bir ruh sağlığı sorunudur. Güncel psikiyatri hemşireliği literatürü, bipolar bozukluk yönetiminde farmakolojik tedavinin tek başına yeterli olmadığını; hemşire liderliğinde yürütülen psikoeğitim, izlem ve öz-yönetim desteklerinin tedavi sonuçlarını anlamlı düzeyde iyileştirdiğini ortaya koymaktadır (Cusack vd., 2017; Morton vd., 2018). Özellikle psikiyatri hemşirelerinin bireyin hastalığını tanıması, erken belirtileri fark etmesi, tedaviye uyum sağlaması ve günlük yaşam becerilerini sürdürebilmesi süreçlerinde aktif rol aldığı; bu doğrultuda bakımın sürekliliğini sağlayan temel profesyonellerden biri olduğu vurgulanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, ruh sağlığı için sağlık sistemlerinin ve hizmetlerinin güçlendirilmesi raporunda (2009) ruh sağlığı profesyonellerinin danışmanlık, psikoeğitim, savunuculuk ve ruh sağlığının geliştirilmesi alanlarında uygulamalar yapması gerektiğini açıklamış ve ruhsal bozuklukların tedavisinin teknoloji veya ekipmandan ziyade personele dayandığını vurgulamıştır (World Health Organization, 2009). Psikiyatri hemşirelerinin, iyileşme sürecinde bireyi destekleyen birçok psikososyal müdahaleyi klinik uygulama ortamlarına entegre etmede ve bunların klinik etkililiğine ilişkin araştırmalar yapmada önemli bir rolü vardır (Crowe vd., 2010; Engin & Durmuş, 2023). Psikiyatri hemşireleri günümüzde ruh sağlığı hizmetlerinde en fazla sayıda olan meslektir ve ev, toplum ve hastane dâhil olmak üzere çeşitli ortamlarda kapsamlı bakım sunarlar (Cusack vd., 2017). Psikiyatri hemşiresinin, merkezinde hemşire-hasta ilişkisinin bulunduğu bakım, rol model olma, koruyucu, bilgilendirici, koordinatör, savunucu, yönetici ve idareci gibi birçok farklı rolü vardır (Goulter vd., 2015). Hastalara yönelik bakım planlamasında en çok ele alınan spesifik alanlar arasında ise ilaç yönetimi, destek sistemleri ve mevcut başa çıkma mekanizmaları, hastaların umutları, istekleri, korkuları ve kaygıları yer almaktadır (Cusack vd., 2017). Bununla beraber yatarak tedavi alan hastalar bakımının bire bir danışmanlık, kendi kendine yardım grupları, eğitim oturumları,

bilgili ve empatik personel ile iletişim yoluyla sağlanması gibi beklentiler ifade etmiştir (Hopkins ve ark., 2009).

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin iyilik hâlini koruma veya sürdürme konusunda desteklemesine yardımcı olacak; ilaç uyumu, ruhsal durumun izlenmesi, uyku ve yaşam tarzı düzeni oluşturma, egzersiz, sağlıklı beslenme, atağın erken belirtilerini tanıma ve stres yönetimi, BB anlama ve başkalarını eğitme, başkaları ile ilişki kurmak gibi yararlı olan öz yönetim stratejileri belirlenmiştir (Aksoy & Gökalp, 2025; Morton vd., 2018; Murray vd., 2011). Psikiyatri hemşirelerinin uygulamada psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası psikoterapi, kişilerarası sosyal ritim terapisi, kısa çözüm odaklı terapi, hedef belirleme, görüşme, erken müdahale stratejileri, anksiyete yönetimi, sağlıklı yaşam için iyileşme eylem planlaması, motivasyonel görüşme gibi birçok psikososyal müdahaleyi sürdürdüğü belirtilmiştir (Crowe vd., 2010; Cusack vd., 2017).

Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel terapi, 1960'ların başında Pennsylvania Üniversitesi'nde Aaron T. Beck tarafından geliştirilmiştir. Depresyonun tedavisi için geliştirilen bu kısa süreli, şimdiki zaman yönelimli, yapılandırılmış psikoterapi tarzında, hastanın terapistle başvurduğu sıralarda yaşamakta olduğu problemleri üzerinde durulup işlevsel olmayan düşünce ve davranışları değiştirilmeye çalışılır. Bilişsel terapi günümüzde tüm dünyada pek çok soruna yönelik olarak ya tek başına ya da destekleyici terapi olarak uygulanmaktadır (Beck, 2001).

Bilişsel davranışçı terapide (BDT) temel ilkeler şunlardır: hastanın kendisine ve sorunlarına yönelik olarak, bilişsel terimlerle oluşturulmuş, sürekli gelişen bir formülasyona dayandırılmaktadır, çok sağlam bir terapötik ilişki gerektirir, iş birliğini vurgular ve hastanın da aktif katılımını gerektirir, hedef yönelimli ve problem odaklıdır, başlangıçta, “şimdi”yi vurgular, eğitime dayalı bir

terapidir. Hastaya bir yandan kendi kendisinin terapisti olması öğretilirken, diğer yandan da hastalığının tekrarlanması önlenmeye çalışılır, sınırlı-süreli olmayı hedefler, seansları yapılandırılmıştır, hastaya işlevsel olmayan düşünce ve inançlarını belirlemeyi, değerlendirmeyi ve değiştirmeyi öğretir, duygu ve davranışları değiştirmek amacıyla çeşitli teknikler kullanılır. Bu temel ilkeler tüm hastalar için geçerlidir (Beck, 2001).

Bipolar Bozukluk İçin Bilişsel Davranışçı Terapi

Bipolar bozukluk tanılı hastalar psikoterapiye aktif olarak katılabilir ve yapabilirler ve hastalıklarını yönetmeyi öğrenirler. Psikoterapi, hastalara ilacın tam olarak düzelmediği semptomlarla başa çıkmaları için gereken becerileri öğretmek için bir araçtır. Buna ek olarak, psikoterapi, insanların ilaçlarını almada daha tutarlı olmalarına yardımcı olan stratejiler sağlayarak ilacın etkisini artırabilir. Bipolar bozukluğun epizodik ve tekrarlayan doğası göz önüne alındığında, BDT gibi psikoterapiler, erken teşhis yöntemleri, stresyönetimi ve problem çözme öğreterek gelecekteki atakların öngörülmesine ve önlenmesine yardımcı olabilir (Basco & Rush, 2010).

Bipolar bozukluğun seyrini faydalı bir şekilde etkilemek için, en az altı ayrı hedef vardır. Bunlardan ilk beşi nüksetmeyi önleme ile ilgilidir ve sonuncusu doğrudan bipolar depresyon tedavisini hedefler: (1) ilaç uyumu, (2) erken teşhis ve müdahale, (3), stres ve yaşam tarzı yönetimi, (4) komorbid durumların tedavisi ve (5) bipolar depresyon tedavisi (Otto vd., 2003).

Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalar İçin Bilişsel Davranışçı Terapi Süreci

Bilişsel davranışçı terapinin, bipolar bozukluk için yararlı bir çerçeve oluşturması için dört önemli hususa dikkate edilmelidir (Lam vd., 2010; Özdel vd., 2021):

1. *Psiko-eğitim:* Bu aşamanın iki temel bileşeni vardır. Birincisi hastalar bipolar bozukluk hakkında eğitilir. Bilişsel davranışçı terapi, hastaların problem çözme, ruh hâli değişimlerini sınırlama ve aşırı stresten kaçınmak için günlük yaşamda bir rutin oluşturma becerilerini öğrenmelerine yardımcı olmak olarak tanıtılmaktadır. Bilişsel davranışçı model hakkında eğitim verilir (Lam vd., 2010).

2. *Bilişsel davranışçı beceriler:* hastalara normal ruh hâli dalgalanmalarının ne olduğunu ve olayların bunları nasıl etkileyebileceğini öğretilir. Bu yaklaşım aynı zamanda hastaların erken uyarı işaretlerini tanıma yeteneğini ve etkili başa çıkma stratejilerini tedavinin önemli bir parçası olarak sağlamayı amaçlar. Düşüncelerin, davranışların ve ruh hâlinin birbirini nasıl etkileyebileceğinin öğretilmesi, hastaların bilişsel davranışçı tekniklerin temelini kavramaları için uygun bir yoldur (Lam vd., 2010).

3. *Rutin ve uykunun önemi:* İnsanlardaki sirkadiyen ritimler sosyal olaylara ve rutine uyum sağladığından, bu model, sirkadiyen ritimlerinin bozulmasını en aza indirmek için hastaları iyi bir sosyal rutine sahip olmaları için eğitmek önemlidir. Hastaların rutinler oluşturmaı sağlamak için durum izleme ve etkinlik oluşturma gibi davranışsal beceriler öğretilir (Lam vd., 2010).

4. *Uzun dönem kırılganlığı ele almak:* Geçmiş ataklar için tetikleyici olan riskli düşünce davranışların ele alınması önemlidir. Geçmiş atakları için tetikleyicilerin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi, bireyin aşırı başarıya dayalı davranış gibi belirli temalara karşı savunmasızlığını ortaya çıkarabilir. Bu durum da periyodik olarak strese ve nüksetmeye yol açar. Terapistler ve hastalar bu kırılganlık faktörlerini değiştirmek için çalışabilir (Lam vd., 2010).

Hastaların yaklaşımlardan, hastalığın manik veya derin

depresif bir aşamasında fayda sağlamaları olası değildir. Hastanın tam olarak olmasada bir dereceye kadar içgörü ve iş birliği yapma yeteneği olması önemlidir (Lam vd., 2010; Özdel vd., 2021). Tipik olarak bilişsel terapi, üç aşamadan, yaklaşık 20 terapi seansından oluşur (Lam vd., 2010; Özdel vd., 2021):

Aşama 1. İlk oturumlar, bipolar bozukluklar ve hem psikolojik hem de farmakolojik tedaviler ile ilgili eğitime odaklanmaktadır. Bunu genellikle ayrıntılı bir hastalık öyküsü, yaşam olayları ve bireysel hedef belirleme gelişimi izleyecektir (Lam vd., 2010; Özdel vd., 2021).

Aşama 2. Sonraki oturumlar, bilişsel yaklaşımları kapsayacaktır. Her bireyin, depresyon ve mani veya hipomaninin erken başlangıcı için kendi özel uyarı işaretlerini anlayarak terapiyi tamamlaması ve nüksetmeyi önlemek amacıyla bu uyarı işaretlerini ele almak için yapılması gereken eylemleri denemesi ile tamamlanması amaçlanmıştır (Lam vd., 2010; Özdel vd., 2021).

Aşama 3. Oturumları o güne kadar öğrenilen bilişsel ve davranışsal tekniklerin hasta tarafından benzer durumlar için uygulanabilecek şekilde pekiştirilmesidir. Bunun için tedavi sürecinin bir özeti çıkartılır. Ayrıca gelecekte olabilecek zorlu durumlar için bir acil durum planlaması yapılır. Tüm atak türleri için hastaların bireysel erken işaretlerini öğrenmesi ve bu erken işaretlerle ilgili uygun başa çıkma stratejileri geliştirmesi bu basamağın temel amacıdır (Lam vd., 2010; Özdel vd., 2021).

Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalar İçin Bilişsel Davranışçı Terapide Davranışçı Müdahaleler

Duygudurum İzleme ve Etkinlik Planlama: Birçok bilişsel ya da davranışsal tekniğin uygulanması öncesinde hastaların duygudurum değişikliklerinin farkında olmalarını sağlaması bakımından temel bir yöntemdir. Her 24 saatlik periyotta aktivite ve

rutinin izlenmesi hastaların genel duygu durumlarını, önemli olabilecek diğer duygularını, uyku miktarlarını ve ilaçlarını alıp almadıklarını, az mı yoksa aşırı mı aktif olduklarını, hafta boyunca molalar ve keyif verici olaylar sağlayacak bir yapıya sahip olup olmadığını belirlemek için kullanılır. Duygudurum izleme çalışması, hastada, süreç içinde uygulanan diğer davranışsal ve bilişsel müdahalelerin yapılmasında kolaylaştırıcı rol oynar. Uygun etkinlikleri planlamak için etkinlik kayıtlarını kullanılır. Aşırı haz ve görev merkezli davranışa dair kanıt varsa, rahatlama veya rekreasyon için hedefler belirlenir. Düşük ruh hâli ile ilişkili aktivite eksikliğine dair kanıt varsa, önce hazzla dönük sonra görev odaklı hedefler belirlenir (Lam vd., 2010; Otto vd., 2003; Özdel vd., 2021).

Uyku ile İlgili Davranışsal Müdahaleler: Bipolar bozukluğun yönetimi için, yaşam tarzı yönetimi aynı zamanda uyku/uyanıklık döngüsünü koruma, hastanın aktivite seviyesinde bir denge sağlama ve hipomanik epizodun habercisi olabilecek aktivite artışlarını izleme girişimlerini de içerir. Depresyon döneminde temel uyku hijyeni kuralları uygulanırken hipomani/mani dönemlerinde uyku miktarının artırılmasına yardımcı olan teknikler kullanılır (Michalak vd., 2007; Otto vd., 2003).

Stres Yönetimi: ataklar için diğer risk faktörlerinin, olumsuz olayların, etkisini azaltmak için problem çözme, iletişim becerileri ve bilişsel yeniden yapılandırma eğitimini içeren stres yönetimi prosedürleri uygulanır. Sorun çözme teknikleri bireyin bir şekilde ele almak zorunda olduğu durumlar için kullanılır. Sorun çözme çalışması her basamağı iyice anlaşılana kadar terapistle birlikte yapılmalı, daha sonra yine kişinin etkinlik programı içine yerleştirilmelidir (Otto vd., 2003; Özdel vd., 2021).

Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalar İçin Bilişsel Davranışçı Terapide Bilişsel Müdahaleler

Bilişsel terapi sürecinde, başlangıçta, daha yüzeyde ve kolay

erişilebilir olan otomatik düşünceler üzerinde durulur. Terapist, hastalık belirtilerinin hafiflemesini sağlamak için hastasına bu düşünceleri belirlemeyi, değerlendirmeyi ve değiştirmeyi öğretir. Daha sonra tedavinin odağına, bu işlevsel olmayan otomatik düşüncelerin daha derinlerindeki ve pek çok durum için geçerli olan inançlara geçer. İlgili ara ve temel inançlar çeşitli şekillerde değerlendirilerek, sonuçta, hastanın olaylara yönelik algıları ve çıkarımları değiştirilir. Daha temel inançların değiştirilmesi ise, hastalığın gelecekte tekrarlama olasılığını azaltır (Beck, 2001).

Düşünce İzleme: Bu aşamada düşüncelerin fark edilmesi, duygu ve davranışla bağlantısının kurulması temeline dayanır. BDT bağlamında düşünce izleme açıklanır. Hastalardan daha sonra kendi müdahaleimlerini gözlemleyerek, modeli test ederek ve özellikle ruh hâlini etkilemede düşüncelerin rolünü kendileri belirleyerek bu didaktik bilgiyi tamamlamaları istenir. Olumsuz düşüncelerin depresyonla, aşırı pozitif otomatik düşüncenin mani/hipomani ilişkisi açıklanır (Lam vd., 2010; Otto vd., 2003; Özdel vd., 2021). Daha sonra düşünceler gerçekçilik, duruma uygunluk ve işlevsellik açısından ele alınarak ve mevcut durum için daha gerçekçi daha uygun ve daha işlevsel alternatifler üretmek öğretilir (Özdel vd., 2021).

Otomatik Düşünceleri Ele Alma: Hasta, olumsuz otomatik düşünceleri saptamayı öğrendikten sonra atılacak olan ikinci adım bu düşünceyi incelemektir. Burada amaç, düşüncesini içinde bulunduğu durum, ortam, yaşadığı olay, kendisi veya diğerleriyle ilgili ortaya atılmış bir varsayım olarak görmesi ve bu varsayımın gerçekliğe ne kadar uyduğunu incelemesidir. Gerçeklikle tam uyuşmayan olumsuz düşünceyi bulduktan sonra amaç çeşitli teknikleri kullanarak bu düşünceye olan inancı sarsmaktır. Danışanın düşüncesiyle olan ilişkisini ve düşünceye bakışını değiştirmeye dönük üst bilişsel teknikler ve düşüncenin içeriğini irdelemeye dönük teknikler kullanılır (Türkçapar, 2019).

Düşünceyle İlişkiyi Değiştirmeye Dayalı Teknikler:

Düşünce dediğimiz şeyin gerçeklikten ayrı zihinsel bir süreç olduğu teorik düzeyde bilinse bile, insanların hemen tamamı kendi düşünce ve algılarını ilk planda gerçeklik gibi görme eğilimindedir. İlk hedef, kişinin düşüncenin zihinde olup biten bir şey, olan bitenlerle ilgili zihnimizde olan varsayımlar, hipotezler olduğunu fark etmesidir (Türkçapar, 2019).

Düşüncenin İçeriğine Dönük Teknikler:

Düşünce, olan bitenleri tanımlayan veya anlamlandıran, olacakları tahmin eden, zihnimizde ortaya çıkan sözcük ve görüntülerdir. Düşüncenin içeriğini ele almak düşüncelerimizin gerçekliği tanımlama anlamında ne kadar gerçekçi, olan bitenlerle ilgili çıkarım ve anlamlandırmalar olarak ne kadar uygun ve sonuçta ne kadar yararlı olduğunu irdelemektir (Türkçapar, 2019).

Kanıt İnceleme:

Üç aşamada gerçekleştirilir. İlki bireyin sahip olduğu düşünceyi destekleyen nesnellik aranmaksızın tüm "veriler" kaydedilir. İkincisi bu düşünceyi destekleyen objektif "kanıtlar" kaydedilir: Bu aşamada hastanın düşüncesiyle ilgili nesnellik tartışılır. Elde olan nesnel verilerle nesnel bir gözlemci tarafından bu durum değerlendirilseydi karar ne olurdu tartışılır. Son olarak mevcut düşüncenin gerçekçi olmadığına dair "veriler" araştırılır: Bu kısımda Sokratik sorularla kişinin bilişsel yanlılığı nedeniyle hatırlayamadığı ya da sentezleyemediği bilgiler ortaya çıkartılmaya çalışılır. Kapsamlı bir düşünce inceleme formu kullanılır. Bu form verilmeden önce seans içinde hastayla bu prensipler ışığında çalışılmış olmalıdır (Özdel vd., 2021).

Alternatif Açıklamalar:

Hastanın otomatik düşüncesinin, yaşanan durumla ilgili bir açıklama, belirleme veya niteleme olduğu durumlarda kullanılabilecek bir tekniktir. Hastaya "Bu durum başka ne anlama gelebilir ve başka nasıl yorumlanabilir?" sorusu sorulur. Bu tekniğin bir diğer uygulama biçimi, aynı olayı yaşayan ama

hastanın verdiği duygusal ve davranışsal tepkiyi vermeyen birisi olsa acaba durumu nasıl anlar ve yorumlardı, bunu sormaktır. İlk örnekteki durumda, örneğin “Diyelim arkadaşının yanındakiyle konuşarak gülmesine kızmayan birisi olsa, o durumdan ne anlardı ve nasıl yorumlardı?” diye sorulabilir (Türkçapar, 2019).

Otomatik Düşüncede Gerçeklik Payı Olduğunda Yapılacaklar: Bazı otomatik düşünceler gerçekten geçerli olabilirler. Bu durumlarda bu düşüncelerin yararı değerlendirilmeye çalışılır. Danışman hastadan düşüncesinin etkisini değerlendirmesini isteyebilir ya da bu düşüncüyü sürdürmenin avantajlarını ve dezavantajlarını sorar. Bunu, o düşünceye karşı geliştirilen daha işlevsel bir tepkinin belirlenmesi izler. Ortaya çıkan rahatsız edici ancak gerçekliğe uygun olan bu durumla baş etmenin yollarını da konuşulabilir (Türkçapar, 2019).

Bipolar Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi İçin Kanıtlar

Bipolar bozukluk ömür boyu süren ve ataklarla giden bir hastalıktır. Farmakoterapiye rağmen bir yılda %40, iki yılda %60 ve beş veya daha fazla yılda %73 gibi yüksek relaps oranları olduğunu bilinmektedir. Ayrıca bipolar bozuklukta işlevsellikte azalma, bilişsel bozulma ve yaşam kalitesinde azalma görülür. Bu sonuçlar dikkate alındığında yalnızca semptomların iyileşmesine değil, aynı zamanda normal işlevsellik ve anlamlı bir yaşamın elde edilmesine odaklanılmalıdır (Bonnín vd., 2019; Otto vd., 2003). Bu noktada yapılan randomize kontrollü çalışmalarda ve metaanalizlerde bilişsel davranışçı terapisinin işlevselliği ve yaşam kalitesini artırdığı, relapsları azalttığı konusunda kanıtlar sunulmuştur (Bonnín vd., 2019; Colom & Vieta, 2004; Lam vd., 2010; Otto vd., 2003; Oud vd., 2016; Özdel vd., 2021; Scott vd., 2015).

Sonuç

Bipolar bozukluk yönetimi yalnızca farmakolojik tedavi ile sınırlı kalmayıp, bireyin uzun dönemli iyilik hâlini, işlevselliğini ve yaşam kalitesini hedefleyen bütüncül yaklaşımları gerektirmektedir. Bu doğrultuda bilişsel davranışçı terapi, bireyin işlevsel olmayan düşünce ve davranışlarını yeniden yapılandırmasını sağlayarak hastalığın yönetiminde önemli bir rol üstlenmektedir. Özellikle erken uyarı belirtilerinin tanınması, duygudurum değişikliklerinin izlenmesi, stresle baş etme becerilerinin geliştirilmesi ve tedaviye uyumun artırılması açısından BDT'nin etkili bir psikososyal müdahale olduğu görülmektedir. Ayrıca psikiyatri hemşirelerinin bu süreçte üstlendiği psikoeğitim, danışmanlık ve izlem temelli roller, bireyin öz-yönetim becerilerinin güçlendirilmesine ve nükslerin önlenmesine katkı sağlamaktadır. Bu bağlamda, bipolar bozukluk yönetiminde bilişsel davranışçı terapinin psikiyatri hemşireliği uygulamaları ile bütünleştirilmesi, tedavi sonuçlarının iyileştirilmesi ve sürdürülebilir iyilik hâlinin sağlanması açısından önemli bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir.

Kaynakça

Aksoy, C., & Gökalp, K. (2025). Self-Management in Bipolar Disorder: A Meta-Synthesis of Qualitative Evidence. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 31(6), 618-630. <https://doi.org/10.1177/10783903251338450>

Athanasos, P. (2017). Mood Disorders. İçinde K. Evans, D. Nizette, & A. O'brien (Ed.), *Psychiatric and Mental Health Nursing* (Fourth Edition, ss. 914-957). Elsevier.

Basco, M. R., & Rush, A. J. (2010). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder* (2th bs, ss. 1-30,146-250). The Guildford Press. <https://doi.org/10.1586/ern.10.75>

Bauer, M., Glenn, T., Grof, P., Schmid, R., Pfennig, A., & Whybrow, P. C. (2009). Subsyndromal mood symptoms: A useful concept for maintenance studies of bipolar disorder? İçinde *Psychopathology*. <https://doi.org/10.1159/000255957>

Beck, J. S. (2001). *Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Ötesi* (Fisth). Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Binbay, T., Alptekin, K., Elbi, H., Zagli, N., Aksu Tanik, F., Onay, H., Ozkinay, F., Drukker, M., & van Os, J. (2012). İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşamboyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(3), 149-160. <https://doi.org/10.5080/u6783>

Bonnín, C. del M., Reinares, M., Martínez-Arán, A., Jiménez, E., Sánchez-Moreno, J., Solé, B., Montejo, L., & Vieta, E. (2019). Improving Functioning, Quality of Life, and Well-being in Patients With Bipolar Disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyz018>

Bowie, C. R., Best, M. W., Depp, C., Mausbach, B. T., Patterson, T. L., Pulver, A. E., & Harvey, P. D. (2018). Cognitive and functional deficits in bipolar disorder and schizophrenia as a function of the presence and history of psychosis. *Bipolar Disorders*, 20(7), 604-613. <https://doi.org/10.1111/bdi.12654>

Chatterton, M. Lou, Stockings, E., Berk, M., Barendregt, J. J., Carter, R., & Mihalopoulos, C. (2017). Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: Network meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(5), 333-341. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.195321>

Clemente, A. S., Diniz, B. S., Nicolato, R., Kapczinski, F. P., Soares, J. C., Firmo, J. O., & Castro-Costa, É. (2015). Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(2), 155-161. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1693>

Colom, F., & Vieta, E. (2004). A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disorders*, 6(6), 480-486. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00136.x>

Conus, P., Cotton, S., Abdel-Baki, A., Lambert, M., Berk, M., & McGorry, P. D. (2006). Symptomatic and functional outcome 12 months after a first episode of psychotic mania: Barriers to recovery in a catchment area sample. *Bipolar Disorders*. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00315.x>

Conus, P., Macneil, C., & McGorry, P. D. (2014). Public health significance of bipolar disorder: Implications for early intervention and prevention. *Bipolar Disorders*, 16(5), 548-556. <https://doi.org/10.1111/bdi.12137>

Crowe, M., Whitehead, L., Wilson, L., Carlyle, D., O'Brien, A., Inder, M., & Joyce, P. (2010). Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder—A systematic review of the evidence for mental health nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 896-908. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.02.012>

Crump, C., Sundquist, K., Winkleby, M. A., & Sundquist, J. (2013). Comorbidities and Mortality in Bipolar Disorder. *JAMA Psychiatry*, 70(9), 931. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1394>

Cusack, E., Killoury, F., & Nugent, L. E. (2017). The professional psychiatric/mental health nurse: skills, competencies and supports required to adopt recovery-orientated policy in practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(2-3), 93-104. <https://doi.org/10.1111/jpm.12347>

Dean, B. B., Gerner, D., & Gerner, R. H. (2004). A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and healthcare costs and utilization in bipolar disorder. *Current Medical Research and Opinion*, 20(2), 139-154. <https://doi.org/10.1185/030079903125002801>

Echezarraga, A., Las Hayas, C., González-Pinto, A. M., & Jones, S. (2017). The Resilience Questionnaire for Bipolar Disorder: Development and

validation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 376-385. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.010>

Engin, E., & Durmuş, T. (2023). Bipolar Bozuklukta Öz Yönetim ve Psikiyatri Hemşireliği. *EGEHFD*, 39(2), 271-277.

Fayers, P. M., & Machin, D. (2007). Quality of life : the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. İçinde *Quality of life : the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes* (ss. 1-30). John Wiley & Sons.

Gitlin, M. J., & Miklowitz, D. J. (2017). The difficult lives of individuals with bipolar disorder: A review of functional outcomes and their implications for treatment. *Journal of Affective Disorders*, 209(November 2016), 147-154. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.021>

Goulter, N., Kavanagh, D. J., & Gardner, G. (2015). What keeps nurses busy in the mental health setting? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(6), 449-456. <https://doi.org/10.1111/jpm.12173>

Granek, L., Danan, D., Bersudsky, Y., & Osher, Y. (2016). Living with bipolar disorder: The impact on patients, spouses, and their marital relationship. *Bipolar Disorders*, 18(2), 192-199. <https://doi.org/10.1111/bdi.12370>

Gutiérrez-Rojas, L., Jurado, D., & Gurpegui, M. (2011). Factors associated with work, social life and family life disability in bipolar disorder patients. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 254-260. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.06.020>

Gültekin, B., Kesebir, S., & Tamam, L. (2014). Türkiye’de Bipolar Bozukluk. *Psiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 199-209. <https://doi.org/10.5455/cap.20130920014550>

Hagerty, B. M., & Patusky, K. L. (2012). Mood Disorders: Depression, Bipolar and Adjustment Disorders. İçinde K. M. Fortinash & P. A. H. Worret (Ed.), *Psychiatric Mental Health Nursing* (Fifth Edition, ss. 218-250). Elsevier.

Haggarty, S. J., Karmacharya, R., & Perlis, R. H. (2021). Advances toward precision medicine for bipolar disorder: mechanisms & molecules. *Molecular Psychiatry*, 26(1), 168-185. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0831-4>

Hofer, A., Mizuno, Y., Wartelsteiner, F., Wolfgang Fleischhacker, W., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Mimura, M., Pardeller, S., Sondermann, C., Suzuki, T., Welte, A., & Uchida, H. (2017). Quality of life in schizophrenia and bipolar disorder: The impact of symptomatic remission and resilience. *European Psychiatry*, 46, 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.08.005>

Hopkins, J. E., Loeb, S. J., & Fick, D. M. (2009). Beyond satisfaction, what service users expect of inpatient mental health care: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 927-937. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01501.x>

Joffe, R. T., MacQueen, G. M., Marriott, M., & Young, L. T. (2004). A prospective, longitudinal study of percentage of time spent ill in patients with bipolar I or bipolar II disorders. *Bipolar Disorders*. <https://doi.org/10.1046/j.1399-5618.2003.00091.x>

Jones, S., Mulligan, L. D., Higginson, S., Dunn, G., & Morrison, A. P. (2013). The bipolar recovery questionnaire: psychometric properties of a quantitative measure of recovery experiences in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 34-43. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.003>

Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A., Leon, A. C., Rice, J. A., & Keller, M. B. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.6.530>

Kılıç, C. (2020). Türkiye’de Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı ve Ruhsal Tedavi İhtiyacı Konusunda Neredeyiz? *Toplum ve Hekim*, 35(3), 179-187.

Koç Apaydın, Z., & Atagün, M. İ. (2018). Relationship of functionality with impulsivity and coping strategies in bipolar disorder. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31(1), 21-29. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2018310102>

Kozicky, J.-M., Torres, I. J., Silveira, L. E., Bond, D. J., Lam, R. W., & Yatham, L. N. (2014). Cognitive Change in the Year After a First Manic Episode. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(06), e587-e593. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08928>

Lam, H. D., Jones, S. H., & Hayward, P. (2010). *Cognitive Therapy For Bipolar Disorder A Therapist’s Guide To Concepts, Methods And Practice* (2nd bs). Wiley-Backwell.

Leahy, R. L. (2012). Cognitive Concepts and Techniques. İçinde R. L. Leahy (Ed.), *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders* (Second, ss. 425-438). Springer.

Lee, D., Cha, B., Park, C. S., Kim, B. J., Lee, C. S., Lee, S. J., Seo, J. Y., Cho, Y. A., Ha, J. H., & Choi, J. W. (2017). Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 207(October 2016), 434-441. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.075>

MacQueen, G. M., Trevor Young, L., & Joffe, R. T. (2001). A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(3), 163-170. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00059.x>

Martinez-Aran, A., Vieta, E., Torrent, C., Sanchez-Moreno, J., Goikolea, J. M., Salamero, M., Malhi, G. S., Gonzalez-Pinto, A., Daban, C., Alvarez-Grandi, S., Fountoulakis, K., Kaprinis, G., Tabares-Seisdedos, R., & Ayuso-Mateos, J. L. (2007). Functional outcome in bipolar disorder: The role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disorders*, 9(1-2), 103-113. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00327.x>

Mccormick, U., Murray, B., & Mcnew, B. (2015). Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(9), 530-542. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12275>

Meyer, P. S., & Mueser, K. T. (2011). Resiliency in individuals with serious mental illness. İçinde S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney, & M. J. Friedman (Ed.), *Resilience and mental health: challenges across the lifespan* (First Published, ss. 276-288). Cambridge University Press.

Michalak, E. E., Murray, G., Young, A. H., & Lam, R. W. (2007). Quality Of Life Impairment In Bipolar Disorder. İçinde M. Ritsner & A. G. Avad (Ed.), *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders, New Perspectives on Resarc and Treatment* (ss. 253-274). Springer.

Michalak, E. E., Suto, M. J., Barnes, S. J., Hou, S., Lapsley, S., Scott, M., Murray, G., Austin, J., Elliott, N. B., Berk, L., & CREST.BD. (2016). Effective self-management strategies for bipolar disorder: A community-engaged Delphi Consensus Consultation study. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.057>

Michalak, E. E., Yatham, L. N., Kolesar, S., & Lam, R. W. (2006). Bipolar Disorder and Quality of Life: A Patient-Centered Perspective. *Quality of Life Research*, 15(1), 25-37. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-0376-7>

Miklowitz, D. J., & Chung, B. (2016). Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research. *Family Process*, 55(3), 483-499. <https://doi.org/10.1111/famp.12237>

Miklowitz, D. J., & Johnson, S. L. (2006). The psychopathology and treatment of bipolar disorder. *Annual review of clinical psychology*, 2, 199-235. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095332>

Morton, E., Michalak, E. E., Hole, R., Buzwell, S., & Murray, G. (2018). 'Taking back the reins' – A qualitative study of the meaning and experience of self-management in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 228, 160-165. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.018>

Murray, G., Suto, M., Hole, R., Hale, S., Amari, E., & Michalak, E. E. (2011). Self-management strategies used by 'high functioning' individuals with bipolar disorder: from research to clinical practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(2), 95-109. <https://doi.org/10.1002/cpp.710>

Mutz, J. (2023). Brain stimulation treatment for bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 25(1), 9-24. <https://doi.org/10.1111/bdi.13283>

Otto, M. W., Reilly-Harrington, N., & Sachs, G. S. (2003). Psychoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 73(1-2), 171-181. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00460-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00460-8)

Oud, M., Mayo-Wilson, E., Braidwood, R., Schulte, P., Jones, S. H., Morriss, R., Kupka, R., Cuijpers, P., & Kendall, T. (2016). Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 208(3), 213-222. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.157123>

Özdel, K., Kart, A., & Türkçapar, M. H. (2021). Cognitive behavioral therapy in treatment of bipolar disorder. *Noropsikiyatri Arsivi*, 58, S66-S76. <https://doi.org/10.29399/npa.27419>

Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2008). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. nobel tıp kitapevi.

Park, D. Y., Do, D., Chang, L., Shah, S., Yuen, L. D., Hooshmand, F., Wang, P. W., Miller, S., & Ketter, T. A. (2017). Episode accumulation associated with hastened recurrence and delayed recovery in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 227(August 2017), 657-664. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.071>

Post, R. M., & Leverich, G. S. (2006). The role of psychosocial stress in the onset and progression of bipolar disorder and its comorbidities: The need for earlier and alternative modes of therapeutic intervention. *Development and Psychopathology*, 18(04). <https://doi.org/10.1017/S0954579406060573>

Ritsner, M. S. (2007). The Distress/Protection Vulnerability Model Of Quality Of Life Impairment Syndrome. İçinde M. S. Ritsner & A. G. Awad (Ed.), *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders, New Perspectives on Resarc and Treatment* (ss. 3-18). Springer.

Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., & Vieta, E. (2017). Treatment of Functional Impairment in Patients with Bipolar Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 19(1), 3. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0752-3>

Scott, J., Grunze, H., Meyer, T. D., Nendick, J., Watkins, H., & Ferrier, N. (2015). A bipolar II cohort (ABC): The association of functional disability with gender and rapid cycling. *Journal of Affective Disorders*, 185, 204-208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.050>

Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., Abbott, R., & Hayhurst, H. (2006). Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders. *British Journal of Psychiatry*, 188(4), 313-320. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.4.313>

Shives, L. R. (2012). Mood Disorders. İçinde *Basic Concepts of Psychiatric- Mental Health Nursing* (Eighth Editions, ss. 297-322). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Soares-Weiser, K., Bravo Vergel, Y., Beynon, S., Dunn, G., Barbieri, M., Duffy, S., Geddes, J., Gilbody, S., Palmer, S., & Woolacott, N. (2007). A systematic review and economic model of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for preventing relapse in people with bipolar disorder. *Health Technology Assessment*, 11(39). <https://doi.org/10.3310/hta11390>

Solé, B., Jiménez, E., Torrent, C., Reinares, M., Bonnin, C. del M., Torres, I., Varo, C., Grande, I., Valls, E., Salagre, E., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Carvalho, A. F., & Vieta, E. (2017). Cognitive Impairment in Bipolar Disorder: Treatment and Prevention Strategies. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 20(8), 670-680. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyx032>

Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2018). Bipolar and related Disorders. İçinde *Psuvhiatric Mental Health -Concepts of care in Evidence-Based Practice* (Ninth Edition, ss. 533-558). Davis Company. www.DavisPlus.com

Tse, S., Murray, G., Chung, K.-F., Davidson, L., Ng, K.-L., & Yu, C. H. (2014). Exploring the recovery concept in bipolar disorder: a decision tree analysis of psychosocial correlates of recovery stages. *Bipolar Disorders*, 16(4), 366-377. <https://doi.org/10.1111/bdi.12153>

Türkçapar, M. H. (2019). *Bilişsel Davranışçı Terapiler* (11.). Epsilon.

Vancampfort, D., Van Damme, T., Probst, M., Firth, J., Stubbs, B., Basangwa, D., & Mugisha, J. (2017). Physical activity is associated with the physical, psychological, social and environmental quality of life in people with mental health problems in a low resource setting. *Psychiatry Research*, 258, 250-254. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.041>

Videcek, S. L. (2020). Mood Disorders and Suicide. İçinde *Psychiatric-Mental Health Nursing* (8th Editions, ss. 651-720). Wolters Kluwer.

Vieta, E., Berk, M., Schulze, T. G., Carvalho, A. F., Suppes, T., Calabrese, J. R., Gao, K., Miskowiak, K. W., & Grande, I. (2018). Bipolar disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 18008. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.8>

WHO. (2023, Ağustos 18). *Explore results from the 2019 Global Burden of Disease (GBD) study*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.

World Health Organization. (2009). *Improving Health Systems And Services For Mental Health*.

World Health Organization. (2015). *Recovery-oriented psychosocial strategies enhancing independent living and social skills (such as life skills and social skills training) Part I : Evidence Review*.

World Health Organization. (2022). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l->

Yan-Meier, L., Eberhart, N. K., Hammen, C. L., Gitlin, M., Sokolski, K., & Altshuler, L. (2011). Stressful life events predict delayed functional recovery following treatment for mania in bipolar disorder. *Psychiatry Research, 186*(2-3), 267-271. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.028>

