2024

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Necla ŞAHİN



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRONİK PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA TEKRARLI KLİNİK YATIŞ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN GELİŞTİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Necla ŞAHİN

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Ankara, 2024

T.C
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRONİK PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA TEKRARLI KLİNİK YATIŞ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN GELİŞTİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Necla ŞAHİN

Danışman
Doç. Dr. Birgül Özkan

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Ankara, 2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışlarımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

07-06-2024

Necla ŞAHİN

İTHAF

Tezimi aileme ve sevgili dostlarıma ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Bu teze başlarken beni her anlamda özgür bırakan, bilimsel düşünceyi yaşam biçimi olarak algılamamı sağlayan yüksek lisanstan bu yana her zaman beni destekleyen bana hep güvenen sayın hocam Doç. Dr. Birgül Özkan'a teşekkürümü sunarım.

Eğitim hayatım boyunca benden desteğini esirgemeyen her daim yol göstericim olan ve bana hep inanan canım babam İbrahim Şahin'e ve canım annem Fatma Şahin'e içten teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans sürecim boyunca bana hep destek olan canım arkadaşım Gamze Dalay'a destekleri için teşekkür etmek isterim.

Eğitim hayatım boyunca benden desteklerini hiç esirgemeyen, okula ilk adımımı attığım andan bu günlere kadar gelmemi sağlayan tüm öğretmenlerime teşekkür gönül borcumdur.

Yüksek lisans sürecinde bana destek olan, yardımlarını eksik etmeyen sevgili çalışma arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **İV**
ABSTRACT ..... **Vİ**
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **Viİİ**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **İX**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **X**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 4
2. GENEL BİLGİLER **5**
2.1. Sağlık ve Hastalık 5
2.2. Ruhsal Sağlık ve Hastalık 5
2.3. Kronik Psikiyatrik Hastalıklar 7
2.4. Psikiyatri Kliniklerine Yatış 8
2.5. Psikiyatri Kliniklerine Tekrarlı Yatış ve İlişkili Faktörler 9
2.5.1. Tekrarlı Yatış Risk Faktörleri-Taburculuğa Hazır Olmama 12
2.5.2. Tekrarlı Yatış Risk Faktörleri-Tedavi Uyumsuzluğu 12
2.5.3. Tekrarlı Yatış Risk Faktörleri -Psikoaktif Madde Kullanımı 15
2.5.4. Tekrarlı Yatış Risk Faktörleri - Sosyal İşlevsellikte Azalma 15
2.5.5. Tekrarlı Yatış Risk Faktörleri - İntihar-Öz kıyım Düşüncesi 16
2.5.6. Sosyal Destek Kaynakları 20
2.5.7. İç görü 24
2.6. Kronik Psikiyatrik Hastalık ile Kliniğe Tekrarlı Yatış Sürecinde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü 25
3. MATERYAL VE YÖNTEM **27**
3.1. Araştırmanın Tipi 27
3.2. Araştırma Yapılan Yer ve Özellikleri 27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi 28
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri: 28
3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri 28
3.4. Araştırmanın Etik Yönü 28
3.5. Araştırmanın Uygulanması 29

3.5.1. Ölçek Maddelerinin Oluşturulması ve Uzman Görüşlerinin Alınması 29
3.5.2. Geçerlilik Çalışması 30
3.5.3. Güvenilirlik Çalışması 31
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması: 31
3.6.1. Veri Toplama Araçları: 32
3.6.2. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçek Taslağı Uzman Görüşleri Değerlendirme Formu 32
3.6.3. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçek Taslağı Uzman Görüşleri Sonrası Revize Edilen Form 32
3.6.4. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçek Taslağı Pilot Uygulama Sonrası Revize Edilen Form 33
3.6.5. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği 33
3.6.6. Bilgilendirilmiş Onam Formu 34
3.6.7. Sosyodemografik Veri Formu 34
3.6.8. Taburcu Olmaya Hazır Oluş Ölçeği 34
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi(İstatistiksel İncelemeler): 34
3.8. Sınırlılıklar 35
4. BULGULAR 36
4.1. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik Analizleri 36
4.1.1. Kapsam Geçerliği 36
4.1.2. Yapı Geçerliği 41
4.2. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri 43
4.2.1. İç Tutarlılık Analizleri 43
5. TARTIŞMA 72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 80
6.1. Sonuçlar 80
6.2. Öneriler 81

7. KAYNAKLAR 83
8. EKLER 95
Ek-1.Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçek Taslağı Uzman Görüşleri Değerlendirme Formu 96
EK-2. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği 98
Ek-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu 99
Ek-4. Sosyodemografik Veri Toplama Formu 100
Ek-5. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçek Taslağı Uzman Görüşleri Sonrası Revize Edilen Form 101
Ek-6. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçek Taslağı Pilot Uygulama Sonrası Revize Edilen Form 102
Ek-7. Davet Maili Gönderilen Uzmsan Listesi 103
Ek-8. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği 104
Ek-9. Taburcu Olmaya Hazır Oluş Ölçeği Yazılı İzin 105
Ek-10. Uzmanlar İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu 106
Ek-11. Görüş Alınan Uzman Listesi 107
Ek-12. Uzmanlara Gönderilen Davet Maili 108
Ek-13. Taslak Maddeler 109
Ek- 14. Etik Kurul Onay Belgesi 110
Ek-15: Kurum İzin Belgesi 111
Ek-16: Özgeçmiş 112

ÖZET

Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği'nin Geliştirilmesi

Bu çalışma tekrarlı yatışların öngörülebilmesi ve önlenebilmesini sağlamak amacıyla literatüre kronik psikiyatrik hastalıklarda tekrarlı klinik yatış riskini değerlendiren kapsamlı bir ölçek kazandırmak amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Ankara Bilkent Şehir Hastanesi yetişkin psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören kronik psikiyatrik hastalığa sahip olan bireyler (n=390) oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem hesaplaması ölçek madde sayısıın 10 katı hesaplamasına göre yapılmıştır. Araştırmanın pilot uygulamasının yapılması ile birlikte veriler Şubat 2023-Ocak 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama araçları olarak 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu', 'Sosyodemografik Veri Toplama Formu', 'Taburculuğa Hazır Oluş Ölçeği' ve 'Kronik Psikiyatrik Hastalılarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Taslak Ölçeği' kullanılmıştır.

Ölçek geliştirme aşamalarında ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. Geçerlik analizleri kapsam geçerliği ve yapı geçerliği olarak iki aşamalı gerçekleştirilmiştir. Güvenirlik analizlerinde ise; içtutarlık güvenirliği, paralel formlar güvenirliği yer almaktadır. Kapsam geçerliğinin yapılması için literatür taramaları sonucunda madde havuzu oluşturularak uzman görüşü alınmıştır ve uygun olmayan maddeler yapı dışına çıkarılarak pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sonrası revize edilen taslak ölçek form 39 maddeli olarak örnekleme uygulanmıştır. İkinci aşama olan yapı geçerliği aşamasında toplanan verilerde Açımlayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Güvenirlik analizleri için ise Cronbach Alfa değeri hesaplanmıştır ve paralel form ile korelasyonları incelenmiştir.

Ölçek maddelerinin KGİ değeri 0,98 olarak hesaplanmıştır. Faktör analizleri sonucu KMO katsayısı 0,833 olarak bulunmuştur. Ölçeğin son halinde 27 madde 7 alt boyut bulunmaktadır. Alt boyutlar; Faktör 1 'Sosyal Destek Kaynakları', Faktör 2 'Psikososyal İşlevsellik', Faktör 3 'Taburculuğa Hazır Oluş', Faktör 4 'Tedavi Uyumu', Faktör 5 'İntihar Riski', Faktör 6 'Psikotik Özellik' ve Faktör 7 'İçgörü' olarak isimlendirilmiştir. Uyum iyiliği değerleri; RMSEA=0,052, NFI=0,88,

CFI=0,93, GFI=0,90, AGFI=0,87 ve X2/sd=2,042 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,833 olarak bulunmuştur.

'Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği' risk düzeyini ölçmek açısından türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri hemşireliği, tekrarlı yatış, risk değerlendirme, ölçek.

ABSTRACT

Development of The Repeat Clinical Hospitalization Risk Assessment Scale in Chronic Psychiatric Diseases

This study is carried out with the aim of adding a comprehensive scale to the literature that evaluates the risk of repeated clinical hospitalizations in chronic psychiatric diseases, in order to predict and prevent these repeated hospitalizations.

The population of the research consists of individuals with chronic psychiatric diseases receiving inpatient treatment at the adult psychiatry clinic of Ankara Bilkent City Hospital. The sample calculation of the research was made based on the calculation of 10 times the number of scale items. With the pilot implementation of the research, data was collected between February 2023 and January 2024. 'Informed Voluntary Consent Form', 'Sociodemographic Data Collection Form', 'Discharge Readiness Scale' and 'Repeated Clinical Hospitalization Risk Assessment Draft Scale for Chronic Psychiatric Diseases' were used as data collection tools.

During the scale development stages, validity and reliability analyzes of the scale were conducted. Validity analyzes were carried out in two stages: content validity and construct validity. In reliability analysis; internal consistency reliability, parallel forms reliability. In order to ensure content validity, an item pool was created as a result of literature reviews, expert opinion was obtained, and a pilot application was carried out by removing inappropriate items from the structure. After the pilot application, the revised draft scale form with 39 items was applied to the sample. Exploratory Factor Analysis and Confirmatory Factor Analysis were performed on the data collected in the second stage, the construct validity stage. For reliability analysis, Cronbach's Alpha value was calculated and correlations with parallel form were examined.

The CGI value of the scale items was calculated as 0.98. As a result of factor analysis, the KMO coefficient was found to be 0.833. The final version of the scale

includes 27 items and 7 sub-dimensions. Sub-dimensions; Factor 1 as 'Social Support Resources', Factor 2 as 'Psychosocial Functioning', Factor 3 as 'Discharge Readiness', Factor 4 as 'Treatment Compliance', Factor 5 as 'Suicide Risk', Factor 6 as 'Psychotic Feature' and Factor 7 as 'Insight'. named. Goodness of fit values; It was calculated as RMSEA=0.052, NFI=0.88, CFI=0.93, GFI=0.90, AGFI=0.87 and X2/sd=2.042. The Cronbach Alpha value of the scale was found to be 0.833.

'Repeated Clinical Hospitalization Risk Assessment Scale in Chronic Psychiatric Diseases' is a valid and reliable scale for the turkish society in terms of measuring the risk level.

Keywords: Psychiatry nursing, repeat hospitalization, risk assessment, scale.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AFA : Açımlayıcı Faktör Analizi

AGFI : Adjusted Goodness of Fit Index

CFI : Comparative Fit Index

DFA : Doğrulayıcı Faktör Analizi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GFI : Goodness of Fit Index

KGİ : Kapsam Geçerlik İndeksi

KGO : Kapsam Geçelik Ölçütü

KMO : Kaiser Meyer Olkin

KPH : Kronik Psikiyatrik Hastalık

KPHTYÖ : Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği

NFI : Normed Fit Index

NNFI : Non-Normed Fit Index

RMSEA : Root Mean Square Error of Approximation

p : Anlamlılık Düzeyi

SPSS : Statistical Package For Social Science

THOÖ : Taburculuğa Hazır Oluş Ölçeği

TKY : Tekrarlı Klinik Yatış

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

WHO : World Health Organization

$\bar{x}$±SS : Ortalama- Standart Sapma

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1 *Araştırma Akış Şeması* 29

Şekil 4.1 *Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği'ne İlişkin Ölçüm Modeli (Doğrulayıcı Faktör Analizi Grafiği)* 45

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1 *Kapsam Geçerlik Ölçütü İçin Minimum Değerler* *36*

Tablo 4.2 *53 Maddeye Ait Kgo Değerleri* *37*

Tablo 4.3 *Pilot Araştırmaya Göre Çıkarılan Maddeler ve Çıkarılma Nedenleri* *39*

Tablo 4.4 *Pilot Uygulama Sonrası Madde Toplam Korelasyonları* *40*

Tablo 4.5 *Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği Taslağına Ait KMO Değeri ve Bartlett Küresellik Test Sonuçları* *41*

Tablo 4.6 *Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeğinin ve Alt Boyutlarına ilişkin Açımlayıcı Faktör Analizi bulguları* *41*

Tablo 4.7 *Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği Taslağının Güvenirlik Analizi Sonuçları* *43*

Tablo 4.8 *Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği Taslağının Ölçüm Modelinin Uyum İndeks Değerleri ve İyi Uyum Değerleri* *44*

Tablo 4.9 *Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği Maddeleri ile Gizli Değişkenler Arasındaki İlişkiler* *46*

Tablo 4.10 *Faktörler Arasındaki İlişkiler* *47*

Tablo 4.11 *Katılımcıların Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği Maddelerine Verdikleri Puanlara İlişkin İstatistikler* *48*

Tablo 4.12 *Katılımcıların THOÖ Maddelerine Verdikleri Puanlara İlişkin İstatistikler* *50*

Tablo 4.13 *Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı* *50*

Tablo 4.14 *Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin KPHTYÖ ve THOÖ Alt ve Toplam Alabilecekleri Alt ve Üst Puanlar, Puanların Ortalama ve Standart Sapmaları* *52*

Tablo 4.15 *Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin KPHTYÖ ve THOÖ Ölçekleri ve Alt Boyutlarının Dağılımlarına İlişkin Normallik Bulguları 53*

Tablo 4.16 *Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeğine Ait Test-Tekrar Test Güvenirlik Katsayıları 54*

Tablo 4.17 *Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Katsayıları 55*

Tablo 4.18 *Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre KPHTYÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 56*

Tablo 4.19 *Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre THOÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 59*

Tablo 4.20 *Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre KPHTYÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 62*

Tablo 4.21 *Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre KPHTKYÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarına İlişkin Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları (Sadece Anlamlı Farklılık Olanlar Dahil Edilmiştir) 65*

Tablo 4.22 *Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre THOÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 66*

Tablo 4.23 *Kronik psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin demografik özelliklerine göre THOÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarına ilişkin çoklu karşılaştırma testi sonuçları 68*

Tablo 4.24 *KPHTYÖ ve Alt Boyutları ile THOÖ ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular 70*

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bireylerin kendi yeteneklerinin farkında olması, yaşamda var olan stresler ile baş edebilmeleri, üretken biçimde çalışabilmeleri ve topluma katkı sağlamalarının ruhsal açıdan önemli özellikler olduğunu belirtmektedir(Dünya Sağlık Örgütü, 2013). Sağlık farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir" şeklinde tanımlamaktadır (DSÖ, 1946). Günümüzde bu tanım farklı eleştiriler almaktadır ve sağlığın tanımı geliştirilerek farklı şekillerde ifade edilmektedir. Sağlık bireyin istek ve gereksinimlerini karşılayabilme düzeyi olarak da tanımlanmaktadır. Sağlık subjektif ve objektif olarak ayrı ayrı da ele alınmaktadır. Subjektif olarak sağlık; bireyin kendi sağlığını nasıl algıladığını ifade etmektedir. Birey hasta olduğu halde kendini sağlıklı hissedebilmektedir. Objektif sağlık ise; bireyin muayene edildikten ve tanı testleri uygulandıktan sonra hastalık belirtilerine rastlanmamasıdır (Öz, 2010).

Ruh sağlığı, günümüzde eskisinden çok daha fazla konuşulan ve önem verilen bir konu haline gelmiştir. Bu değişimin arkasında yatan birçok etken vardır. Öztürk (2004) tarafından yapılan araştırma da bu görüşleri desteklemektedir. Araştırmaya göre, ruhsal hastalıkların bireylerin yaşam kalitesini ne kadar olumsuz etkilediği ve bu durumun toplumlar için ne kadar önemli bir maliyet oluşturduğu vurgulanmaktadır (Öztürk, 2004).

Bireylerin psikiyatrik hastalığa sahip olup olmamaları DSM-5 tanı kriterleri ile belirlenmektedir. Ruhsal hastalık, tanımlanabilir tanıları olan tüm psikiyatrik bozuklukları ifade etmektedir. Fiziksel sağlık ile zihinsel sağlık arasında güçlü bir ilişki vardır: Kötü fiziksel sağlık, zihinsel sıkıntı ve bozukluklara, zayıf zihinsel sağlık ise fiziksel sorunlara yol açabilmektedir. Ruh sağlığı insanlara rasyonel düşünme, iletişim becerileri, öğrenme, duygusal gelişim, dayanıklılık ve özgüven kapasitesi sağlamaktadır. Ruhsal olarak sağlıklı olan bireylerin özellikleri; rasyonel düşünme, etkili başa çıkma, esneklik, oto-kontrol, öz farkındalık, gelişime açık, kişisel bakımını

üstlenebilme, keyifli ve eğlenebilme, olumlu benlik kavramına sahip olma, öğrenmeye açık ve üretken olma, etkili iletişim ve anlamlı ilişkiler kurabilme şeklinde sıralanmaktadır (Halter, 2018).

Psikiyatrik hastalık tanısı alan bireyler bu süreçte ayaktan tedavi edilebildiği gibi klinik yatış ile de takip edilebilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2001). Psikiyatrik hastalık tanısı almış bireylerin kliniğe yatışlarının yapılmasının birincil amacı; hastalık belirtilerinin azaltılarak topluma uyumlu bir şekilde yaşamlarını devam ettirmelerinin sağlanmasıdır (Güleç ve Köroğlu, 1998). Kliniğe başvuran kişilerin çoğunluğunun iç görüye sahip olmadığı, iç görüye sahip olanların ise geleneksel uygulamalara başvurdukları (Dini ritüeller, tıp dışı yöntemler vb.) için klinik başvuruları olmamaktadır (Fidaner, 1995; Gülerce, 1990).

Türkiye'de psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların çoğunluğu kronik psikiyatrik hastalıklardan biri olan şizofreni tanısı ile takip edilmektedir. Dikkat çeken bir durum ise psikiyatrik hastalığa sahip olan birçok kişinin kliniklere başvurmadıklarıdır (Arkar, 1991; Gülerce, 1990; Gürhan, 1999). Psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerin psikiyatri kliniğindeki ortalama yatış süresi diğer bölümlere göre uzun olarak bilinmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2001). Kısa süreli yatışlardan çoğu birey yarar görmekte ve kliniğe başvurmadan önceki işlevselliğe yeniden ulaşabilmektedir (Sadock vd., 2017). Kısa süreli yatışlardan fayda görmemiş olan hastalar uzun süreli yatışlara ihtiyaç duymaktadır. Tüm psikiyatrik hastalık tanısı almış bireyler içinde uzun süreli yatışa ihtiyaç duyan bireylerin sayısı % 10-30 oranındadır (Özçelik vd., 2002). Bu yatışların kısa süre içerisinde tekrarladığı hastalara sıklıkla rastlanmaktadır. Türkiye'de bir üniversite hastanesinde psikiyatri kliniğine tekrarlayan yatışların oranı %17.5 olduğu bildirilmektedir (Şener, 2020). T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planını göre; taburculuktan sonraki psikiyatri kliniğine yeniden yatış oranı bilinmemekle birlikte 2022 yılında ve 2023 yıllarında %10 oranında azalma göstermesi hedeflenmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2021).

Tekrarlayan klinik yatış; tanı almış bireyin ilk yatışından sonra belirli aralıklarla kliniğe tekrar yatışının yapılması olarak belirtilmektedir (Kaya vd., 2018). Bireylerin klinik yatış yapılarak uygulanan tedavinin ardından taburculukları

yapılmaktadır fakat taburculuk sonrası ailesel ve bireysel faktörler, sunulan hizmet, toplum yapısı gibi nedenlerle tekrarlayan klinik yatışların yapıldığı bilinmektedir (Mınott, 2008; Jencks vd., 2009; Schairer vd., 2014). Yapılan bu tekrarlı yatışlar 'Döner Kapı Fenomeni' olarak da isimlendirilmektedir (Gastal vd., 2000). Bu tekrarlayan yatışların bazılarının kaçınılmaz olduğu, çoğunluğunun ise önlenebilir olduğu belirtilmektedir (Intelligence, 2011). Önlenebilir olması dolayısıyla bu yönde; sağlık politikaları, bakım kalitesini artırma, sağlık maliyetini azaltmak amacıyla çalışmalarının yapıldığı dikkat çekmektedir (Mınott, 2008; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Psikiyatri hemşireleri; klinikte çalışan ve hizmet veren ekibin önde gelen üyesidir. Tedavi planına katılım, hasta bakımı, eğitim ve danışmanlık psikiyatri hemşirelerinin başta gelen görev ve sorumluluklarıdır (Evrensel vd., 2016). Bu nedenle klinik yatışlarda tekrarın önlenmesi sürecinde psikiyatri hemşiresinin etkisi ve sorumlulukları bulunmaktadır. Yataklı servislere yapılan tekrarlı yatışların neden ve sıklığı bilindiği durumda hemşire; klinik kabul ve taburculuk sürecinde bakım planlarını bireye özel olarak hazırlamaktadır (Ruppor vd., 2016; Alken ve Nural, 2017).

Yapılan bir çalışmada, bir psikiyatri kliniğine yatışı yapılan tüm hastaların %30.5'i (n=400) iki ve daha fazla, %11.6'sı (n=152) üç ve daha fazla kez tekrar yatışı yapıldığı sunulmaktadır (Barnett, 2020). Tekrarlayan yatışı etkileyen birçok risk faktörü olduğu farklı çalışmalarda sunulmaktadır. Malawi'de yapılan bir çalışmada psikiyatri kliniklerine yeniden kabul ile kasıtlı ilaç uyumsuzluğu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Ortiz, 2019).

Psikiyatri kliniklerine yatışı yapılan kronik psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerin tekrarlı klinik yatışları, hem hastayı olumsuz yönde etkilemesi hem de hastane maliyetini artırması dolayısıyla önem kazanmaktadır. Literatür incelendiğinde psikiyatrik hastalıklarda tekrarlayan klinik yatışları etkileyen risk faktörlerinin incelendiği birçok çalışma olduğu görülmektedir. Bu çalışmaların yürütüldüğü süreçte veri toplama aracı olarak çalışma sahipleri tarafından oluşturulan klinik veri toplama formları kullanılmaktadır. Psikiyatri kliniklerine tekrarlayan yatışlara yönelik değerlendirme içeren bir ölçek bulunmaması dolayısıyla alana geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirmek amaçlanmıştır. Geliştirilen ölçeğin yetişkin psikiyatri kliniklerinden taburculuk öncesinde kronik psikiyatrik hastalığa sahip bireylere uygulanarak yeniden

yatış riskini değerlendirmek ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde takipli olan bireylerin takip sürecinde uygulanarak yatış riskini değerlendirmek açısından kullanılabileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Kronik psikiyatrik hastalık tanılı bireylerin tekrarlayan yatış riskini değerlendirmek amacıyla literatüre kronik psikiyatrik tanılı bireylere özel geniş kapsamlı bir ölçek kazandırılmak hedeflenmiştir. Geliştirilen bu ölçek ile psikiyatri kliniğine yatırılan kronik hastalık tanılı bireylerin tekrarlayan yatış riski değerlendirilerek bunun önüne geçilmesi için önlemler alabilmeyi ve bununla birlikte de maliyeti de azaltabilmeyi sağlaması beklenmektedir.

Araştırma Soruları

1. Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Olan Bireylerin Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği (KPHTYÖ) uygun ve geçerli maddeler içermekte midir?
2. KPHTYÖ maddeleri arasındaki ilişki uyumlu mudur?
3. KPHTYÖ maddeleri birbiri ile tutarlı mıdır?
4. Yetişkin psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özellikleri ile KPHTYÖ arasında fark var mıdır?
5. Yetişkin psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özellikleri ile Taburculuğa Hazır Oluş Ölçeği (THOÖ) arasında fark var mıdır?
6. KPHTYÖ maddeleri ile THOÖ maddeleri arasındaki ilişki uyumlu mudur?
7. Yetişkin psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören kronik psikiyatrik hastalık tanılı bireylerde uygulanan KPHTYÖ geçerli ve güvenilir midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık ve Hastalık

Sağlık ve hastalıkla ilgili yeni kavramlar ve kuramlar gelişerek devam etmektedir ve günümüzde de bu değişim ve gelişimlerle birlikte sağlık bakımının amaçları da şekillenmektedir. Sağlık; biyolojik bilimler, sosyal bilimler ve davranış bilimleri tarafından da incelenmektedir. Her bir bilim sağlığı kendi doğasına göre farklı şekillerde tanımlamaktadır. Bu bilimlerin yanı sıra hemşirelik kuramcıları da sağlığı farklı açılardan ele alarak tanımlamaktadırlar. Florence Nightingale sağlığı; bireyin kendisinde var olan potansiyeli en üst seviyede kullanması ve iyi olma hali olarak tanımlamaktadır. Sağlığın geleneksel tanımlarına bakıldığında yalnızca bireyin hasta olan uzuvu veya hastalığa odaklanıldığı ancak bireyin bir bütün olarak ele alınmadığı dikkat çekmektedir. Geleneksel kuramlarda sağlık 'iyi oluş hali', hastalık ise 'fiziksel rahatsızlık' şeklinde tanımlanmaktadır. Günümüzde 'bütüncül sağlık' olarak ifade edilen sağlık; her bireyin kendine özgü fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yönden bir bütün olduğu ve sağlık ve hastalığın birbirinden ayrılmadan ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır (Öz, 2010).

2.2. Ruhsal Sağlık ve Hastalık

Ruh sağlığı, 'kişinin kendi kendisiyle ve çevresiyle dinamik bir denge ve uyum içerisinde olması' olarak tanımlanmaktadır (Güleç ve Köroğlu, 1998; Kaptan, 1996; Buldukoğlu, 2001). Ruhsal bozukluklar çoğunlukla işlevsellik alanında bozulmalar ile ilişkilendirilmektedir ve farklı türde ruhsal bozukluklar vardır. Dünyada her 8 kişiden 1'i bir ruhsal bozukluk yaşamaktadır (WHO, 2022). Ruhsal bozukluklarda karşımıza çıkan en yaygın olanları anksiyete ve depresif bozukluklardır (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2022). Ruh sağlığını güçlendirebilmek için; sağlık çalışanını eğitmek ve desteklemek; halkı bilgilendirmek ve eğitmek gerekmektedir (WHO,2022).

Pek çok faktör, akıl hastalığının şiddetini ve ilerlemesini etkileyebileceği gibi, akıl hastalığı olmayan bir kişinin ruh sağlığını da etkileyebilir. Bireysel özellikler ve nitelikler, sosyoekonomik koşullar ve çevre de ruh sağlığını etkilemektedir. Bireysel

nitelikler, bizi biz yapan doğuştan gelen ve öğrenilen özellikleri ifade etmektedir. Her bireyin düşünce ve duyguları yönetme ve yaşamın günlük stresleriyle baş etme konusunda benzersiz yöntemleri vardır. Sosyal ipuçlarına yanıt verme ve sosyal aktivitelere katılma yeteneği, kendimize ve başkalarının bizi nasıl gördüğüne dair görüşümüzü etkilemektedir. Bununla birlikte biyolojik ve genetik faktörler de ruh sağlığını etkilemektedir (Halter, 2018).

Ruh sağlığı bozulan bireyin özelliklerine bakıldığında; duygu, düşünce ve davranışlarda farklı derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik dikkat çekmektedir. Bu durumların sürekli ve tekrarlayıcı olması, belirli durumlarda sorunların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Ortaya çıkan sorunlar; iş hayatında bozulmalar, özel hayatta sıkıntıların ortaya çıkması ve bireyin verimliliğinin düşmesi şeklinde olabilmektedir (Demirci,1996; Demirel,1997).

DSÖ'nün Kapsamlı Ruh Sağlığı Eylem Planı 2013-2030 hedefleri içerisinde ruh sağlığını geliştirmeye ve önlemeye yönelik stratejilerin uygulanması ve ruh sağlığı için bilgi sistemlerini, kanıtları ve araştırmaları güçlendirmek yer almaktadır (WHO, 2013).

Ruhsal bozuklukların maliyetinin genel sağlık bakım maliyenin çok üzerinde olduğu bilinmektedir. Kişi başına düşen topluma maliyeti en yüksek olan ruhsal bozukluk ise şizofrenidir ve en az maliyeti olanlar ise en yaygın görülen bozukluk olmalarının aksine depresif ve anksiyete bozukluklarıdır (WHO, 2022).

Ruhsal Bozukluklarda Sınıflandırma

Ruh sağlığında iki temel sınıflandırma sistemi vardır. Bunlar ICD ve DSM sistemleridir. Her iki sistem de sık sık güncellenmektedir. Sistemler arasında farklılıklar olduğu gibi çoğunlukla benzerlikler görülmektedir (Yüksel, 2006). Günümüzde ruhsal hastalıkların sınıflandırılmasında DSM-5 ve ICD-10 sistemleri kullanılmaktadır. DSM (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) , bozuklukları belirli kriterlere göre tanımlamaktadır. Yatarak tedavi, ayakta tedavi, kısmi hastaneye yatış, konsültasyon liyezon, klinikler, özel muayenehaneler ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılmaktadır. DSM ayrıca psikiyatrik bozuklukların tanısına ilişkin epidemiyolojik istatistiklerin toplanmasına yönelik bir araç olarak da hizmet vermektedir (Halter, 2018). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)

tarafından yayımlanan DSM-5'e göre ruhsal hastalık sınıflandırması yapılmaktadır (APA, 2013).

Ruh Sağlığı Hemşireliği

Psikiyatri-ruh sağlığı hemşireliği, yaşam boyu davranışsal sorunların, ruhsal bozuklukların ve eşlik eden durumların değerlendirilmesi, tanısı ve tedavisi yoluyla ruh sağlığını geliştirmeye adanmış hemşirelik uzmanlığıdır (American Nurses Association, 2014). Psikiyatri-ruh sağlığı hemşireleri yaşamları boyunca çocuklarla, ergenlerle, yetişkinlerle ve yaşlılarla çalışmaktadır. Psikiyatri-ruh sağlığı hemşireleri, uzun süreli ruhsal hastalığı olanların yanı sıra krizde olan veya yaşam sorunları yaşayan kişilere de yardımcı olmaktadırlar. Psikiyatri-ruh sağlığı hemşireleri her hemşirelik ortamında bireylerle, ailelerle ve gruplarla çalışmaktadır (Halter, 2018).

2.3. Kronik Psikiyatrik Hastalıklar

Kronik psikiyatrik hastalıklar, uzun süre devam eden ve genellikle kişinin günlük yaşamını ve işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen ruhsal bozukluklardır (Dünya Sağlık Örgütü, 2023). Bu hastalıklar, kişinin düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını etkileyerek iş, aile ve sosyal ilişkilerinde sorunlara yol açabilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2017). Yaygın kronik psikiyatrik hastalıklardan biri olan şizofrenide; gerçeklik algısı bozulmakla birlikte halüsinasyonlar ve sanrıların eşlik ettiği bir psikotik tablo görülmektedir (APA, 2013).

Bir diğer kronik psikiyatrik hastalıklardan Bipolar bozukluk; aşırı duygu durum dalgalanmalarını içeren bozukluktur. Hastalık sürecinde birey; mani ve depresyon dönemleri yaşamaktadır (Kaplan & Sadock, 2017). Depresif bozuklukta ise uzun süre devam eden üzüntü, umutsuzluk ve ilgi kaybı görülmektedir (APA, 2013).

Yaygın anksiyete bozukluğu, panik atak bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu gibi farklı türleri olan Anksiyete bozukluklarında aşırı endişe ve korku belirtileri dikkat çekmektedir. Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) ise takıntılı düşünceleri ve kompulsif davranışları içeren bir ruhsal bozukluktur (APA, 2013).

Kronik psikiyatrik hastalıkların kesin nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte, genetik, çevresel ve biyolojik faktörlerin bir kombinasyonundan etkilendiği düşünülmektedir (Kaplan ve Sadock, 2017). Kronik psikiyatrik hastalıkların tedavisinde farmakoloji tedavisi, psikoterapi ve sosyal destek gibi farklı tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (Türkiye Ruh Sağlığı Derneği, 2023).

2.4. Psikiyatri Kliniklerine Yatış

Ruh sağlığı hizmetinde; insan merkezli, iyileşme odaklı ve insan haklarına dayalı bakım esastır (World Mental Health Report., 2022).

Psikiyatrik hastalık tanısı alan bireyler bu süreçte ayaktan tedavi edilebildiği gibi klinik yatış ile de takip edilebilmektedir(Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2001). Psikiyatrik hastalık tanısı almış bireylerin kliniğe yatışlarının yapılmasının birincil amacı; hastalık belirtilerinin azaltılarak topluma uyumlu bir şekilde yaşamlarını devam ettirmelerinin sağlanmasıdır (Güleç ve Köroğlu, 1998). Ruhsal bozukluğu sahip olan bireylerin hastanede yatarak tedavi görmeleri gerektiğinde ve sonrasındaki takiplerinde, kanıta dayalı ve insan onuruna yakışır biçimde, bakımın sürekliliği ilkesi de göz önüne alınarak yaşadıkları yerlerde sunulabilmesi gerekmektedir(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Kronik ruhsal hastalıkların tedavisinde hastaların klinikte yatış sürelerini azaltmaya yönelik bir yaklaşım benimsenmektedir (Kessler ve Ustun, 2008). Bu süreçte bireyin topluma entegrasyonunu artırmak, yatış maliyetlerini düşürmek, uygulanan tedavinin etkinliğini artırmak ve klinik yatış sürelerini azaltmak amaçlanmaktadır. Hastaların klinik ortamda uzun süre kalması, sosyal izolasyona ve toplumdan kopmaya yol açabilmektedir. Kısa süreli yatış ve toplumda destekleyici hizmetlerin artırılması, hastaların aileleri ve toplumla daha aktif bir şekilde etkileşimde olmalarına katkı sağlamaktadır (Thornicroft vd., 2016). Uzun süreli klinik yatışlar, hem sağlık sistemi hem de hastalar için önemli bir mali yük oluşturmaktadır. Kısa süreli yatış ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı, bu maliyetleri önemli ölçüde azaltmaktadır (Steel ve Marnane, 2012). Bazı araştırmalar, kronik ruhsal hastalıkların tedavisinde kısa süreli yatış ve yoğun ayakta tedavi programlarının, uzun süreli yatış kadar etkili olabileceğini göstermektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2023).

Klinik yatış sürelerini azaltmak amacıyla bir takım yöntemler uygulanmaktadır. Bu yöntemler: Yoğun ayakta tedavi programları, evde bakım hizmetleri ve ruh sağlığı danışmanlığıdır. Ayaktan tedavi programları; hastalara ilaç tedavisi, psikoterapi, grup terapisi ve diğer destekleyici hizmetleri sunmaktadır. Evde bakım hizmetleri; hastalara günlük yaşam aktivitelerinde yardımcı olmak ve semptomlarını yönetmek için eğitim ve destek sağlamaktadır. Ruh sağlığı danışmanlığı; hastalara ve ailelerine rehberlik ve destek sağlayarak, hastaların toplumda daha aktif bir şekilde rol almalarına yardımcı olmaktadır (Türkiye Ruh Sağlığı Derneği, 2023). Psikiyatri kliniklerine yatışı yapılan bireylerin taburcu olduktan kısa süre sonra da tekrar klinikte yatarak tedavi görmeye ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Tekrarlı yatış açısından risk faktörlerini araştıran hem Türkiye'de hem de Dünya'da birçok araştırma vardır (Şener, 2020; Chasan, 2019; Ortiz, 2019).

2.5. Psikiyatri Kliniklerine Tekrarlı Yatış ve İlişkili Faktörler

Hastaların yataklı tedavi kurumlarından taburcu olduktan kısa süre sonra tedavi gördükleri birime yeniden başvuruda bulunmaları 'Döner Kapı Olgusu' olarak adlandırılmakla birlikte bu durumu araştırmalar farklı bakış açılarıyla ele almaktadırlar (Turan vd., 2022). Bu durumu Roick ve arkadaşları 30 aylık süre içerisinde üçten daha fazla kez yataklı tedavi birimine başvuru olarak kabul etmektedirler (Roick vd., 2004). Botha ve arkadaşları ise; 18 aylık süre içerisinde üçten daha fazla kez tekrarlı başvuru yapılması durumda döner kapı olgusu olduğunu kabul etmektedirler (Botha vd., 2010). Genel olarak hastaneye tekrarlı yatış, bir hastanın taburcu olduktan sonra tekrardan aynı hastalık tanısı ile ya da ilk klinik yatıştaki nedenlere bağlı olarak belirli bir zaman diliminde tekrardan hastaneye yatışı anlamına gelmektedir (Peker, 2004).

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında; psikiyatri kliniklerine tekrarlı yatışların azaltılması, yataklı tedavi hizmetlerinin geliştirilmesi faaliyetlerinin içerisinde yer almaktadır. Ancak taburculuktan sonraki 1 yıl içerisinde yeniden yatış oranının tespitinin henüz yapılmadığı görülmektedir. Hedef ise, 2022 ve 2023 yılları için mevcut tekrarlı yatışın % 10 oranında azaltılmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

COVID-19 pandemisinin tekrarlı yatış oranları üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu görülmektedir. Pandemi sırasında, ruhsal sağlık hizmetlerine erişim zorlaşmış ve sosyal izolasyon artmıştır. Bu durum, hastaların semptomlarını yönetmesini zorlaştırmaktadır ve tekrarlı yatış riskini artırmaktadır (Kisely vd., 2021).

Tekrarlı yatış riskini azaltmada psikososyal tedavilerin ve hastalık yönetimi programlarının etkinliği vurgulanmaktadır. Özellikle bilişsel davranışçı terapi, aile terapisi ve psiko-eğitim gibi programların tekrarlı yatış oranlarını önemli ölçüde azalttığı görülmektedir (Correll vd., 2022).

Teknolojinin tekrarlı yatışı önlemede potansiyel bir rolü olduğu belirtilmektedir. Akıllı telefon uygulamaları, tele psikiyatri ve uzaktan hasta takibi gibi teknolojik çözümler, hastaların semptomlarını takip etmelerine ve destek almalarına yardımcı olabilmektedir (Torous vd., 2023).

Stigma ve ayrımcılığın tekrarlı yatış riskini artırdığına dair bulgular yer almaktadır. Ruhsal hastalıklarla ilgili farkındalığı ve eğitimi artırmak, stigma ve ayrımcılıkla mücadelede önemli bir adımdır (Thornicroft vd., 2023).

Psikiyatri yataklı servislerine tekrarlı yatış gerektiren risk faktörleri birçok çalışmada incelenmektedir. Connell ve ark., (2018) çalışmaları sonucunda sosyal destek kaynaklarının yetersizliğini tekrarlı klinik yatış için risk faktörü olduğunu belirtmektedirler. Zenardo ve ark., (2018) kadın olma, bekar olma, orta yaşlı olma, güvenebilecekleri çok daha az sayıda kişi olması, yetersiz psikososyal bakıma erişim, intihar girişimi ve riski, öz bakım eksikliği durumlarının varlığını tekrarlı klinik yatış için risk faktörü olarak belirtmektedirler.

Han ve ark., (2018) çalışmalarında tekrarlı yatış için risk faktörleri; kentsel bir bölgede ikamet etmek, tıbbi ek hastalıkları olmak, daha önce psikiyatrik yatışa sahip olmak, klinik yatışta 60 günden fazla kalış süresi ve üçüncü basamak hastanelerde tedavi görmek şeklinde ifade edilmektedir. Erkek hastaların tekrar kliniğe yatış riskinin kadınlara göre daha fazla olduğu da elde edilen veriler içerisinde yer almaktadır. 30 günlük yeniden kabul ve sık başvuru olasılığı da araştırma sonucunda elde edilen bir diğer bulgudur.

Ortiz'in (2019) çalışmasından elde edilen veriler incelendiğinde klinik tekrarlayan yatış için risk faktörleri; erkek olmak, İspanyol olmama, bekar olma, orta yaşlı olma, şizofreni ve psikotik bozukluk tanısına sahip olma, bir önceki yatış süresinin kısa olması, kişilik bozukluğu tanısına sahip olma, özel konut veya cezaevi dışında bir yerde yaşam sürme ve erken taburculuktur.

Aiello ve arkadaşlarının, (2021) çalışmasında ilk taburculuktan geri kabule kadar geçen süre arttıkça, yeniden kabul sayısının azaldığı elde edilen bulgular arasındadır. Kendine zarar verme girişimi davranışları ve yatan psikiyatri hastaları da gelecekteki intihar girişimleri için yeniden hastaneye yatışlar için risk faktörü olarak belirtilmektedir. Davranışsal ve duygusal semptomların varlığı da klinik yeniden başvuru ile pozitif yönde ilişkili olarak belirtilmektedir. Tekrarlayan klinik başvuruları olan hastaların; olumsuz durumları düzeltmede güçlük yaşadıkları, yüksek fonksiyonel bozulma sergiledikleri ve anksiyete bozuklukları, duygu durum bozuklukları gibi psikopatolojiler için yüksek risk altında olduğunu göstermektedir. Burada duygusal düzensizliği tanımanın riski azaltacağı belirtilmektedir. Yapılan incelemeler sonucunda kendine zarar verme riski, duygusal ve davranışsal düzensizlikler risk faktörü olarak sunulmaktadır.

Barnet ve ark. (2021) çalışmalarında yaptıkları incelemeler sonucunda kasıtlı ilaç uyumsuzluğu birincil risk faktörü olarak belirtilmektedir.

Şener (2020) çalışmasında; ailede ruhsal hastalık varlığı, hiç evlenmemiş olma, duygu durum bozukluğuna sahip olma, şizofreni tanısına sahip olma, kısmi iyileşme ile taburcu edilme, ilaç uyumsuzluğu, organik hastalık öyküsüne sahip oldukları, erkeklerde kadınlara göre daha fazla tekrarlayan klinik yatış olduğunu belirtmektedir.

Chasan(2019), araştırmasında fiziksel hastalık varlığı, iç görünün azalması, gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması, başkalarına zarar verme davranışı, suisidal düşünce, yakınları ile yaşadıkları sosyal problemler, alkol madde kullanımı, ortalama yatış süresinin uzun olması, taburculuk sonrası kontrollere düzenli gelmeme durumlarını tekrarlı klinik yatış için risk faktörü olarak belirtmektedir.

Yapılan başka bir çalışmada psikiyatri kliniğine tekrarlayan yatışlarda risk faktörleri incelenmektedir. Meta-analiz yöntemi ile yapılan çalışmada, 12.823

katılımcıyı içeren 32 çalışma ele alınmaktadır. Analiz edilen araştırmalar sonucunda tekrarlayan yatış riskinin en önemli belirleyicileri; geçmiş psikiyatrik yatışlar, madde kullanımı, sosyal destek eksikliği ve evsizliktir (Özkan vd., 2020).

2.5.1. Tekrarlı Yatış Risk Faktörleri-Taburculuğa Hazır Olmama

Taburculuğa hazır olmama, tekrarlayan psikiyatri yatışlarının en önemli risk faktörlerinden biridir. Psikososyal müdahaleler, hastaların taburculuğa hazır olmalarını sağlayarak tekrarlayan yatış riskini azaltabilmektedir. Psikososyal müdahalelerin taburculuğa hazır olmama üzerindeki etkisi, müdahalenin türüne, süresine ve yoğunluğuna bağlıdır. Psikososyal müdahalelerin tekrarlayan psikiyatri yatış riskini %20-30 oranında, psikososyal eğitimin %15-20 oranında ve taburcu sonrası takibin ise %10-15 oranında azaltabileceğini belirtmektedir (Correll ve Watson, 2022). Taburcu olmaya hazır olmama ile tekrarlayan psikiyatri yatışları arasında güçlü bir ilişki olduğunu ve taburcu olmaya hazır olmayan hastaların tekrarlayan yatış riskinin 2,5 kat daha yüksek olduğunu bildirilmektedir (Kisely vd., 2021). Psikososyal müdahalelerin taburcu olmaya hazır olmama durumunu ve tekrarlayan psikiyatri klinik yatış riskini önemli ölçüde azaltabileceği ifade edilmektedir (Chong vd., 2022). Taburcu sonrası takip programlarının tekrarlayan psikiyatri yatış riskini %15 oranında azaltabileceği bildirilmektedir (Yanos vd., 2023).

2.5.2. Tekrarlı Yatış Risk Faktörleri-Tedavi Uyumsuzluğu

Tedaviye uyum, bireyin önerilen tıbbi tedaviye uyum sağlayabilmesi olarak ifade edilmektedir. Tedavi uyumsuzluğu ise; önerilen tedavinin uygun şekilde kullanılmaması, poliklinik kontrollerine beklenen oranda katılım sağlanmaması ya da hiç katılımın olmaması durumudur (Demirkol, 2016). Bir kişinin tedaviye uyumlu olduğunun söylenebilmesi için, kişinin önerilen ilaç tedavisini uygun ve düzenli bir şekilde kullanması poliklinik kontrollerine düzenli gelmesi, tedavi sürecini tamamlaması ve beklenilen davranış değişikliklerini gerçekleştirebilmesi gerekmektedir(Demirkol ve Toman, 2016).

Tedavi uyumsuzluğunun ortaya çıkardığı olumsuz durumun önüne geçmek ve uyumsuzluğu azaltmak veya ortadan kaldırmak amacıyla; aile ve birey birlikte ele

alınarak bilgi vermek, ilaçlar hakkında eğitim planlanması ve ilaç uyumunun sık değerlendirilmesi önerilmektedir (Tezcan, 2017).

Kullanılan ilaçların yan etkilerini de göz ardı etmemek gerekmektedir. Bu durum ise yine tedaviye uyumu olumsuz yönde etkileyen önemli faktörlerdendir (Majer ve vd., 2015; Devrimci ve Özgüven, 2021). Uzun etkili antipsikotik kullanımı ise tedavi uyumsuzluğunda olumlu etkiye sahip olup uyumsuzluğu azaltmaktadır. Bu uzun etkili enjektabl antipsikotikler hem yanlış ilaç kullanım riskini azaltmakta hem de tedavi uyumunun sağlanması yönünde etkili olmaktadır (Correll ve ark., 2016; Kishimoto vd., 2018). Literatür incelendiğinde uzun salınımlı antipsikotiklerin kullanımı hem klinik yatışı azaltmada hem de nüksün önüne geçmede oral antipsikotiklere göre daha etkili olduğu görülmektedir (Özdemir, 2022).

Kronik psikiyatrik hastalıklardan olan bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarını ele alan bir çalışmada tedavi uyumu iyi olanların yaşam kalitesinin de paralel olarak arttığı sonucuna varılmaktadır (Gürmen, 2018). Başka bir çalışmada ise iç görü ve tedavi uyumu arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Özdemir vd., 2018). Farklı hastalıklar ve farklı çalışmalar arasında büyük bir çeşitlilik olsa da, genel olarak tedavi uyumluluğu oranlarının %50 civarında olduğu bildirilmektedir (Kisely vd., 2023). Şizofrenik bozuklukta tedavi uyumluluğu oranları %50-70 arasında değişmektedir (Correll ve Watson, 2022). Bipolar bozuklukta tedavi uyumluluğu oranları %40-60 arasında olduğu bildirilmektedir (Chong vd., 2022). Depresyonda ise tedavi uyumluluğu oranları %50-80 arasında ifade edilmektedir (Yanos vd., 2023). Anksiyete bozukluklarında tedavi uyumluluğu oranları %50-70'dir (Özkan vd., 2020).

Tedavi uyumluluğu oranlarını etkileyen faktörler hastalıkla ilgili, hasta ile ilgili olanlar, tedavi ile ilgili olanlar ve sağlık sistemi ile ilgili olanlar şeklinde dört ayrı grupta ele alınmaktadır. Hastalıkla ilgili faktörler: Hastalığın şiddeti, semptomların sıklığı ve hastanın hastalığa ilişkin algısıdır (Kisely vd., 2023). Hasta ile ilgili faktörler ise; hastanın yaşı, eğitim seviyesi, sosyoekonomik durumu, inançları ve değerleri, madde kullanımı ve stigma ve ayrımcılığa maruz kalmasıdır (Correll ve Watson, 2022). Tedavi ile ilgili faktörler; tedavinin yan etkileri, tedavinin karmaşıklığı ve hastanın tedaviye olan inancıdır (Chongl vd., 2022). Sağlık sistemi ile ilgili faktörler; sağlık hizmetlerine erişimin

zorluğu, randevu bulma zorluğu ve sağlık hizmetlerinin maliyetidir (Yanos vd., 2023).

Ağır ruhsal bozukluklarda antipsikotik tedaviye uyumsuzluğun nedenlerini incelemek amacıyla yapılan bir araştırmada 1 Ocak 2005 - 10 Eylül 2015 tarihleri arasında MEDLINE'da yayınlanan makaleler taranarak 36 makale analiz edilmiştir. Araştırma bulgularında elde edilen sonuca göre uyumsuzluk 11 kategoride tanımlanmaktadır. En sık uyumsuzluk nedenleri: Zayıf iç görü (%55,6), madde bağımlılığı (%36,1), ilaçlara karşı olumsuz tutum (%30,5), ilaç yan etkileri (%27,8) ve bilişsel bozukluklardır (%13,4). Kasıtlı uyumsuzluğun temel nedeni: İlaçlara karşı olumsuz tutum ve zayıf iç görüdür (Velligan vd., 2017).

Şizofreni hastalarında atipik antipsikotik ilaçları kullanmaya devam etmenin 1 yıllık süresini ve bu ilaç kullanma süresinin hastane ve acil servise başvuru oranı üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapılan bir araştırmada; oral atipik antipsikotik kullanmaya başlayan 13.007 hasta 12 ay boyunca takip edilmiştir. Hastalar oral antipsikotikleri ortalama 135 gün kullanmaya devam etmişlerdir. Araştırma bulguları sonucunda oral antipsikotik kullanmaya devam edip ilacı bırakmayan hastaların ilacı bırakan hastalara göre hastane yatışları ve acil servis başvurularının daha az olduğu görülmüştür (Richards vd., 2024).

Tedavi uyumunu artırmak için birçok müdahale kullanılmaktadır. Bu müdahalelerden biri olan psikososyal müdahaleler; hastalara hastalıkları hakkında bilgi ve beceri kazandırmak, başa çıkma mekanizmalarını geliştirmelerine yardımcı olmak ve sosyal destek sistemlerini güçlendirmek amacıyla yapılan uygulamalardır (Correll ve Watson, 2022). Bir diğer müdahale olan psikososyal eğitim; hastalara ve ailelerine tedavi süreci hakkında bilgi vermek ve tedavinin önemini vurgulamak amacıyla uygulanmaktadır (Kisely vd., 2023). Bunlarla birlikte ilaçların yan etkilerinin de yönetilmesi gerekmektedir. Yan etkileri yönetmek için ilaç dozunu ayarlanabilmekte veya farklı bir ilaç kullanılmaktadır (Chong vd., 2022). Sonuç olarak, tedavi uyumluluğu psikiyatrik tedavinin başarısında en önemli faktörlerden biridir. Tedavi uyumluluğunu artırmak için birçok müdahale kullanılabilir ve bu müdahalelerin etkili olduğu yapılan araştırma bulgularında görülmektedir.

2.5.3. Tekrarlı Yatış Risk Faktörleri -Psikoaktif Madde Kullanımı

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, alkol kullanımı her yıl 3 milyon ölüme neden olmaktadır ve bu da tüm ölümlerin %5,3'üne denk gelmektedir (WHO, 2018). Uyuşturucu madde kullanımı ise her yıl 500.000 ölüme neden olmaktadır bu da tüm ölümlerin %1,1'ine denk gelmektedir (WHO, 2019).

Yapılan bir araştırmada, alkol ve madde bağımlılığı olan kişilerin, olmayanlara göre 4 kat daha fazla tekrarlı psikiyatrik yatış yaşadığını bildirilmektedir(Grant vd., 2019). Alkol ve madde kullanımının, psikiyatrik bozukluğu olan kişilerde intihar riskini 3 kat artırdığını da veriler arasında yer almaktadır (Liu vd., 2020). Alkol ve madde kullanımının, psikiyatrik bozukluğu olan kişilerde şiddet riskini 2 kat artırdığını görülmektedir (Blanco vd., 2021). Alkol ve madde kullanımının, beyinde psikiyatrik bozukluklara yol açabilecek değişikliklere neden olduğunu bildirilmektedir (Volkow vd., 2022). Alkol ve madde kullanımının, psikiyatrik tedavinin etkinliğini %60'a kadar azaltabileceği ifade edilmektedir (Kessler vd., 2023). Bu bulgular doğrultusunda, alkol ve madde kullanımının tekrarlı psikiyatrik yatış için önemli bir risk faktörü olduğunu ve psikiyatrik bozukluğu olan kişilerde intihar, şiddet ve diğer riskleri artırdığını göstermektedir. Ayrıca, alkol ve madde kullanımının beyinde psikiyatrik bozukluklara yol açabilecek değişikliklere neden olduğu ve psikiyatrik tedavinin etkinliğini azalttığı da gösterilmektedir. Bu bulgular, alkol ve madde kullanımının önlenmesi ve tedavisinin, tekrarlı psikiyatrik yatışı önlemek için önemli olduğunu göstermektedir (Grant vd., 2019; Volkow vd., 2022; Kessler vd., 2023).

2.5.4. Tekrarlı Yatış Risk Faktörleri - Sosyal İşlevsellikte Azalma

Sosyal işlevsellik; kişilerarası ilişkileri sürdürebilme, kendine bakabilme, bir işte çalışabilme ve boş zamanlarda aktiviteler yapabilme şeklinde tanımlanmaktadır (Kasper, 1999). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde işlevsellik; bireylerin hastaneye başvurma durumunu ve hastalığın ilerleyişini önemli oranda etkileyen bir etmendir (Bellido, 2015; Kamenov vd., 2016). Anksiyete ve işlevsellik arasındaki ilişkinin önemini ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Kamenov vd., 2016; Stout vd. 2001).

Kronik psikiyatrik hastalıklardan biri olan şizofrenide; işlevselliğin ele alınması önem kazanmaktadır (Schooler, 2006) ve sosyal işlevselliğin büyük ölçüde bozulduğu belirtilmekte olup tedavi sürecinde antipsikotik ilaçların kullanımın yetersiz kaldığı için ilaç tedavisine ek olarak psikososyal yaklaşımlar da tedavi sürecine dahil edilmesi gerektiği belirtilmektedir (Doğan vd. 2002). Bu yaklaşımlardan bazıları ise; psikososyal beceri eğitimi, ailenin tedaviye dahil edilmesi ve bilişsel davranışçı terapi(BDT)dir (Çam ve Engin 2014). Bu psikososyal yaklaşımlar hastanede kalış süresini azaltmakla beraber yeniden hastalanmanın da oranını düşürmektedir (Çalışkan vd., 2021; Gümüş, 2006). Şizofrenide tekrarlayan klinik yatışlar ve işlevsellik arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu da kabul edilmektedir (Ulusoy ve Delice, 2015).

2.5.5. Tekrarlı Yatış Risk Faktörleri - İntihar-Öz kıyım Düşüncesi

Öz kıyım kavramı tek bir kişi tarafından tanımlanmamış, tarih boyunca farklı kültürlerde ve dönemlerde farklı şekillerde ele alınmıştır (Shneidman, 1981). Ancak, öz kıyımın ilk yazılı tanımı M.Ö. 4. yüzyılda Yunan filozof Aristoteles'in "Nikomakhos'a Etik" adlı eserinde rastlanmaktadır. Aristoteles, öz kıyımı "iradeli olarak ölüm" şeklinde tanımlar ve ahlaki açıdan kınanması gereken bir eylem olarak görmektedir (Aristotle, 1934). Bununla birlikte Antik Roma'da Seneca ve Plinius gibi yazarlar öz kıyımı bazı durumlarda meşru görebileceklerini savunmaktadırlar (Seneca, 1969). Orta Çağ'da ise Hristiyanlık öz kıyımı kesinlikle yasaklamış ve günah olarak kabul etmektedir (Aquinas, 1981). Modern dönemde öz kıyım 18. yüzyılda Fransız filozof David Hume tarafından "ahlaki bir zayıflık" olarak tanımlanmıştır (Hume, 1777). 19. yüzyılda ise psikolog Edwin Shneidman "intiharoloji" terimini icat ederek öz kıyımı bilimsel bir disiplin olarak incelemeye başlamıştır (Sheneidman, 1973). Günümüzde öz kıyım Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından "bir kişinin kendi kendine ölümüne yol açacak kasıtlı bir eylem" olarak tanımlanmaktadır. WHO'ya göre her yıl 700.000'den fazla insan intihar etmektedir. İntihar, 15-29 yaş arası ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (WHO, 2021). İngilizceye "suicide" olarak geçen " öz kıyım" kavramı TDK tarafından " bir kişinin toplumsal ve ruhsal sebeplerin etkisiyle kendi hayatına son vermesi" şeklinde tanımlanmaktadır(Oxforddictionaries, 2019; TDK, 2019).

Literatürde öz kıyım ile ilişkili olarak ümitsizlik kavramı dikkat çekmektedir. Bunun yanı sıra sosyal destek sistemlerini yeterliliği ile öz kıyım davranışında bulunma arasında da bir ilişki olduğu ifade edilmektedir. Durkheim, öz kıyımın farklı çeşitlerinden bahsetmektedir. Bunlar; kaderci öz kıyım, başkaları için öz kıyım, bencil öz kıyım ve kuralsızlıktan dolayı öz kıyım olarak ifade edilmektedir. Meninger'e göre ise öz kıyımın 3 bileşeni vardır. Bunlar; ölümü isteme, öldürülmeyi umut etme ve ölmeyi ummadır. Öz kıyım birey için bir çeşit çözüm yolu olarak görülebilmektedir. Literatürde, ruhsal hastalığa sahip olmak öz kıyım için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Buna ek olarak geçmiş öz kıyım öyküsünün olması, travma, madde kullanım ve aile içi ilişkilerde bozulmalar da öz kıyım için risk faktörlerindendir (Öz, 2010).

TÜİK verilerine göre kaba öz kıyım hızı 2017 yılında 3,82'dir(TÜİK, 2012). Öz kıyım davranışı psikiyatrik hastalıklara %90 oranında eşlik etmektedir (Öncü, 2017). Çoklu ruhsal hastalık olması ve bunların şiddetinin fazla olması da riski artırmaktadır (İsometsa, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2022 yılı verilerine göre her yıl yaklaşık 700.000 kişi intihar etmektedir. Bu da her 40 saniyede bir intihar gerçekleştiği anlamına gelmektedir. İntihar, 15-29 yaş arasındaki gençler için kaza ve cinayetlerden sonra üçüncü en büyük ölüm nedenidir. DSÖ'ye göre genel intihar oranı, 100.000 kişi başına 9,7'dir. Bu oran kadınlarda 5,4 iken erkeklerde 13,9'dur (WHO, 2022). İntiharın önlenmesi uluslararası bir önceliktir ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi intihar ölüm oranını 2030 yılına kadar üçte bir oranında azaltmayı hedeflemektedir (WHO, 2022).

Türkiye'de intihar istatistikleri Adli Tıp Kurumu tarafından yıllık olarak yayınlanmaktadır. 2018-2023 yılları arasında Türkiye'de intihar vakalarının yıllara göre dağılımı: 2018 yılında toplam 3.166(Kadın: 623), 2019 yılında 3. 262(Kadın: 649), 2020 yılın toplam 3.205(Kadın:646), 2021 yılında toplam 3.651 (Kadın: 700) ve 2022 yılında toplam 3.882'dir (Kadın: 724). Görüldüğü gibi yıllık intihar oranı artış göstermektedir ve erkeklerde intihar oranı kadınlara göre daha fazladır. 2022 yılı intihar vakalarının yaş gruplarına göre dağılımı: 15-24 yaş 344 kişi (Kadın: 75, Erkek: 269), 25-34 yaş 529 kişi (Kadın: 81, Erkek: 448), 35-44 yaş 643 kişi(Kadın: 104, Erkek: 539), 45-54 yaş 761 kişi (Kadın: 124, Erkek: 637), 55-64 yaş 821 kişi

(Kadın: 135, Erkek: 686) ve 65 yaş üstü 784 kişi (Kadın: 145, Erkek: 639) olduğu bildirilmektedir. İntihar vakaları en çok 15-24 yaş grubunda ve 65 yaş üstü grupta görülmektedir (Adli Tıp Kurumu, 2023).

Sağlık Bakanlığı verilerine göre: 2020 yılında acil servislere 10.873 intihar girişimi bildirilmiştir. 2021 yılında ise acil servislere 12.435 intihar girişimi bildirilmiştir ve 2022 yılında acil servislere 14.127 intihar girişimi bildirilmiştir. Sayının giderek arttığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Öz kıyım ve psikiyatrik hastalıkların arasındaki ilişkiye bakıldığında; öz kıyıma bağlı ölümlerin yanında majör depresif bozukluk olduğu tahmin edilmektedir (Öncü, 2017).

Grant ve arkadaşlarının çalışmasında alkol ve madde bağımlısı bireylerin , olmayanlara göre 4 kat daha fazla tekrarlı psikiyatrik yatış yaşadığını ve bu yatışların önemli bir kısmının öz kıyım nedeniyle olduğu görülmektedir (Grant vd., 2019).

Liu ve arkadaşlarının çalışmasında alkol ve madde kullanım durumunun, psikiyatrik hastalığa sahip bireylerde intihar riskini 3 kat, intihar girişimini ise 2 kat artırdığını ve bu girişimlerin birçoğunun klinik yatışla sonuçlandığı bildirilmektedir (Liu vd., 2020).

Blanco ve arkadaşlarının çalışmasında alkol ve madde kullanım durumunun , psikiyatrik hastalığa sahip bireylerde şiddet riskini 2 kat artırdığını ve bu şiddetin kendine veya başkalarına yönelik olabileceğini ve klinik yatışa sebep olabileceği elde edilen bulgular arasında yer almaktadır (Blanco vd., 2021).

Volkow ve arkadaşlarının çalışmasında alkol ve madde kullanım durumunun psikiyatrik hastalığa sahip bireylerde, beyinde psikiyatrik bozukluklara yol açabilecek değişikliklere neden olduğunu ve bu değişikliklerin öz kıyım riskini artırdığı görülmektedir (Volkow vd., 2022).

Kessler ve arkadaşlarının çalışmasında alkol ve madde kullanım durumunun, psikiyatrik tedavinin etkinliğini %60'a kadar azaltabileceğini ve bu durumun öz kıyım riskini de artırdığı belirtilmektedir. Bu bulgular, alkol ve madde kullanımının öz kıyım ve klinik yatış riskinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir(Kessler vd., 2023).

Öz kıyımın nedenleri şe şekilde sıralanmaktadır:

- Ruhsal hastalıklar: Depresyon, anksiyete, bipolar bozukluk, şizofreni gibi ruhsal hastalıklar öz kıyım riskini önemli ölçüde artırmaktadır.
- Madde kullanımı: Alkol ve madde kullanımı da öz kıyım riskini artıran faktörlerden biridir.
- Travma ve istismar: Çocukluk döneminde yaşanan travma ve istismar öz kıyım riskini artırmaktadır.
- Sosyal izolasyon: Sosyal olarak izole olan kişilerde öz kıyım riski daha yüksek olarak görülmektedir.
- Umutsuzluk: Umutsuzluk öz kıyımın en önemli risk faktörlerinden biridir.
- Ekonomik sorunlar: Ekonomik sorunlar da öz kıyım riskini artıran faktörlerden biridir.
- Ailevi sorunlar: Ailevi sorunlar da öz kıyım riskini artıran faktörlerden biridir (Öztürk, 2023).

Ergenlerde yetişkinlere göre intihar girişiminde bulunma olasılığı daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Ergenlerde intiharın en önemli risk faktörü depresyon olarak kabul edilmektedir. Ergenlerde intihar belirtileri genellikle yetişkinlerdekinden farklıdır. Ergenlerde intiharı önlemede erken teşhis etmek ve müdahale etmek önem kazanmaktadır. Bu durumda aile ve okul ilişkilerini incelemek, ergenlerde intiharı önlemede yol gösterici olmaktadır (Öztürk, 2016).

Ruhsal Hastalıklar ve Öz kıyım Arasındaki İlişki

Ruhsal hastalıklar beynin işlevini etkileyen ve düşünceleri, duyguları ve davranışları bozan bir dizi durumdur (APA, 2013). Ruhsal hastalıklar ve intihar arasında güçlü bir ilişki vardır. Ruhsal hastalığı olan kişiler, genel nüfusa göre intihar riski daha yüksektir (Kessler et al., 2005). Ruhsal hastalıklar arasında intihar riskini en çok artıranlar durumlar:

- Depresyon: Depresyon, en yaygın ruhsal hastalıklardan biridir ve intiharın en önemli risk faktörlerinden biridir. Depresyon tanısı konan kişilerin %15'i intihar girişiminde bulunur ve %2'si intihar sonucu hayatını kaybeder

- Anksiyete bozuklukları: Anksiyete bozuklukları da intihar riskini artırır. Panik bozukluğu tanısı konan kişilerin %10'u intihar girişiminde bulunmaktadır ve %1'i intihar sonucu hayatını kaybetmektedir

- Şizofreni: Şizofreni tanısı olan kişilerin %5'i intihar sonucu hayatını kaybetmektedir.

- Kişilik bozuklukları: Kişilik bozuklukları da intihar riskini artırabilmektedir. Örneğin, borderline kişilik bozukluğu tanısı konan kişilerin %10'u intihar sonucu hayatını kaybetmektedir (APA, 2013).

Ruhsal hastalıklar ve intihar arasındaki ilişkinin birçok nedeni vardır. Bunlardan bazıları:

- Umutsuzluk: Ruhsal hastalığı olan kişiler, geleceğe dair umutsuzluk ve çaresizlik duyguları yaşayabilirler. Bu da onları intihar düşünceleri ve planlarına yönlendirebilmektedir (Joiner, 2005).

- Düşünce bozuklukları: Ruhsal hastalığı olan kişiler, ölüm ve intihar hakkında çarpıtılmış düşüncelere sahip olabilmektedir (APA, 2013).

2.5.6. Sosyal Destek Kaynakları

Sosyal destek, bir bireyin aile, arkadaşlar, iş arkadaşları, komşular, dini topluluklar ve diğer sosyal gruplar gibi çevresinden aldığı duygusal, pratik ve maddi yardımdır (Akgül & Aycan, 2014). Bu destek, bireyin zorluklarla başa çıkmasına, stresi yönetmesine ve genel refahını geliştirmesine yardımcı olmaktadır (Yayla, 2016).

Sosyal desteğin faydaları: Ruhsal ve fiziksel sağlığı iyileştirir, stresi yönetmeye yardımcı olur, depresyon ve anksiyete riskini azaltır, özgüveni artırır ve yaşam kalitesini yükseltmektedir (Öztürk, 2020; Tarhan, 2017).

<u>Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Sosyal Destek</u>

Sosyal destek, ruhsal hastalığı olan kişiler için özellikle önemlidir. Bu kişiler birçok zorlukla karşılamaktadır. Bu zorluklar: Stigma ve ayrımcılık, yalnızlık ve

izolasyon, duygusal ve davranışsal semptomlar ve tedaviye uyum sağlamada zorluk şeklinde belirtilmektedir (Yayla, 2016; APA, 2013).

Sosyal destek, ruhsal hastalığı olan kişilerin; semptomlarını yönetmelerine, tedaviden daha fazla yararlanmalarına, nüksleri önlemelerine, sosyal ve mesleki işlevlerini iyileştirmelerine ve yaşam kalitelerini yükseltmelerine katkı sağlamaktadır (Öztürk, 2020; Tarhan, 2017). Sosyal Destek sağlarken bireyin aile ve arkadaşlarla iletişim kurmak sürece katkı sağlamaktadır (Akgül & Aycan, 2014). Bireyin toplumsal gruplara katılımını sağlanmalıdır (Yayla, 2016). Bu aşamada birey gönüllü faaliyetlere de yönlendirilebilmektedir (Tarhan, 2017).

Sosyal desteğin psikiyatri kliniğine yatış riskini azaltma potansiyeli:

- Yüksek sosyal destek: Güçlü sosyal bağları olan kişilerde psikiyatri kliniğine yatış riskinin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (Choi vd., 2016).
- Sosyal desteğin farklı biçimleri: Aile, arkadaşlar, dini gruplar ve diğer sosyal ağlardan gelen duygusal, pratik ve maddi destek, psikiyatri kliniğine yatış riskini azaltmada etkili olabilmektedir (Hammen, 2005).
- Sosyal desteğin psikiyatri kliniğinde yatış süresini kısaltma potansiyeli:
- Sosyal destek programları: Psikiyatri kliniğinde yatmakta olan hastalara yönelik sosyal destek programları, yatış süresini kısaltmada ve hastaların iyileşme sürecini hızlandırmada etkili olabilmektedir (Kessler et al., 2007).
- Aile ve arkadaşların katılımı: Hastaların aile ve arkadaşlarının tedavi sürecine aktif katılımı, yatış süresini kısaltmaya ve hastaların iyileşme sürecini desteklemeye yardımcı olmaktadır (Fenton vd., 2013).

Sosyal desteğin psikiyatri kliniğinde yatış sonrası nüks riskini azaltma potansiyeli:

- Sosyal destek grupları: Psikiyatri kliniğinden taburcu olan hastalar için sosyal destek grupları, nüks riskini azaltmada ve hastaların

toplumla yeniden entegrasyonunu kolaylaştırmada etkili olmaktadır (Davidson vd., 2005).

- Sosyal becerilerin geliştirilmesi: Hastaların sosyal becerilerini geliştirmeye yönelik programlar, nüks riskini azaltmada ve hastaların sosyal ve mesleki işlevlerini iyileştirmeye yardımcı olmaktadır (Liberman vd., 2002).

Hemşireler, hastaların sosyal destek ihtiyaçlarını değerlendirmede, sosyal destek programlarını planlama ve uygulamada ve hastalara ve ailelerine sosyal destek konusunda eğitim ve rehberlik sunmada önemli bir rol oynamaktadır (Videbeck, 2017).

Sosyal desteğin psikiyatri kliniğine yatış riskini azaltma potansiyeli:

- Türk Psikiyatri Derneği'nin 2018 yılında yaptığı bir araştırmaya göre, Türkiye'de de yüksek sosyal desteğe sahip olan kişilerde psikiyatri kliniğine yatış riskinin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (Türk Psikiyatri Derneği, 2018).

Türkiye'de ruh sağlığı hastalarının sosyal destek algıları ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bir araştırmada 250 ruh sağlığı hastasına anket uygulanmıştır. Anket, hastaların sosyo-demografik bilgilerini, sosyal destek algılarını ve yaşam kalitelerini değerlendirmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Araştırmanın bulguları ruh sağlığı hastalarının sosyal destek algıları yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkilediğini sunmaktadır. Hastaların aile ve arkadaşlarından aldıkları sosyal destek, yaşam kalitelerini en çok etkileyen faktörlerdir. Hastaların sosyal destek algıları arttıkça, yaşam kaliteleri de artmaktadır. Ruh sağlığı hastalarının sosyal destek algılarını ve yaşam kalitelerini iyileştirmek için psikososyal müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır (Yılmaz vd., 2023).

Öztürk ve Çetin'in (2022), ruh sağlığı hastalarında aile desteğinin sosyal işlevlerini yerine getirme becerilerine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları araştırmada 150 ruh sağlığı hastasına ve ailelerine anket uygulanmıştır. Anket, hastaların sosyo-demografik bilgilerini, aile desteğini ve sosyal işlevlerini değerlendirmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre ruh sağlığı hastalarının ailelerinden aldıkları destek, sosyal işlevlerini

yerine getirme becerilerini önemli ölçüde etkilemektedir. Hastaların ailelerinden aldıkları duygusal ve enstrümantal destek, sosyal işlevlerini en çok etkileyen faktörlerdir. Aile desteği arttıkça, hastaların sosyal işlevlerini yerine getirme becerileri de artmaktadır. Bununla birlikte ruh sağlığı hastalarının sosyal işlevlerini yerine getirme becerilerini geliştirmek için aile desteğini artırmaya yönelik müdahalelerin uygulanması gerekmektedir (Öztürk ve Çetin, 2022).

Ruh sağlığı hastalarında sosyal destek kaynaklarının nüks ve tedaviye uyuma katkısını incelemek amacıyla yapılan başka bir çalışmada 100 ruh sağlığı hastasına takip formu ve anket uygulanmıştır. Anket, hastaların sosyo-demografik bilgilerini, sosyal destek kaynaklarını, nüks ve tedaviye uyumlarını değerlendirmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.(kaynak ekle)

Araştırma bulguları incelendiğinde; ruh sağlığı hastalarının sosyal destek kaynaklarının nüks ve tedaviye uyum üzerinde önemli bir etkisinin olduğu görülmektedir. Hastaların aile, arkadaş ve meslektaşlarından aldıkları destek, nüks riskini azaltırken ve tedaviye uyumu artırmaktadır. Sosyal destek kaynakları arttıkça, hastaların nüks riski azalır ve tedaviye uyumu artmaktadır (Karataş ve Akdağ, 2021).

Yıldırım ve Özgür (2020), Türkiye'de ruh sağlığı hastalarının sosyal destek ağları ve iyileşme süreçleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmalarında 50 ruh sağlığı hastası ile görüşmeler yapmışlardır. Görüşmeler, hastaların sosyo-demografik bilgilerini, sosyal destek ağlarını ve iyileşme süreçlerini değerlendirmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular; ruh sağlığı hastalarının güçlü sosyal destek ağları, iyileşme süreçlerinde önemli rol oynadığını göstermektedir. Hastaların aile, arkadaş, meslektaş ve ruh sağlığı profesyonellerinden aldıkları destek, iyileşmelerini yardımcı olmaktadır. Sosyal destek ağları, hastalara duygusal ve pratik destek sağlayarak, başa çıkma mekanizmalarını geliştirmelerine ve iyileşme sürecini sürdürmelerine destek olmaktadır. Ruh sağlığı hastalarının iyileşme süreçlerini desteklemek için sosyal destek ağlarını geliştirmeye yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir (Yıldırım ve Özgür, 2020).

Ruh sağlığı hastalarında akran desteğinin psikososyal iyileşme üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan başka bir araştırmada 80 ruh sağlığı hastası

akran destek gruplarına yönlendirilmiş ve 6 ay boyunca takip edilmiştir. Hastaların psikososyal iyileşmeleri, başlangıçta ve 6 ay sonra çeşitli ölçümlerle değerlendirilmiştir. Araştırmanın bulguları incelendiğinde; ruh sağlığı hastalarında akran desteği, psikososyal iyileşme üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Akran destek gruplarına katılan hastaların, yalnız kalan hastalara kıyasla, semptomlarında azalma, sosyal becerilerinde gelişme, özsaygı ve yaşam doyumunda artış gözlemlenmektedir. Akran desteği, hastalara duygusal destek ve bilgi paylaşımı sağlayarak, başa çıkma mekanizmalarını geliştirmelerine ve psikososyal iyileşmelerini sürdürmelerine yardımcı olmaktadır. Ruh sağlığı hastalarının psikososyal iyileşmelerini desteklemek için akran destek gruplarının yaygınlaştırılması ve erişilebilirliğinin artırılması önerilmektedir (Erdoğan ve Doğan, 2019).

2.5.7. İç görü

Psikiyatride iç görü, bir kişinin ruhsal bir hastalığı olduğunu veya psikopatolojik belirtiler yaşadığını fark etme yeteneği olarak tanımlanır. Bu farkındalık, hastanın hastalığının doğası, nedenleri ve etkileri hakkındaki bilgiyi içermektedir (David, 1990). İç görü; Aubrey Lewis tarafından "kişinin kendinde ortaya çıkan morbid değişiklikleri doğru biçimde algılayabilmesi" şeklinde açıklanmaktadır (Lewis, 1934). Her ne kadar iç görü, çeşitli akıl hastalıkları olan kişiler için müdahalenin önemli bir odak noktası olsa da, bu alandaki araştırmaların büyük çoğunluğu şizofreni ile olan ilişkisine odaklanmaktadır (Ghaemi, 1997). Yüksek iç görü düzeyine sahip olan kişilerin daha iyi psikososyal işlevselliğe sahip olduğu ve klinik sonuçların daha iyi olduğu belirtilmektedir (Amador vd., 1993). Günümüzde ise iç görü; hastaların geçmiş ve şimdiki deneyimler arasındaki ilişkileri, tipik ilişki kalıplarını ve kişilerarası zorlukları, duygusal deneyimler ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkiyi anlamaları olarak tanımlanmaktadır (Jennissen vd., 2018).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)'nin şizofreni tanılı bireylerin hastanede yatarak tedavi görme sıklığı, hastalık belirtilerinin şiddeti, işlevsel açıdan iyileşme ve iç görü üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmaya, TRSM'de bir yıl ve daha fazla süre ile takip edilen 47 şizofreni hastası dahil edilmiştir Hastalara PANSS,

ŞİLÖ ve İÜBDÖ ölçekleri uygulanmıştır. Araştırma bulguları incelendiğinde; TRSM hizmetlerinden faydalanan hastaların hastaneye yatış sıklığı anlamlı derecede azaldı görülmektedir ($p<0.05$). TRSM hizmeti sonrası PANSS puanları anlamlı derecede düştü ($p<0.001$) ve TRSM hizmeti sonrası İÜBDÖ puanları anlamlı derecede arttığı da bulgular arasında yer almaktadır ($p<0.001$)(Çoker vd., 2021).

Bu çalışma, Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin (TRSM) bipolar bozukluk, şizofreni ve diğer psikozlar gibi psikiyatrik hastalıklarda hastaların iç görüsü, tedaviye uyumu, işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemiştir. Çalışmaya daha önce TRSM'den hiç faydalanmamış 88 hasta ve en az 6 ay TRSM hizmeti almış 88 hasta dahil edilmiştir. Hastalar, çeşitli klinik değerlendirme ölçekleri ile değerlendirilmiştir. Bu çalışma, TRSM'nin psikiyatrik hastalıklarda önemli bir tedavi seçeneği olduğunu ve hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirebileceğini göstermektedir (Şahin ve Elboğa, 2019).

2.6. Kronik Psikiyatrik Hastalık ile Kliniğe Tekrarlı Yatış Sürecinde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Psikiyatri hemşiresi, ruh sağlığı alanında hizmet veren tedavi ekibinin önemli bir üyesidir. Psikiyatri hemşiresinin hasta bakımı, tıbbi tanı ve tedavi planına katılma, eğitim ve danışmanlık gibi önemli görevleri bulunmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 2011). Psikiyatri hemşireleri, ruh sağlığı alanında kritik rol oynayan, hasta bakımı ve iyileşmesine katkıda bulunan değerli sağlık çalışanlarıdır. Ekibin önemli bir üyesi olarak, tekrarlayan yatış riskini önlemede de önemli görev ve sorumluluklar taşırlar. Psikiyatri hemşireleri, hastanın geçmişini, mevcut durumunu ve sosyal faktörlerini değerlendirerek tekrarlayan yatış riski taşıyan hastaları belirlerlemede rol almaktadırlar. Tekrarlayan yatışla ilişkili risk faktörlerini analiz ederek, hangi faktörlerin hastanın tekrar hastaneye yatırılma riskini artırdığını saptarlar ve her hasta için risk faktörlerine ve ihtiyaca göre kişiye özgü bakım, eğitim ve danışmanlık planları hazırlarlar (Şener, 2020).

Psikiyatri hemşireleri işlevselliği artırmak yönünde politika geliştirilirken hem hasta ve yakınıyla hem de tedavi ekibi ile birlikte sürece dahil olmalıdır. Bu süreçte özellikle psikiyatri hemşiresinin eğitici rolü ön plana çıkmaktadır ve tedavi uyumunun artırılmasında hasta ve yakınına bu yönde katkı sağlaması önem

kazanmaktadır (Kılınç, 2015).

Hemşire liderliğinde yürütülen eğitimlerin etkinliğini inceleyen araştırmaların derlendiği bir çalışmada eğitim oturumlarının hastaneye yeniden yatışların azaltılmasına, hastaneye yatışların azaltılmasına ve maliyet avantajına katkıda bulunduğunu saptanmıştır. Bunun yanı sıra, daha yüksek işlevsellik ve gelişmiş yaşam kalitesi de eğitimin sonuçları arasında yer almaktadır (Pirinç vd., 2018). Hemşire liderliğindeki bir eğitim programının, kronik kalp yetmezliği olan kırsal Çinli hastalarda hastanın öz yönetimi ve hastaneye yeniden yatışları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan benzer bir çalışmada ise; yapılandırılmış bir eğitim programının kırsal kesimdeki kronik kalp yetmezliği hastalarında ilaç uyumu, diyet değişiklikleri, sosyal destek ve semptom kontrolünde anlamlı bir iyileşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, bu program hastaneye yeniden yatışlarda önemli bir azalma ile ilişkilendirilmiştir (Cui vd., 2019).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

Araştırma ilişki arayıcı tipte olup evreni Ankara Şehir Hastanesi psikiyatri kliniğinde Şubat 2023 -Ocak 2024 tarihleri arasında yatarak tedavi gören kronik psikiyatrik hastalık tanısı almış olan bireylerden oluşmaktadır. Araştırmaya dahil edilen hastalardan Açık Rıza Beyanı ve Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-3) alınarak çalışılmıştır. Araştırma Verileri; 'Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlayan Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği'(Ek-2), 'Sosyodemografik Veri Formu'(Ek-4) ve 'Taburcu Olmaya Hazır Oluş Ölçeği'(Ek-8), 'ile toplanmıştır.

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma ilişki arayıcı tipte araştırma yöntemi ile yapılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin izinleri ölçek sahipleri tarafından yazılı olarak alınmıştır. Araştırmaya dahil olacak bireylerden Açık Rıza Beyanı ve Bilgilendirilmiş Onam Formu ile izin alınmıştır.

3.2. Araştırma Yapılan Yer ve Özellikleri

Araştırma için kurum izni Ankara Şehir Hastanesi Yetişkin Psikiyatri Kliniği'nden alınmıştır. Veri toplanan kliniğin geçmiş bir yıldaki yatış sayısı hastane istatistik biriminden talep edilmiştir ve 797 olarak bildirilmiştir.

Veri toplanan yataklı servisler genel hastane kulesi içeriisnde yer alan A ve B bloklardan oluşan 24 ve 21 yataklı olacak şekilde planlanan yetişkin psikiyatri klinikleridir. Klinikte tedavi gören bireylerin tanıları akut ve kronik olarak değişmektedir. Kronik psikiyatrik hastalığa sahip olan ve dahil edilme kriterlerine uygun olan bireylerden araştırmaya katılmayı kabul edenlere veri toplama araçları iletilmiştir. Bireyler ölçek ve bilgi formlarını bireysel olarak doldurmuştur ve ortalama 5-10 dakika içerisinde tamamlamışlardır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evreni Ankara Şehir Hastanesi yetişkin psikiyatri kliniğinde Şubat 2023 –Ocak 2024 tarihleri arasında yatarak tedavi gören bireylerden oluşmaktadır.

Araştırmanın örneklem sayısı geliştirilmesi planlanan ölçekte yer alacak olan maddelerin 10 katı olacak sayıda örneklem alınması kriterine uygun belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini Ankara Şehir Hastanesi yetişkin psikiyatri kliniğinde Şubat 2023 –Ocak 2024 tarihleri arasında yatarak tedavi gören kronik psikiyatrik hastalık tanılı bireylerden oluşmaktadır.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

Çalışmaya Ankara Şehir Hastanesi yetişkin psikiyatri kliniğinde belirlenen tarihlerde yatarak tedavi gören, kronik psikiyatrik hastalık tanısına sahip olan, okuryazar olan ve soruları cevaplamasına herhangi bir engeli bulunmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm bireyler dahil edilmiştir.

3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

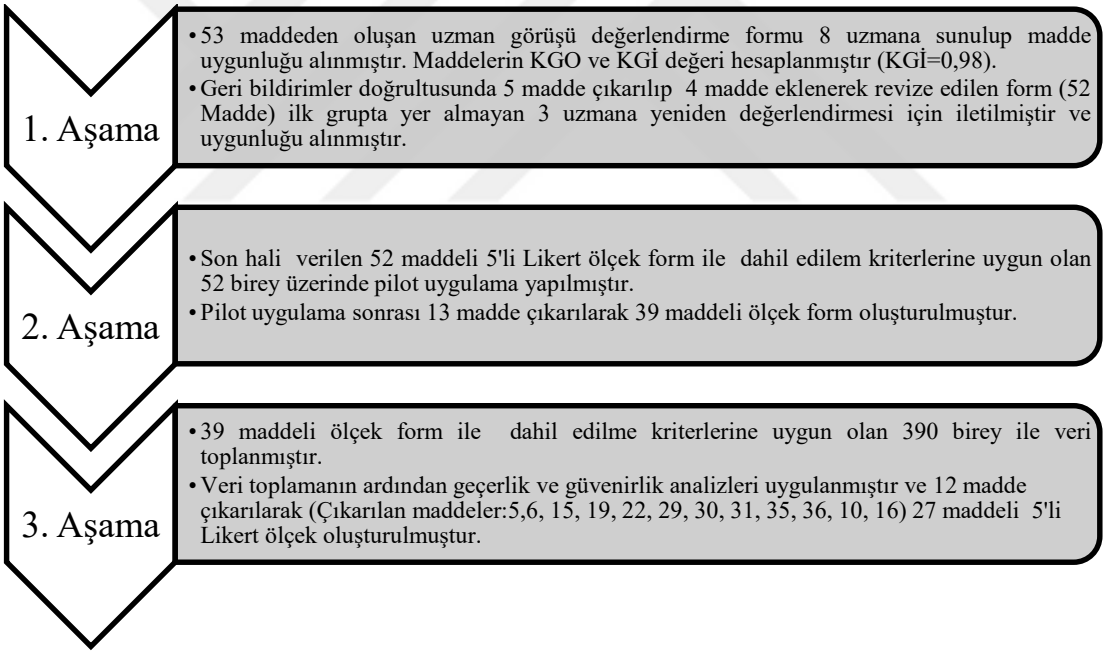
- Kronik psikiyatrik hastalığa sahip olmayan bireyler
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen bireyler
- Okuryazar olmayan bireyler
- Soru cevaplayabilecek bilişsel işlevselliğe sahip olmayan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma verilerinin toplanması esnasında araştırmaya katılan bireylere ve gerektiğinde bireylerin tayin edilmiş vasilerinden araştırma hakkında bilgi verilerek Bilgilendirilmiş Onam Formu(Ek-3) imzalatılarak sözlü ve yazılı izin alınmıştır. Ayrıca kurum izni Sağlık Bakanlığı'na bağlı Ankara Şehir Hastanesi yetişkin psikiyatri kliniğinden sorumlu etik kuruldan alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma iki aşamada yürütülmüştür. İlk olarak araştırmacılar tarafından "Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği" 'isimli bir ölçeğin geliştirilmesi için taslak maddeler belirlenmiştir. Bu maddeler literatüre dayalı olarak geliştirilmiş olup daha sonra alan ruh sağlığı alanında en az 8 uzman görüşüne sunulmuştur. Araştırmanın ikinci aşamasında ise geliştirilen ''Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği'' ve ilgili diğer ölçekler ile kullanılarak veri toplama işlemi yapılmaktadır. Bu aşamada ise Ankara Şehir Hastanesi yetişkin psikiyatri kliniğinde Şubat 2023 –Ocak 2024 tarihleri arasında yatarak tedavi gören kronik psikiyatrik hastalık tanısı almış bireylerden Onam Formu ile izin alındıktan sonra belirtilen veri toplama formların tamamı araştırmacılar tarafından uygulanmaktadır. Araştırmanın uygulanma sürecini içeren akış şeması Şekil.1'de yer almaktadır.



Şekil 3.1 *Araştırma Akış Şeması*

3.5.1. Ölçek Maddelerinin Oluşturulması ve Uzman Görüşlerinin Alınması

Literatür doğrultusunda oluşturulan taslak ölçek için 'Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçek Taslağı Uzman

Görüşleri Değerlendirme Formu' ile 8 uzmandan görüş alınmıştır. Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği'nin taslak formu, kapsam geçerliliğini değerlendirmek üzere Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nden 1 Profesör Doktor, 1 Doçent Doktor, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nden, 1 Klinik Psikolog, 1 Sosyal Hizmet Uzmanı, Giresun Üniversitesi'den 1 Doçent Doktor, Balıkesir Üniversitesi'nden 1 Profesör Doktor, Ankara Üniversitesi'nden 1 Uzman Hemşire ve Bursa Uludağ Üniversitesi'nden 1 Profesör Doktor olmak üzere 8 uzmanın görüşüne başvurulmuştur (Ek 11). Uzman görüşleri sonrası bu görüşler tek bir formda toplanarak maddeler revize edilmiştir. Revize edilen maddeler yeni bir uzman görüşü değerlendirme formunda toplanmıştır. Oluşturulan 'Revize Edilen Maddeler İçin Uzman Görüşü Değerlendirme Formu' ile yeniden alanında uzman kişilere iletilmiştir. Uzmanlar form üzerinde değerlendirmelerini yapmışlardır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda tekrardan form revize edilmiştir. Tüm değerlendirmeler sonucunda oluşturulan form (Ek-2) ile pilot uygulama için çalışmaya katılmayı kabul eden ve formu doldurmaya herhangi bir engeli bulunmayan 52 kişiye veri toplama formları iletilmiştir. Yapılan yeni değerlendirmeler ile soru bazlı kapsam geçerliliği alınmıştır. Ölçek maddelerinin oluşturulması aşamasında her bir maddenin geçerlilik ve güvenilirlik düzeyi hesaplanmaktadır.

3.5.2. Geçerlilik Çalışması

Ölçeğin geçerliliğinin değerlendirilmesi için kapsam ve yapı geçerliliğine bakılmaktadır.

Kapsam Geçerliliği: Ölçek için oluşturulacak olan maddelerin uygunluğunun yorumlanması ve kapsam geçerliliğinin saptanması amacıyla uzman görüşleri alınmaktadır. Ölçeği oluşturan her bir madde için uzman görüşü alınmıştır. Uzmanlar tarafından değerlendirilen ölçeğin Kapsam Geçerlilik Oranı(KGO) ve Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) incelenmektedir. KGO, ölçek maddelerinin kabul edilmesinde ya da reddedilmesinde kullanılan istatistiksel bir yöntemdir. KGO ile ölçek maddeleri tamamlandıktan sonra KGİ ölçeğin tamamı ile hesaplanmıştır. Ölçekte yer alan maddelerin KGO değeri ortalaması KGİ değerini vermektedir. Her bir madde için CVR(strict) ve CVR(relaxed) puanları hesaplanmaktadır.

Yapı Geçerliliği: Ölçekte yer alan değerlendirme maddelerinin arasındaki uyumu göstermektedir. Her Bir maddenin birbiri ile uyumlu olması gerekmektedir. Bu ölçeği yapı geçerliliğinin belirlenmesi için Açımlayıcı Faktör Analizi(AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi(DFA) yapılmaktadır.

Açımlayıcı Faktör Analizi(AFA); faktör yapısının incelenebilmesi için Kaiser-Meyer Olkin(KMO) test ve Barlett's Testi uygulanmaktadır. KMO, verilerin analizi için örneklemin yeterliliğini tespit etmektedir. Barlett's Testi değişkenler arasındaki korelasyonun yeterli olma durumuna karar vermektedir.

Doğrulayıcı Faktör Analizi(DFA); AFA ile elde edilen sonuçların geçerliliğinin tespit edilebilmesi için uygulanmaktadır.

3.5.3. Güvenilirlik Çalışması

Güvenilirlik, bir testin veya ölçeğin tutarlı ve istikrarlı sonuçlar verip vermediğini gösteren bir ölçüttür. Başka bir deyişle, bir ölçümün ne kadar güvenilir olduğunu ifade eder. Güvenilir bir ölçüm, tekrar tekrar uygulandığında benzer sonuçlar verir. Güvenilirlik analizi 3 grupta ele alınmaktadır.

İç Tutarlılık Güvenilirliği: Bu tür güvenilirlik, bir testin veya ölçeğin kendi maddeleri arasındaki tutarlılığı ölçer. Cronbach's alfa değeri, iç tutarlılık güvenilirliğini hesaplamak için en yaygın kullanılan yöntemdir.

Paralel Formlar Güvenilirliği: Bu tür güvenilirlik, bir testin veya ölçeğin iki farklı formunun sonuçları arasındaki korelasyonu ölçer. İki form da aynı zamanda uygulanır ve sonuçlar karşılaştırılır.

Test-Tekrar Test Güvenirliği: Ölçeğin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek amacıyla kullanılan bir yöntemdir.

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması:

Veriler, araştırmanın yapılacağı kurumdan etik kurul onayı ve yazılı izin alındıktan sonra Şubat 2023 -Ocak 2024 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.6.1. Veri Toplama Araçları:

Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçek Taslağı Uzman Görüşleri Değerlendirme Formu(Ek-1)

Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği (Versiyon 1) (Ek-2)

Bilgilendirilmiş Onam Formu(Ek-3)

Sosyodemografik Veri Formu(Ek-4)

Taburcu Olmaya Hazır Oluş Ölçeği(Ek-8)

3.6.2. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçek Taslağı Uzman Görüşleri Değerlendirme Formu

Form çalışmada kullanılacak olan Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeğinin taslak maddelerini içermektedir. Formda 54 madde yer almaktadır. Formada ‘madde uygun’, ‘madde uygun ancak yetersiz’ ve ‘madde uygun değil’ şeklinde değerlendirme alanları yer almaktadır. Formda yer alan her bir madde uzman görüşüne sunulmuştur. Alınan öneri ve görüşlere yönelik form düzenlenerek Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeğinin maddeleri oluşturulmaktadır.

3.6.3. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçek Taslağı Uzman Görüşleri Sonrası Revize Edilen Form

Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçek Taslağı Uzman Görüşleri Değerlendirme Formu ile alınan uzman görüş ve önerileri ile birlikte 52 maddeli ‘tamamen katılmıyorum’, ‘katılmıyorum’, ‘ne katılıyorum ne katılmıyorum’, ‘katılıyorum’ ve ‘tamamen katılıyorum’ olacak şekilde 5’likert tipte taslak ölçek oluşturulmuştur ve pilot uygulama sırasında veri toplama aracı olarak kullanılmıştır (Versiyon 1) (Ek-5).

3.6.4. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçek Taslağı Pilot Uygulama Sonrası Revize Edilen Form

Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği (Versiyon 2) pilot uygulama sonrası oluşturulan formdur. Uygulanan analizlerin ardından form 39 madde olarak son halini almıştır ve 390 bireye uygulanmıştır. Kullanılan form 'tamamen katılmıyorum', 'katılmıyorum', 'ne katılıyorum ne katılmıyorum', 'katılıyorum' ve 'tamamen katılıyorum' olacak şekilde 5'likert tiptedir. Formda ters puanlanan maddeler: 33, 32, 38, 34, 37, 26, 27, 25, 28, 22, 17, 20, 18, 24 ve 38 numaralı maddelerdir (Verisyon 2) (Ek-6).

3.6.5. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği

Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği (Versiyon 3) veri toplamanın ardından uygulanan yapı geçerliği analizleri sonucunda oluşturulan ölçektir. 27 maddeli 'tamamen katılmıyorum', 'katılmıyorum', 'ne katılıyorum ne katılmıyorum', 'katılıyorum' ve 'tamamen katılıyorum' olacak şekilde 5'likert tiptedir. Ölçekte ters puanlanan maddeler: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 25 ve 26 numaralı maddelerdir. Ölçekte 7 alt boyut bulunmaktadır. 'Sosyal destek kaynakları' alt boyutu 1, 2, 3, 4, 5 numaralı maddeleri içermektedir. 'Psikososyal işlevsellik' alt boyutu 6, 7, 8, 9 numaralı maddeleri içermektedir. 'Taburculuğa hazır oluş' alt boyutu 10, 11, 12, 13 numaralı maddeleri maddeleri içermektedir. 'İntihar riski' alt boyutu 14, 15, 16, 17 numaralı maddeleri içermektedir. 'Tedavi uyumu' alt boyutu 18, 19, 20, 21 numaralı maddeleri içermektedir. 'Psikotik özellik' alt boyutu 22, 23, 24 numaralı maddeleri içermektedir. 'İç görü' alt boyutu 25, 26, 27 numaralı maddeleri içermektedir. Ölçeğin kesme puanı yoktur. Ölçekten alınan puan arttıkça tekrarlı yatış riskinin arttığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin toplam puan ortalaması 64,06'dır. Tekrar yatış risk düzeyleri incelenirken 29-67,67 puan aralığında düşük risk, 67,68-106,35 puan aralığında orta risk ve 106,36-145 puan aralığında yüksek risk olarak belirlenmiştir. Ölçeğin normatif bilgileri için lütfen 'Bulgular' başlığına bakınız.

3.6.6. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Form; araştırmacının adını soyadını, araştırmanın adını, araştırmanın amacını, araştırmanın içeriğini açık bir şekilde belirtmektedir. Çalışmaya katılmak için gönüllü olan tüm bireylerden yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır

3.6.7. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri toplama formu 13 maddeden oluşmaktadır. Form; bireyin cinsiyeti, çalışma durumu, medeni durumu, çocuğa sahip olma durumunu, eğitim düzeyi, kiminle yaşadığı, yaşadığı yer, yaşadığı bölge, sigara-alkol-madde kullanımı durumunu ve psikiyatri kliniğine son 18 ay içerisindeki yatış sayısını içermektedir.

3.6.8. Taburcu Olmaya Hazır Oluş Ölçeği

Kaya ve arkadaşlarının (2015) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.74'tür. Ölçek 8 maddeden oluşmaktadır. Cevaplar, 0-10 aralığındaki 10'lu bir değerlendirmede oluşmaktadır. Ölçek, sağlık hizmeti sağlayıcılarının hastaların taburcu olmaya hazır olup olmadığını belirlemesine olanak tanımaktadır. Ölçek hastanın bakış açısından taburcu olmaya hazır olup olmadığının değerlendirilmesi, hasta güvenliği, memnuniyeti ve çeşitli hasta geri kabul, sağlık hizmeti kullanımı ve ölüm oranı gibi sonuçları içermektedir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi(İstatistiksel İncelemeler):

Bu çalışmada, IBM SPSS Statistics Programı kullanılarak veriler analiz edilmiş ve raporlanmıştır. Elde edilen veriler, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Geliştirilen Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenilirlik Değerlendirmesi:

Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesinde aşağıdaki adımlar izlenmiştir:

Geçerlilik Değerlendirmesi:

- **Uzman Görüşleri:** Ölçeğin kapsam geçerliliğini değerlendirmek için uzman görüşleri alınmıştır.
- **Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA):** Ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek için Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılmıştır.
- **Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA):** AFA bulgularını doğrulamak için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır.
- **Güvenilirlik Değerlendirmesi:**
- **Güvenilirlik Analizi:** Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek için Güvenilirlik Analizi yapılmıştır.
- **İç Tutarlılık Güvenilirliği:** Cronbach's alfa değeri kullanılarak ölçeğin iç tutarlılık güvenirliği değerlendirilmiştir.
- **Paralel Formlar Güvenilirliği:** İki farklı formda uygulanan ölçeğin sonuçları arasındaki korelasyon kullanılarak paralel formlar güvenirliği değerlendirilmiştir.
- **Test Tekrar Test Güvenirliği:** Bireylere farklı zaman aralıklarında ölçek formlarının tekrarlı olarak uygulanıp önceki ve sonraki cevaplar arasındaki korelasyonları incelenmiştir.

3.8. Sınırlılıklar

Tek bir hastanede veri toplanmasının ve kliniklerin yatak sayısının yetersiz (n=45) olması veri toplama sürecinin uzun sürmesine sebep olmuştur.

4. BULGULAR

Bu araştırmadan elde edilen bulgular iki bölümde sunulmuştur. İlk bölümde Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Olan Bireylerin Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarına ilişkin bulgular yer almaktadır. İkinci bölümde kronik psikiyatrik hastalığa sahip olan bireylerin tekrarlı klinik yatış riski ve bu durumun çeşitli değişkenlerle ilişkisini açıklayan bulgular yer almaktadır.

4.1. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik Analizleri

4.1.1. Kapsam Geçerliği

Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği'nin taslak formu, kapsam geçerliliğini değerlendirmek üzere Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nden 1 Profesör Doktor, 1 Doçent Doktor, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nden, 1 Klinik Psikolog, 1 Sosyal Hizmet Uzmanı, Giresun Üniversitesi'den 1 Doçent Doktor, Balıkesir Üniversitesi'nden 1 Profesör Doktor, Ankara Üniversitesi'nden 1 Uzman Hemşire ve Bursa Uludağ Üniversitesi'nden 1 Profesör Doktor olmak üzere 8 uzmanın görüşüne başvurulmuştur (Ek 11). Kapsam Geçerlik Ölçütü'nde uzman sayısına göre önerilen minimum değerler Tablo 1.'de sunulmuştur. Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği'nin kapsam geçerliğinde, 8 uzman görüşü alınması nedeniyle Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ) 0,78 olarak alınmıştır.

Tablo 4.1 *Kapsam Geçerlik Ölçütü İçin Minimum Değerler*

Uzman Sayısı	Minimum Değer
8	**0,78**
10	0,62
11	0,59
12	0,56
13	0,54
14	0,51
15	0,49

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Lawshe(1975) tekniği kullanılmıştır. Uzmanlar ölçeğin her maddesini ayrı ayrı olacak şekilde amaca uygunluk, anlaşılabilirlik, ayırt edilebilirlik açısından inceleyerek her maddeyi "1" ile "3" arasında(1:Madde uygun, 2:Madde uygun ancak yetersiz(öneriler belirtilebilir), 3: Madde uygun değil) değerlendirerek maddeler ile ilgili görüşlerini belirtmişlerdir (Ercan ve Kan, 2004). Uzman değerlendirmeleri sonrasında ölçek maddeleri yeniden düzenlenmiş ve öneriler doğrultusunda yeni maddeler eklenmiştir. Uygun olmayan maddeler çıkarılarak taslak ölçek maddeleri güncellenmiştir. Güncellenen taslak ölçek maddeleri ilk grupta yer almayan 3 uzmana tekrar sunulmuştur. 3 uzmandan da uygundur görüşü alındıktan sonra taslak ölçek maddeleri pilot uygulama için son halini almıştır(Ek-2). Uzmanlar tarafından taslak ölçek maddelerine verilen puanlara ait istatistiksel veriler Tablo 2. 'de sunulmuştur.

Tablo 4.2 *53 Maddeye Ait Kgo Değerleri*

	Madde Uygun	Madde Uygun Ancak Yetersiz	Madde Uygun Değil	KGO
Madde 1	8	0	0	1,00
Madde 2	4	4	0	1,00
Madde 3	8	0	0	1,00
Madde 4	7	1	0	1,00
Madde 5	3	5	0	1,00
Madde 6	7	1	0	1,00
Madde 7	7	1	0	1,00
Madde 8	5	2	1	0,75
Madde 9	7	1	0	1,00
Madde 10	5	3	0	1,00
Madde 11	7	1	0	1,00
Madde 12	5	3	0	1,00
Madde 13	7	1	0	1,00
Madde 14	6	2	0	1,00
Madde 15	8	0	0	1,00
Madde 16	8	0	0	1,00
Madde 17	8	0	0	1,00
Madde 18	6	2	0	1,00
Madde 19	7	1	0	1,00
Madde 20	8	0	0	1,00
Madde 21	6	2	0	1,00
Madde 22	7	1	0	1,00
Madde 23	7	1	0	1,00
Madde 24	6	2	0	1,00
Madde 25	8	0	0	1,00
Madde 26	7	1	0	1,00

Tablo 4.2 (devam)

Madde 27	6	2	0	1,00
Madde 28	7	1	0	1,00
Madde 29	7	1	0	1,00
Madde 30	7	1	0	1,00
Madde 31	5	3	0	1,00
Madde 32	6	2	0	1,00
Madde 33	6	2	0	1,00
Madde 34	7	0	1	0,75
Madde 35	6	2	0	1,00
Madde 36	7	1	0	1,00
Madde 37	7	0	1	0,75
Madde 38	6	2	0	1,00
Madde 39	8	0	0	1,00
Madde 40	5	3	0	1,00
Madde 41	6	2	0	1,00
Madde 42	8	0	0	1,00
Madde 43	7	1	0	1,00
Madde 44	7	1	0	1,00
Madde 45	8	0	0	1,00
Madde 46	8	0	0	1,00
Madde 47	8	0	0	1,00
Madde 48	8	0	0	1,00
Madde 49	8	0	0	1,00
Madde 50	8	0	0	1,00
Madde 51	8	0	0	1,00
Madde 52	8	0	0	1,00
Madde 53	7	1	0	1,00

Tablo 4.2 incelendiğinde 53 madde için 8 uzmanın verdiği cevaplara göre her bir maddenin KGO değerleri hesaplanmıştır. Kapsam geçerliği, maddelerin ölçekte olması veya olmamasına karar vermek amacıyla gerçekleştirilen bir ölçüttür. Kapsam geçerlik oranı, kapsam geçerlik ölçütünden küçük olan maddelerin ölçekten çıkarılması gerekmektedir (Arye ve Seally, 2014). Bu doğrultuda 5, 10, 27, 33, 53 maddeleri KGO<KGÖ olduğu için yapı dışına çıkarılmıştır. Ancak KGO<KGÖ olan maddelerin tümü ölçekten çıkarılmak yerine düzenleme önerisi verilen maddeler üzerinde düzenlemeler yapılmıştır. Madde eklenmesi yönünde de öneri alınması nedeniyle 4 madde eklemesi yapılmıştır. Maddeler çıkarıldıktan sonra KGO' larının ortalamasından KGİ(Kapsam Geçerlik İndeksi) hesaplanmıştır ve 0,98 bulunmuştur. Uzmanların görüşleri dikkate alınarak gerekli düzenlemeler yapılmış olup oluşturulan revize form ilk 8 uzman içerisinde yer almayan 3 uzmana sunularak

tekrar ölçek maddelerini değerlendirmeleri istenmiştir ve maddelerin uygunluğu görüşü alınmıştır.

Kapsam geçerliği yapıldıktan sonra ölçek maddelerinin kronik psikiyatrik hastalığa sahip bireyler tarafından anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla 13.02.2023 ile 10.03.2023 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi yetişkin psikiyatri kliniğinde yatmakta olan kronik psikiyatrik hastalık tanısı olan 52 bireye pilot araştırma olarak anket uygulanmıştır. Pilot çalışmada örneklemin %5i kadar kişiye uygulama yapılabilmektedir (Evci ve Aylar, 2017). Bu uygulanan pilot uygulama ile Tablo 4.3'deki maddelerin çıkarılmasına karar verilmiştir. Pilot araştırmaya katılan kişiler araştırma örneklemine dahil edilmemiştir.

Tablo 4.3 *Pilot Araştırmaya Göre Çıkarılan Maddeler ve Çıkarılma Nedenleri*

Madde No	Maddeler	Ölçekten çıkarılma sebebi
30	Geceleri hiç uyumasam bile gün içerisinde yorgun hissetmem.	İlgili maddeler katılımcılar tarafından anlaşılmakta güçlük yaşandığı, kafa karışıklığına sebep olduğu ve nasıl cevap verebileceklerini anlayamadıkları görülmüştür.
32	Son 2 ayda psikiyatri servisine yatışım olmuştu.	
33	(Geçmiş psikiyatri yatışınız varsa eğer cevaplayınız yoksa boş bırakınız) Bir önceki psikiyatri kliniğinde yatışımdan bir aydan önce taburcu oldum.	
34	(Geçmiş psikiyatri yatışınız varsa eğer cevaplayınız yoksa boş bırakınız) Bir önceki psikiyatri kliniğinde yatışım iki aydan uzun sürdü.	
42	Bir önceki klinik yatışımdan tamamen iyileşip taburcu oldum.	
49	Ailemin tedavi sürecime olumlu ya da olumsuz etkisinin olduğunu biliyorum.	
24	Geçmişte alkol ve/veya uyuşturucu madde kullandığım oldu.	Ölçek yapısına uygun şekilde oluşturulamadığından katılımcılar yanıtlamakta güçlük çekmiştir.
25	Alkol veya uyuşturucu madde kullanmadım ama kullanmayı düşündüğüm zamanlar oldu.	
11	Şu anda içime kapandım ve/veya diğer insanlarla görüşmek istemiyorum.	Maddeler iki farklı durumu sorguladığından katılımcılar yanıtlamakta güçlük çekmiştir.
17	Kendimi iyi hissettiğim zaman ilaçlarımı kullanmam/ sadece kötü hissettiğim zaman ilaç kullanırım.	
20	Telefon veya televizyondan gündemi takip ederim.	Ölçek içerisinde benzer maddeler olduğundan tekrara düştüğü görülmüştür.
43	İhtiyaç duyduğumda yardım isteyebileceğim birileri vardır.	
35	Duygularımı tanımlayabilirim.	Madde yeterince açık ifade edilemediğinden katılımcılar yanıtlamakta zorluk çekmiştir.

Pilot uygulama sonrası Tablo 4.3'te yer alan maddelerin çıkarılmasıyla birlikte madde korelasyonları Tablo 4.4'te verilmiştir. Pilot araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre gerekli düzenlemeler yapılarak ölçeğe son hali verilmiş ve 39 maddeli bir ölçek oluşturulmuştur (Ek-6). Bu ölçek, dahil edilen kriterlere uygun 390 bireyden veri toplanarak yapı geçerliliği analizlerine tabi tutulmuştur.

Tablo 4.4 *Pilot Uygulama Sonrası Madde Toplam Korelasyonları*

	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Kare Çoklu Korelasyon	Madde Silinirse Cronbach'sAlpha
Madde 1	0,311	0,843	0,863
Madde 2	0,067	0,883	0,867
Madde 3	0,021	0,924	0,868
Madde 4	0,253	0,903	0,865
Madde 5	0,544	0,899	0,859
Madde 6	0,451	0,803	0,859
Madde 7	0,070	0,895	0,867
Madde 8	0,079	0,949	0,867
Madde 9	0,203	0,923	0,865
Madde 10	0,049	0,927	0,867
Madde 11	0,016	0,807	0,868
Madde 12	0,244	0,884	0,864
Madde 13	0,162	0,918	0,866
Madde 14	-0,023	0,845	0,869
Madde 15	0,544	0,815	0,858
Madde 16	0,461	0,904	0,860
Madde 17	0,626	0,938	0,857
Madde 18	0,502	0,949	0,859
Madde 19	0,328	0,839	0,862
Madde 20	0,383	0,911	0,861
Madde 21	0,500	0,951	0,859
Madde 22	0,326	0,930	0,862
Madde 23	0,430	0,934	0,860
Madde 24	0,309	0,923	0,863
Madde 25	0,564	0,859	0,857
Madde 26	0,538	0,921	0,858
Madde 27	0,573	0,943	0,857
Madde 28	0,530	0,951	0,858
Madde 29	0,530	0,961	0,859
Madde 30	0,139	0,795	0,866
Madde 31	0,252	0,849	0,864
Madde 32	0,607	0,971	0,856
Madde 33	0,660	0,950	0,856
Madde 34	0,627	0,977	0,856
Madde 35	0,497	0,862	0,858
Madde 36	0,285	0,887	0,863
Madde 37	0,679	0,962	0,854
Madde 38	0,592	0,959	0,857
Madde 39	-0,121	0,867	0,874

Madde korelasyonları incelendiğinde maddelerin uyumlu olduğunun söylenebilmesi için uyun değerinin 0,25'ten büyük olması beklenmektedir. Tablo

4'te pilot uygulama sonrası madde korelasyonalrı görülmektedir. Madde korelasyonları 0,25'ten küçük olan maddeler yer almaktadır. Bu değerden küçük olduğu durumda bu madde AFA'daki yapıyı bozabildiği için dahil edilmeyebilir ancak kesinlikle edilmemelidir gibi bir yargı bulunmamaktadır.

4.1.2. Yapı Geçerliği

Ele alınan kronik psikiyatrik hastalıklarda tekrarlı klinik yatış risk değerlendirme ölçeğinde 5, 6, 15, 19, 22, 29, 30, 31, 35, 36 maddeleri varyans açıklama oranını ve güvenirlik oranını düşürdüğünden ölçekten çıkartılmıştır.

Tablo 4.5 *Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği Taslağına Ait KMO Değeri ve Bartlett Küresellik Test Sonuçları*

Uygulanan Test	Elde Edilen Değer	
Kaiser Meyer Olkin (KMO) Örneklem Yeterliliği	0,833	
Bartlett Küresellik Testi	X^2	4918,026
	Serbestlik derecesi	406
	p-değeri	**0,00001***

*$p<0,05$

Tablo 4.5'te örneklem yeterliliğinin test için KMO değeri, korelasyon matrisinin birim matris olup olmadığının sınanması için Bartlett testi bulguları verilmiştir. Tabloya göre, KMO oranının 0,833 olduğu ve örneklemin AFA analizi için yeterli olduğu söylenmekle birlikte, Bartlett testi sonucunda korelasyon matrisinin birim matris olmadığı (p=0,00001<0,05) ve dolayısıyla verilerin dağılımının normal dağılıma uyduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6 *Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeğinin ve Alt Boyutlarına ilişkin Açımlayıcı Faktör Analizi bulguları*

Faktörler/Maddeler	**Faktör**	**Özdeğer**	**Açıklanan**

	Yükü		Varyans (%)
Sosyal Destek Kaynakları (Faktör 1)			
33.Ailemi seviyorum	0,880	5,891	13,06
32.Ailem benim her zaman iyiliğimi düşünür ve iyi olmam için çabalar	0,827		
38.Tedavi sürecimde ailemin benim her zaman destekçim olduğunu bilirim	0,779		
34.Ailem benim sorunlarımla her zaman yakından ilgilenir	0,774		
37.Hastalık sürecimde ailemin desteğine ihtiyacım olduğunu biliyorum	0,718		
Psikososyal İşlevsellik (Faktör 2)			
26.Bir sırrımı rahatlıkla paylaşabileceğim biri-birileri var	0,842	4,499	9,368
27.Bir sorun ile karşılaştığımda yardım isteyebileceğim tanıdıklarım var	0,789		
25.Yakınımda güvenebileceğim kişilere sahibim	0,673		
28.Bir sorun ile karşılaştığımda başkalarından yardım isteyebilirim	0,625		
Taburculuğa Hazır Oluş (Faktör 3)			
21.Bir stres ile karşılaştığımda üstesinden gelebilirim	0,737	2,35	9,283
17.Boş zamanlarımda Tv izleme, dışarı çıkma, kitap okuma, yürüyüş yapma ve müzik dinleme gibi aktiviteler yaparım	0,717		
20.Düzenli bir işte çalışabilirim	0,645		
18.Aile ve arkadaşlarımla sık sık iletişim kurarım	0,642		
16.Sosyal ortamlarda kendimi yeterince ifade edebilirim	0,623		
İntihar Riski (Faktör 4)			
4.Geçmişte intihar girişimim oldu	0,819	1,656	8,754
1.Geçmişte intihar düşüncelerim oldu	0,797		
2.Halen zaman zaman intihar düşüncelerim oluyor	0,708		
3.Geleceğe yönelik umutsuzum	0,677		
Tedavi Uyumu (Faktör 5)			
13.İyileştiğimi düşündüğüm zaman ilaçlarımı kullanmayı bırakırım	0,801	1,563	8,669
11.Evde olmadığım zamanlarda ilaçlarımı içmeyi unuttuğum oluyor	0,784		
12.İlaçlarımı düzenli kullanmak için yakınlarımın yardımına ihtiyaç duyarım	0,782		
14.İlaçlarımı doktorumun önerdiği şekilde kullanmadığım oluyor	0,687		
Psikotik Özellik (Faktör 6)			
7.Halen çevremde kimse yokken kulağıma ses geldiği ya da görüntüler gördüğüm oluyor	0,771	1,398	7,902
8.Halen başkalarının bana zarar vereceğini düşünüyorum	0,757		
9.Halen düşüncelerimi bir konuya yoğunlaştırmakta güçlük çekiyorum	0,716		
10.Halen bir başkasına vurma/ zarar verme düşüncelerim oluyor	0,601		
İçgörü (Faktör 7)			
24.Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmemin bana iyi geldiğini ve geleceğini düşünüyorum	0,832	1,245	7,107
38.Tedavi olabilmek için Psikiyatri kliniğinde yatmam gerektiğini biliyorum	0,787		
39.Psikiyatri kliniğinde uygulanan tedavinin faydalı olduğunu düşünmüyorum	0,725		
		Ölçek Genel	64,142

Tablo 4.6'da Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeğinin ve Alt Boyutlarına ilişkin AFA bulguları verilmiştir. AFA yapılırken maddelerin boyutlara daha uygun bir şekilde oturmasından dolayı "Varimax" döndürme işlemi uygulanmıştır.

Tablo 4.6 incelendiğinde, 1. Faktör toplam varyansın %13,06'sını, 2. Faktör toplam varyansın %9,368'ini, 3. Faktör toplam varyansın %9,283'ünü, 4. Faktör toplam varyansın %8,754'ünü, 5. Faktör toplam varyansın %8,669'unu, 6. Faktör toplam varyansın %7,902'sini ve 7. Faktör toplam varyansın %7,107'sini açıkladığı görülmekle birlikte, AFA sonucunda bu 7 alt boyut Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği toplam varyansının %64,142'sini açıkladığı görülmektedir. Toplam varyans açıklama oranı %60'ın üzerinde olduğundan, kabul edilebilir bir düzeyde olduğu görülmektedir.

4.2. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri

4.2.1. İç Tutarlılık Analizleri

Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği taslağının güvenirlik bulguları Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7 *Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği Taslağının Güvenirlik Analizi Sonuçları*

	Madde Sayısı	**Cronbach's Alpha (α)**
Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği	29	0,833
Faktör 1	5	0,891
Faktör 2	4	0,845
Faktör 3	5	0,753
Faktör 4	4	0,802
Faktör 5	4	0,789
Faktör 6	4	0,724
Faktör 7	3	0,748

Tablo 4.7'ye göre, kronik psikiyatrik hastalıklarda tekrarlı klinik yatış risk değerlendirme ölçeğinde 29 madde olduğu ve güvenirlik düzeyinin %83,3 olduğu görülmektedir. Ayrıca faktörler bazında güvenirlik düzeyleri incelendiğinde, %89,1 ile %72,4 arasında değiştiği görülmektedir. Ölçeğin ve alt boyutların Cronbach's Alpha değeri %70'in üzerinde olduğundan, güvenirlik analizi bulguları kabul

edilebilir düzeyde olduğu söylenebilir. DFA modeli kurulurken katsayısı 0,5'in altında olan maddeler modelden çıkartılmıştır. Bu bağlamda, F3 alt boyutundan "Sosyal ortamlarda kendimi yeterince ifade edebilirim" maddesi (0,47), F6 alt boyutundan ise "Halen bir başkasına vurma/ zarar verme düşüncelerim oluyor" maddesi (0,48) modelden çıkartılmıştır.

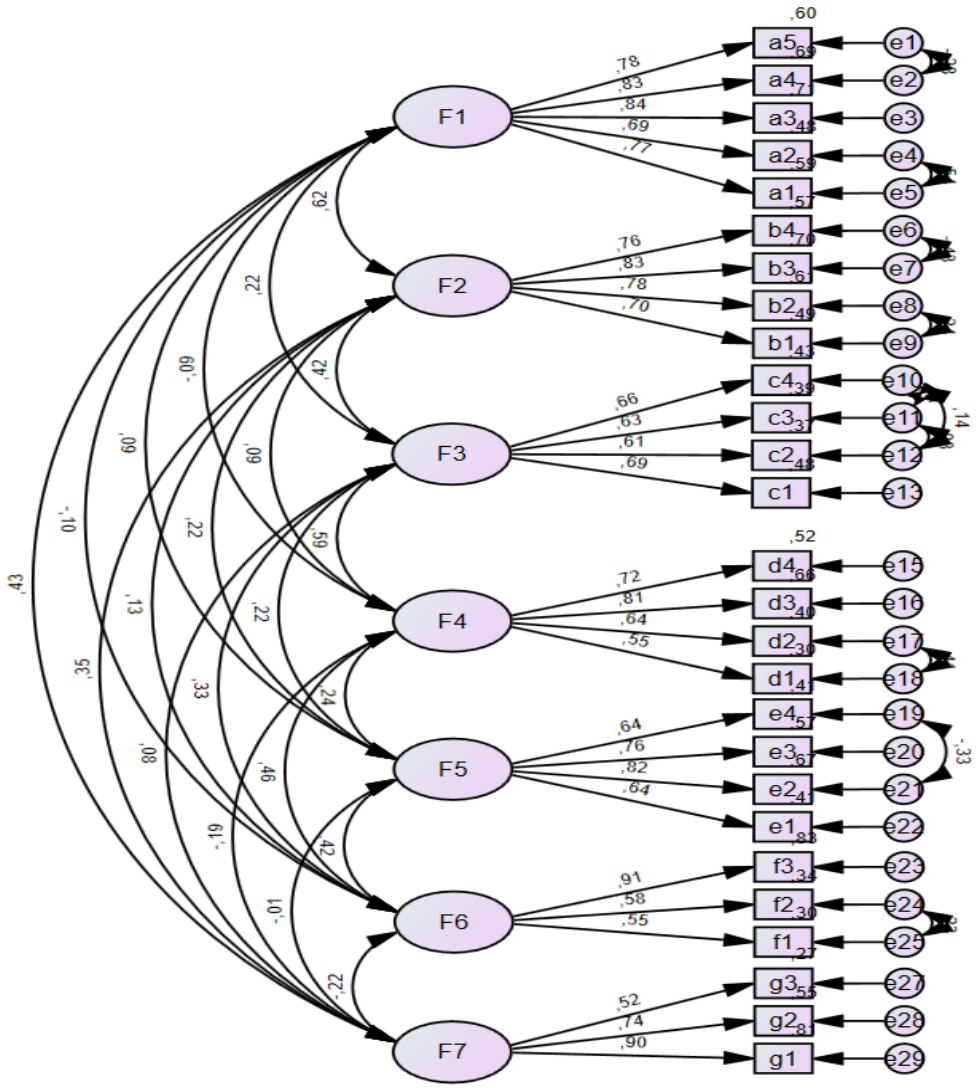
Taburculuğa hazır oluş ölçeği için Cronbach's Alpha katsayısı 0,797 olarak hesaplanmış olup, güvenirlik düzeyinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.8 *Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği Taslağının Ölçüm Modelinin Uyum İndeks Değerleri ve İyi Uyum Değerleri*

Kriter	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Model
RMSEA	0<RMSEA<0.05	0.05 ≤ RMSEA ≤ 0.10	0,052
NFI	0.95 ≤ NFI ≤1	0.90≤ NFI ≤ 0.95	0,88
CFI	0.97 ≤ CFI ≤1	0.95≤ CFI ≤ 0.97	0,93
GFI	0.95 ≤ GFI ≤1	0.90≤ GFI ≤ 0.95	0,90
AGFI	0.90 ≤ AGFI ≤1	0.85≤ AGFI ≤ 0.90	0,87
X^2/sd	$X^2/sd<3$	$X^2/sd<5$	2,042

(Kaynak: Schermelleh-Engel *et all*, 2003). (RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation, NFI: Normed Fit Index, NNFI: Non-Normed Fit Index, CFI: Comparative Fit Index, GFI: Goodness of Fit Index, AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index)

Tablo 4.8'de verilen indeks değerleri, ölçüm modelinin veri setine ne kadar iyi uyduğunu gösteren kriterleri içermektedir. DFA'de en önemli uyum iyiliği kriteri olan X^2/sd (598,21/293=2,042) kriteri 3'ün altında olduğu ve dolayısıyla mükemmel uyumu temsil ettiği görülmektedir. Kök Ortalama Kare Hata (RMSEA) değeri, ölçüm modelinin mükemmel uyum kategorisinde yer almasa da kabul edilebilir uyum aralığında bulunmaktadır (0.052). Normed Fit Index (NFI) değeri ise kabul edilebilir uyum aralığının altında olduğu görülmektedir (0.88). Comparative Fit Index (CFI) değeri kabul edilebilir uyum aralığındadır (0.93). Goodness of Fit Index (GFI) ve Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) değerleri, kabul edilebilir uyum aralıklarında yer almaktadır (0.90 ve 0.87). Bu sonuçlar, ölçüm modelinin genel olarak kabul edilebilir bir uyum sergilediğini, ancak iyileştirmeye yönelik potansiyel alanların bulunduğunu işaret etmektedir.



Şekil 4.1 *Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği'ne İlişkin Ölçüm Modeli (Doğrulayıcı Faktör Analizi Grafiği)*

Şekil 4.1'deki DFA grafiği incelendiğinde, F1 alt boyutu üzerinde en etkili madde 0,84'lük katsayıyla "*Tedavi sürecimde ailemin benim her zaman destekçim olduğunu bilirim*" maddesi, etkisi en düşük madde 0,69'luk katsayıyla "*Ailem benim her zaman iyiliğimi düşünür ve iyi olmam için çabalar*" maddesi olduğu görülmektedir. F2 alt boyutu üzerinde en etkili madde 0,83'lük katsayıyla "*Yakınımda güvenebileceğim kişilere sahibim*" maddesi, etkisi en düşük madde 0,70'lik katsayıyla "*Bir sırrımı rahatlıkla paylaşabileceğim biri-birileri var*" maddesi olduğu görülmektedir. F3 alt boyutu üzerinde en etkili madde 0,69'luk katsayıyla "*Bir stres ile karşılaştığımda üstesinden gelebilirim*" maddesi, etkisi en düşük madde 0,61'lik katsayıyla "*Boş zamanlarımda Tv izleme, dışarı çıkma, kitap*

okuma, yürüyüş yapma ve müzik dinleme gibi aktiviteler yaparım" maddesi olduğu görülmektedir. F4 alt boyutu üzerinde en etkili madde 0,81'lik katsayıyla "*Geçmişte intihar girişimim oldu*" maddesi, etkisi en düşük madde 0,55'lik katsayıyla "*Halen zaman zaman intihar düşüncelerim oluyor*" maddesi olduğu görülmektedir. F5 alt boyutu üzerinde en etkili madde 0,82'lik katsayıyla "*Evde olmadığım zamanlarda ilaçlarımı içmeyi unuttuğum oluyor*" maddesi, etkisi en düşük olan madde 0,64'lük katsayıyla "*İyileştiğimi düşündüğüm zaman ilaçlarımı kullanmayı bırakırım*" ve "*İlaçlarımı doktorumun önerdiği şekilde kullanmadığım oluyor*" maddeleri olduğu görülmektedir. F6 alt boyutu üzerinde en etkili madde 0,91'lik katsayıyla "*Halen düşüncelerimi bir konuya yoğunlaştırmakta güçlük çekiyorum*" maddesi, etkisi en düşük madde 0,55'lik katsayıyla "*Halen çevremde kimse yokken kulağıma ses geldiği ya da görüntüler gördüğüm oluyor*" maddesi olduğu görülmektedir. F7 at boyutu üzerinde en etkili madde 0,90'lık katsayıyla "*Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmemin bana iyi geldiğini ve geleceğini düşünüyorum*" maddesi, etkisi en düşük madde ise 0,52'lik katsayıyla "*Psikiyatri kliniğinde uygulanan tedavinin faydalı olduğunu düşünmüyorum*" maddesi olduğu görülmektedir.

Tablo 4.9 *Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği Maddeleri ile Gizli Değişkenler Arasındaki İlişkiler*

İlişkiler	Standartlaştırılmamış Katsayılar	Standartlaştırılmış Katsayılar	Standart Hata	C.R.	p-değeri
a5←F1	1,00	0,78			
a4←F1	1,04	0,83	0,07	15,10	**0,0001***
a3←F1	1,02	0,84	0,06	16,54	**0,0001***
a2←F1	0,85	0,69	0,06	13,52	**0,0001***
a1←F1	0,85	0,77	0,06	15,20	**0,0001***
b4←F2	1,00	0,76			
b3←F2	1,11	0,84	0,08	13,15	**0,0001***
b2←F2	0,99	0,78	0,08	12,78	**0,0001***
b1←F2	1,05	0,70	0,09	11,69	**0,0001***

Tablo 4.9 (devam)

c4←F3	1,00	0,66			
c3←F3	1,02	0,63	0,12	8,46	**0,0001***
c2←F3	0,81	0,61	0,08	9,65	**0,0001***

c1←F3	1,07	0,69	0,12	8,72	**0,0001***
d4←F4	1,00	0,72			
d3←F4	1,06	0,81	0,08	12,59	**0,0001***
d2←F4	1,01	0,64	0,09	10,81	**0,0001***
d1←F4	0,88	0,55	0,09	9,44	**0,0001***
e4←F5	1,00	0,64			
e3←F5	1,23	0,76	0,12	10,13	**0,0001***
e2←F5	1,30	0,82	0,13	10,33	**0,0001***
e1←F5	1,08	0,64	0,11	9,43	**0,0001***
f3←F6	1,00	0,91			
f2←F6	0,62	0,58	0,07	8,39	**0,0001***
f1←F6	0,60	0,55	0,07	8,08	**0,0001***
g3←F7	1,00	0,52			
g2←F7	1,36	0,74	0,14	9,52	**0,0001***
g1←F7	1,68	0,90	0,18	9,36	**0,0001***

, p<0,05

Tablo 4.9'da bütün maddelerin gizli değişkenler ile ilişkilerin katsayıları ve anlamlılıkları verilmiştir. Tablo 4.9'a göre bütün ölçülen değişkenler ile gizli değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı olduğu görülmektedir (p<0,05).

Tablo 4.10 *Faktörler Arasındaki İlişkiler*

İlişkiler	Standartlaştırılmamış Katsayılar	Standartlaştırılmış Katsayılar	Standart Hata	C.R.	p-değeri
F1↔F2	0,66	0,62	0,08	8,23	**0,0001***
F1↔F3	0,21	0,22	0,06	3,41	**0,0001***
F1↔F4	-0,11	-0,09	0,07	-1,53	0,13
F1↔F5	0,10	0,09	0,07	1,47	0,14
F1↔F6	-0,17	-0,10	0,10	-1,74	0,08
F1↔F7	0,35	0,43	0,06	5,63	**0,0001***
F2↔F3	0,39	0,42	0,07	5,66	**0,0001***
F2↔F4	0,11	0,09	0,07	1,53	0,13
F2↔F5	0,24	0,22	0,07	3,51	**0,0001***
F2↔F6	0,20	0,13	0,10	2,14	**0,033***
F2↔F7	0,28	0,35	0,06	4,92	**0,0001***

Tablo 4.10 (devam)

F3↔F4	0,61	0,59	0,09	6,74	**0,0001***
F3↔F5	0,22	0,22	0,07	3,31	**0,0001***
F3↔F6	0,48	0,33	0,10	4,79	**0,0001***

F3↔F7	0,06	0,08	0,05	1,26	0,21
F4↔F5	0,29	0,24	0,08	3,63	**0,0001***
F4↔F6	0,81	0,46	0,12	6,55	**0,0001***
F4↔F7	-0,16	-0,19	0,06	-2,87	**0,0001***
F5↔F6	0,71	0,42	0,12	5,98	**0,0001***
F5↔F7	-0,01	-0,01	0,05	-0,14	0,89
F6↔F7	-0,28	-0,22	0,080	-3,48	**0,0001***

*, **p<0,05**

Tablo 4.10'a göre F1 faktörü ile F4 faktörü arasındaki ilişki (p=0,13), F1 faktörü ile F5 faktörü arasındaki ilişki (p=0,14), F1 faktörü ile F6 faktörü arasındaki ilişki (p=0,08), F2 faktörü ile F4 faktörü arasındaki ilişki (p=0,13), F3 faktörü ile F7 faktörü arasındaki ilişki (p=0,21), F5 faktörü ile F7 faktörü arasındaki ilişki (p=0,89) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, diğer ilişkilerin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0,05). En güçlü ilişkinin F1 faktörü ile F2 faktörü arasında olduğu (0,62), en zayıf ilişkini ise F2 faktörü ile F6 faktörü arasında olduğu (0,13) söylenebilir. Faktörler arasındaki anlamlı ilişkilerin 0,62 ile -0,22 arasında değiştiği de söylenebilmektedir.

Tablo 4.11 *Katılımcıların Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği Maddelerine Verdikleri Puanlara İlişkin İstatistikler*

		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Ailemi seviyorum	f	256	68	34	5	27
	%	65,6	17,4	8,7	1,3	6,9
Ailem benim her zaman iyiliğimi düşünür ve iyi olmam için çabalar	f	234	73	45	9	29
	%	60,0	18,7	11,5	2,3	7,4
Tedavi sürecimde ailemin benim her zaman destekçim olduğunu bilirim	f	232	80	29	14	35
	%	59,5	20,5	7,4	3,6	9,0
Ailem benim sorunlarımla her zaman yakından ilgilenir	f	212	86	37	16	39
	%	54,4	22,1	9,5	4,1	10,0
Hastalık sürecimde ailemin desteğine ihtiyacım olduğunu biliyorum	f	236	72	24	16	42
	%	60,5	18,5	6,2	4,1	10,8

Tablo 4.11 (devam)

Bir sırrımı rahatlıkla paylaşabileceğim biri-birileri var	f	176	76	36	34	68
	%	45,1	19,5	9,2	8,7	17,4
Bir sorun ile karşılaştığımda yardım isteyebileceğim tanıdıklarım var	f	205	94	33	22	36
	%	52,6	24,1	8,5	5,6	9,2

Yakınımda güvenebileceğim kişilere sahibim	f	216	74	33	27	40
	%	55,4	19,0	8,5	6,9	10,3
Bir sorun ile karşılaştığımda başkalarından yardım isteyebilirim	f	198	87	38	26	41
	%	50,8	22,3	9,7	6,7	10,5
Bir stres ile karşılaştığımda üstesinden gelebilirim	f	176	84	48	29	53
	%	45,1	21,5	12,3	7,4	13,6
Boş zamanlarımda Tv izleme, dışarı çıkma, kitap okuma, yürüyüş yapma ve müzik dinleme gibi aktiviteler yaparım	f	236	79	26	20	29
	%	60,5	20,3	6,7	5,1	7,4
Düzenli bir işte çalışabilirim	f	196	62	42	28	62
	%	50,3	15,9	10,8	7,2	15,9
Aile ve arkadaşlarımla sık sık iletişim kurarım	f	196	65	51	33	45
	%	50,3	16,7	13,1	8,5	11,5
Sosyal ortamlarda kendimi yeterince ifade edebilirim	f	230	71	28	28	33
	%	59,0	18,2	7,2	7,2	8,5
Geçmişte intihar girişimim oldu	f	217	19	15	40	99
	%	55,6	4,9	3,8	10,3	25,4
Geçmişte intihar düşüncelerim oldu	f	157	42	8	66	117
	%	40,3	10,8	2,1	16,9	30,0
Halen zaman zaman intihar düşüncelerim oluyor	f	239	57	9	39	46
	%	61,3	14,6	2,3	10,0	11,8
Geleceğe yönelik umutsuzum	f	174	61	43	48	64
	%	44,6	15,6	11,0	12,3	16,4
İyileştiğimi düşündüğüm zaman ilaçlarımı kullanmayı bırakırım	f	163	35	27	43	122
	%	41,8	9,0	6,9	11,0	31,3
Evde olmadığım zamanlarda ilaçlarımı içmeyi unuttuğum oluyor	f	180	41	19	53	97
	%	46,2	10,5	4,9	13,6	24,9
İlaçlarımı düzenli kullanmak için yakınlarımın yardımına ihtiyaç duyarım	f	181	34	16	50	109
	%	46,4	8,7	4,1	12,8	27,9
İlaçlarımı doktorumun önerdiği şekilde kullanmadığım oluyor	f	192	36	30	41	91
	%	49,2	9,2	7,7	10,5	23,3
Halen çevremde kimse yokken kulağıma ses geldiği ya da görüntüler gördüğüm oluyor	f	214	32	18	34	92
	%	54,9	8,2	4,6	8,7	23,6
Halen başkalarının bana zarar vereceğini düşünüyorum	f	214	27	20	47	82
	%	54,9	6,9	5,1	12,1	21,0
Halen düşüncelerimi bir konuya yoğunlaştırmakta güçlük çekiyorum	f	158	35	31	51	115
	%	40,5	9,0	7,9	13,1	29,5
Halen bir başkasına vurma/ zarar verme düşüncelerim oluyor	f	253	28	22	30	57
	%	64,9	7,2	5,6	7,7	14,6

Tablo 4.11 (devam)

Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmemin bana iyi geldiğini ve geleceğini düşünüyorum	f	184	77	49	18	62
	%	47,2	19,7	12,6	4,6	15,9
Tedavi olabilmek için Psikiyatri	F	202	74	36	23	55

kliniğinde yatmam gerektiğini biliyorum	%	51,8	19,0	9,2	5,9	14,1
Psikiyatri kliniğinde uygulanan tedavinin faydalı olduğunu düşünmüyorum	F	216	45	41	27	61
	%	55,4	11,5	10,5	6,9	15,6

Tablo 11'e göre, katılımcıların %83,1'i *"Ailemi seviyorum"* sorusuna olumsuz yanıt verirken, %8,2'si ise olumlu yanıt vermiştir, katılımcıların %66,6'ı *"Bir stres ile karşılaştığımda üstesinden gelebilirim"* sorusuna olumsuz yanıt verirken. %21,0'ı ise olumlu yanıt vermiştir, katılımcıların %50,8'i *"İyileştiğimi düşündüğüm zaman ilaçlarımı kullanmayı bırakırım"* sorusuna olumsuz yanıt verirken, %41,3'ü ise olumlu yanıt vermiştir, katılımcıları %63,1'i *"Halen çevremde kimse yokken kulağıma ses geldiği ya da görüntüler gördüğüm oluyor"* sorusuna olumsuz yanıt verirken, %32,3'ü olumlu yanıt vermiştir.

Tablo 4.12 *Katılımcıların THOÖ Maddelerine Verdikleri Puanlara İlişkin İstatistikler*

		Hiç	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tam
Madde 1	F	37	7	16	8	32	16	23	44	32	175	0
	%	9,5	1,8	4,1	2,1	8,2	4,1	5,9	11,3	8,2	44,9	0,0
Madde 2	F	26	6	23	11	51	36	43	52	37	105	0
	%	6,7	1,5	5,9	2,8	13,1	9,2	11,0	13,3	9,5	26,9	0,0
Madde 3	F	104	11	20	3	26	15	18	30	52	111	0
	%	26,7	2,8	5,1	0,8	6,7	3,8	4,6	7,7	13,3	28,5	0,0
Madde 4	F	78	5	9	9	26	19	28	33	37	146	0
	%	20,0	1,3	2,3	2,3	6,7	4,9	7,2	8,5	9,5	37,4	0,0
Madde 5	F	27	2	15	15	48	17	28	40	50	148	0
	%	6,9	0,5	3,8	3,8	12,3	4,4	7,2	10,3	12,8	37,9	0,0
Madde 6	F	8	2	6	5	20	15	20	39	55	220	0
	%	2,1	0,5	1,5	1,3	5,1	3,8	5,1	10,0	14,1	56,4	0,0
Madde 7	F	61	9	8	7	28	10	18	33	32	184	0
	%	15,6	2,3	2,1	1,8	7,2	2,6	4,6	8,5	8,2	47,2	0,0
Madde 8	F	47	4	4	5	29	10	31	42	37	181	0
	%	12,1	1,0	1,0	1,3	7,4	2,6	7,9	10,8	9,5	46,4	0,0

Tablo 4.13 *Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı*

Değişken (n=390)	**N**	**%**

Cinsiyet		
Kadın	171	43,8
Erkek	219	56,2
Yaş (Ort±SS= 35,87±10,74)		
18-25	65	16,7
26-40	218	55,9
41 ve üzeri	107	27,4
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	119	30,5
Çalışmıyor	271	69,5
Medeni Durum		
Evli	137	35,1
Bekar	253	64,9
Çocuğa Sahip Olma Durumu		
Var	253	60,3
Yok	155	39,7
Eğitim Düzeyi		
Eğitimsiz	9	2,3
İlköğretim	112	28,7
Lise	143	36,7
Üniversite ve üzeri	126	32,3
Kiminle Yaşıyor		
Yalnız	80	20,5
Sadece Eşi ile	51	13,1
Sadece Çocuğu ile	44	11,3
Diğer(Aile ile)	215	55,1
Yaşadığı Yer		
Ev	374	95,9
Kurum	9	2,3
Diğer	7	1,8
Yaşadığı Bölge		
Kırsal	48	12,3
Kentsel	342	87,7
Sigara Kullanımı		
Var	288	73,8
Yok	102	26,2

Tablo 4.11 (devam)

Alkol Kullanımı		
Var	80	20,5

Yok	310	79,5
Madde Kullanımı		
Var	22	5,6
Yok	368	94,4
Psikiyatri Klinik Yatış Sayısı		
1 kez	210	53,8
2 kez	109	27,9
3 kez	41	10,5
4 kez	20	5,1
5 ve daha fazla kez	10	2,6

Tablo 4.13 göre, katılımcıların %43,8'inin kadın,yaş dağılımına bakıldığında, 25-40 yaş aralığında (%55,9), %69,5'inin çalışmadığı, %64,9'u bekar, %60,3'ünün çocuk sahibi olduğu, %32,3'ü üniversite ve üzeri eğitime sahip, %20,5'i yalnız yaşadığı, %95,9 evde, %87,7'si kentsel bölgede yaşadığı, %73,8'inin sigara %20,5 alkol, %5,6'sının madde kullandığı tespit edilmiştir. Psikiyatri klinik yatış sayısı ele alındığında, katılımcıların %53,8'i bir kere, %27,9'u iki kere, %10,5'i üç kere, %5,1'i dört kere ve %2,6'sı daha fazla sayıda yatış geçirmiştir.

Tablo 4.14 *Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin KPHTYÖ ve THOÖ Alt ve Toplam Alabilecekleri Alt ve Üst Puanlar, Puanların Ortalama ve Standart Sapmaları*

Ölçekler	$\bar{x}$±SS	**Min-Max**	**Alınabilecek Alt ve Üst Puanlar**
Faktör 1	9,09±5,28	5-25	5-25
Faktör 2	8,30±4,58	4-20	4-20
Faktör 3	10,26±4,89	5-25	5-25
Faktör 4	9,67± 5,17	4-20	4-20
Faktör 5	10,61± 5,45	4-20	4-20
Faktör 6	9,63± 5,22	4-20	4-20
Faktör 7	6,50± 3,63	3-15	3-15
KPHTYÖ – Toplam	64,06± 18,52	29-124	29-145
Kişisel Durum	14,40± 5,45	0-20	0-20
Bilgi	12,39± 7,07	0-20	0-20
Baş Etme	16,12± 4,49	0-20	0-20
Beklenen Değer	14,74± 6,42	0-20	0-20
THOÖ – Toplam	57,65± 16,95	3-80	0-80

Tablo 4.14 KPHTYÖ açısından incelendiğinde, Faktör 1 için ortalama 9,09, standart sapma 5,28 olduğu, Faktör 2 için ortalama 8,30, standart sapma 4,58 olduğu, Faktör 3 için ortalama 10,26, standart sapma 4,89 olduğu, Faktör 4 için ortalama

9,67, standart sapma 5,17, Faktör 5 için ortalama 10,61, standart sapma 5,45 olduğu, Faktör 6 için ortalama 9,63, standart sapma 5,22 ve Faktör 7 için ortalama 6,50, standart sapma 3,63 olduğu görülmektedir. Öte yandan toplam KPHTYÖ puanı ortalam ası 64,06, standart sapması 18,52 olduğu da görülmektedir. THOÖ açısından incelendiğinde ise, kişisel durum için ortalama 14,40, standart sapma 5,45 olduğu, bilgi için ortalama 12,39, standart sapma 7,07 olduğu, baş etme için ortalama 16,12, standart sapma 4,49 olduğu, beklenen değer için ortalama 14,74, standart sapma 6,42 olduğu görülmektedir. Ayrıca, toplam THOÖ puanı ortalaması 57,65, standart sapması 16,95 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.15 *Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin KPHTYÖ ve THOÖ Ölçekleri ve Alt Boyutlarının Dağılımlarına İlişkin Normallik Bulguları*

Test Adı	**Kolmogorov Smirnov**			
Ölçekler	**Çarpıklık**	**Basıklık**	**Test İstatistiği**	**p-değeri**
Faktör 1	1,49	1,67	0,22	**0,0001***
Faktör 2	1,01	0,13	0,18	**0,0001***
Faktör 3	0,85	0,00	0,14	**0,0001***
Faktör 4	0,56	-0,91	0,14	**0,0001***
Faktör 5	0,38	-1,15	0,14	**0,0001***
Faktör 6	0,56	-0,93	0,16	**0,0001***
Faktör 7	0,86	-0,28	0,17	**0,0001***
KPHTYÖ – Toplam	0,51	-0,39	0,09	**0,0001***
Kişisel Durum	-0,88	-0,19	0,16	**0,0001***
Bilgi	-0,59	-1,00	0,15	**0,0001***
Baş Etme	-1,31	1,31	0,19	**0,0001***
Beklenen Değer	-1,08	-0,06	0,21	**0,0001***
THOÖ – Toplam	-0,59	-0,44	0,09	**0,0001***

, p<0,05

Tablo 4.15 incelendiğinde, sunulan Kolmogorov-Smirnov testi sonuçlarına göre, ölçeklerin ve alt boyutların normal dağılımdan sapma gösterdiği istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Bu bulgu, ilk bakışta parametrik testlerin kullanılmasının uygun olmadığını düşündürebilir. Ancak normal dağılımı değerlendirmenin tek yolu Kolmogorov-Smirnov testi değildir. Çarpıklık ve basıklık katsayıları da bu konuda önemli bilgi verir. Bu katsayılar için kabul edilebilir aralığın +2 ile -2 arasında olduğu genel olarak kabul edilir. Tablo 4.15'e bakıldığında, ölçeklerin ve alt

boyutların çarpıklık ve basıklık katsayılarının bu aralığa yakın olduğu görülmektedir. (George and Mallery, 2010). Merkezi limit teoremi, örneklem büyüklüğü arttıkça örneklem ortalamasının dağılımının anakütle ortalama dağılımına yakınlaşacağını söylemektedir. Örneklem büyüklüğünün 30 ve 30'dan büyük olması durumunda bu yakınsama daha da belirginleşmektedir. Bu çalışmada örneklem büyüklüğü 390'dır. Bu da, merkezi limit teoreminin varsayımlarının sağlanması anlamına gelir ve normal dağılıma yakınsama ihtimalini artırmaktadır (Toscano vd., 2001; Çil, 2008; Armutlulu, 2008). Örneklem hacmi 390 olduğundan bu bilgiler doğrultusunda, katılımcıların demografik özelliklerinin KPHTYÖ ve THOÖ düzeyleri üzerindeki farkların sınanması için parametrik testlerden yararlanılmıştır.

Tablo 4.16 *Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeğine Ait Test-Tekrar Test Güvenirlik Katsayıları*

			$\bar{x}$±SS	t istatistiği	p- değeri
Önce-Sonra					
KPHTKYÖ	Faktör 1	Önce	10,29 ±5,21	0,000	1,000
		Sonra	10,29 ±4,12		
	Faktör 2	Önce	8,05 ±2,85	0,498	0,621
		Sonra	7,57 ±3,33		
	Faktör 3	Önce	10,76 ±3,30	-0,315	0,755
		Sonra	11,10 ±3,56		
	Faktör 4	Önce	9,33 ±5,27	-0,252	0,803
		Sonra	9,76 ±5,76		
	Faktör 5	Önce	9,71 ±3,80	0,087	0,931
		Sonra	9,62 ±3,25		
	Faktör 6	Önce	8,38 ±4,51	-0,669	0,508
		Sonra	9,29 ±4,26		
	Faktör 7	Önce	7,38 ±3,51	-0,374	0,71
		Sonra	7,81 ±3,89		

p<0,05

Tablo 4.16'ya göre, bütün faktör puanlarının öncesi ve sonrasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği söylenebilir (p>0,05).

***Tablo* 4.17** *Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Katsayıları*

		F1_s	F2_s	F3_s	F4_s	F5_s	F6_s	F7_s
F1_o	R	,564**	0,360	-0,239	-0,234	0,007	-0,137	0,316
	P	0,008	0,109	0,297	0,307	0,977	0,554	0,163
F2_o	R	,521*	,698**	0,044	0,010	0,239	0,011	0,154
	P	0,015	0,000	0,851	0,966	0,296	0,962	0,506
F3_o	R	-0,333	-0,028	,729**	0,328	0,388	0,322	-0,015
	P	0,141	0,904	0,000	0,146	0,083	0,155	0,947
F4_o	R	0,030	-0,186	0,291	,879**	0,166	0,388	-0,350
	P	0,898	0,421	0,200	0,000	0,473	0,082	0,120
F5_o	r	0,041	0,168	0,231	0,383	,688**	,547*	-0,136
	p	0,861	0,467	0,313	0,087	0,001	0,010	0,557
F6_o	r	-0,192	-0,189	0,138	,544*	,478*	,859**	-0,092
	p	0,406	0,413	0,552	0,011	0,028	0,000	0,690
F7_o	r	0,044	0,096	-0,059	-0,190	-0,258	-0,325	,872**
	p	0,850	0,679	0,800	0,408	0,258	0,150	0,000
	N	21	21	21	21	21	21	21

p<0,05

Tablo 17'de, önceki (o) ve sonraki (s) ölçümleri arasındaki anlamlı korelasyonlar incelendiğinde, birçok faktörün zaman içerisindeki tutarlılığını ve birbirleriyle olan ilişkilerini ortaya koymaktadır. İlk faktörün önceki (F1_o) ve sonraki (F1_s) ölçümleri arasında güçlü bir pozitif korelasyon (r = 0,564, p = 0,008) bulunurken, ikinci faktörün önceki ölçümü (F2_o), hem kendi sonraki ölçümüyle (F2_s) (r = 0,698, p = 0,000) hem de birinci faktörün sonraki ölçümüyle (F1_s) (r = 0,521, p = 0,015) anlamlı ilişkiler göstermektedir. Üçüncü faktörün önceki ve sonraki ölçümleri (F3_o ve F3_s) arasında çok güçlü bir pozitif korelasyon (r = 0,729, p = 0,000) gözlenirken, dördüncü faktör için de benzer bir durum (F4_o ve F4_s arasında r = 0,879, p = 0,000) geçerlidir. Beşinci faktörün önceki ölçümü (F5_o), hem kendi sonraki ölçümüyle (F5_s) (r = 0,688, p = 0,001) hem de altıncı faktörün sonraki ölçümüyle (F6_s) (r = 0,547, p = 0,010) anlamlı pozitif ilişkiler kurmaktadır. Altıncı faktörün önceki ölçümü (F6_o), dördüncü (F4_s) (r = 0,544, p = 0,011) ve beşinci (F5_s) (r = 0,478, p = 0,028) faktörlerin sonraki ölçümleriyle pozitif ilişkiler gösterirken, kendi sonraki ölçümüyle (F6_s) (r = 0,859, p = 0,000) de çok güçlü bir pozitif korelasyon sergilemektedir. Son olarak, yedinci faktörün önceki ve sonraki

ölçümleri (F7_o ve F7_s) arasında da çok güçlü bir pozitif ilişki (r = 0,872, p = 0,000) bulunmaktadır. Bu bulgular, faktörlerin önceki ve sonraki ölçümleri arasında genellikle güçlü bir tutarlılık olduğunu ve bazı faktörlerin birbirleriyle anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 4.18 *Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre KPHTYÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Ölçek	Alt Boyutlar	Demografik Özellikler	$\bar{x}$±SS	t istatistiği	p- değeri
Cinsiyet					
KPHTYÖ	Faktör 1	Kadın	9,56 ±5,56	1,552	0,122
		Erkek	8,72 ±5,03		
	Faktör 2	Kadın	8,28 ±4,68	-0,083	0,934
		Erkek	8,32 ±4,52		
	Faktör 3	Kadın	10,50 ±4,86	0,832	0,406
		Erkek	10,08 ±4,93		
	Faktör 4	Kadın	9,23 ±5,05	-1,508	0,132
		Erkek	10,02 ±5,24		
	Faktör 5	Kadın	10,75 ±5,3	0,472	0,637
		Erkek	10,49 ±5,57		
	Faktör 6	Kadın	8,72 ±4,6	-2,97	**0,003***
		Erkek	10,24 ±5,33		
	Faktör 7	Kadın	6,49 ±3,65	-0,058	0,954
		Erkek	6,51 ±3,62		
	Genel KPHTKYÖ	Kadın	63,64 ±17,87	-0,392	0,695
		Evet	64,38 ±19,05		
Çalışma Durumu					
KPHTYÖ	Faktör 1	Çalışıyor	8,95 ±5,09	-0,348	0,728
		Çalışmıyor	9,15 ±5,37		
	Faktör 2	Çalışıyor	7,29 ±3,96	-2,932	**0,004***
		Çalışmıyor	8,75 ±4,77		
	Faktör 3	Çalışıyor	9,30 ±4,8	-2,609	**0,01***
		Çalışmıyor	10,69 ±4,89		
	Faktör 4	Çalışıyor	8,61 ±4,69	-2,702	**0,007***
		Çalışmıyor	10,14 ±5,3		
	Faktör 5	Çalışıyor	10,61 ±5,39	-0,006	0,995
		Çalışmıyor	10,61 ±5,49		
	Faktör 6	Çalışıyor	9,64 ±5,18	0,164	0,87
		Çalışmıyor	9,55 ±5,04		
	Faktör 7	Çalışıyor	6,78 ± 3,7	1,014	0,312
		Çalışmıyor	6,37 ±3,6		
	Genel KPHTKYÖ	Çalışıyor	61,18 ±16,98	-2,043	**0,042***
		Çalışmıyor	65,32 ±19,05		

Tablo 4.18 (devam)

Medeni Durum					
KPHTKYÖ	Faktör 1	Evli	7,77 ±4,12	-4,058	**0,0001***
		Bekar	9,80 ±5,69		
	Faktör 2	Evli	7,33 ±4,35	-3,181	**0,002***
		Bekar	8,83 ±4,63		
	Faktör 3	Evli	10,11 ±4,84	-0,461	0,645
		Bekar	10,35 ±4,93		
	Faktör 4	Evli	9,31 ±5,13	-1,01	0,314
		Bekar	9,87 ±5,18		
	Faktör 5	Evli	10,88 ±5,57	0,708	0,48
		Bekar	10,46 ±5,39		
	Faktör 6	Evli	9,39 ±4,9	-0,545	0,586
		Bekar	9,68 ±5,17		
	Faktör 7	Evli	6,04 ±3,36	-1,912	0,057
		Bekar	6,75 ±3,75		
	Genel KPHTYÖ	Evli	60,82 ±17,96	-2,587	**0,010***
		Bekar	65,81 ±18,62		
Ölçek	**Faktör**	**Demografik özellikler**	$\bar{x}$±SS	**t istatistiği**	**p- değeri**
Çocuğa Sahip Olma Durumu					
KPHTYÖ	Faktör 1	Yok	9,31 ±5,11	0,994	0,321
		Var	8,75 ±5,52		
	Faktör 2	Yok	8,50 ±4,39	1,037	0,301
		Var	8,00 ±4,86		
	Faktör 3	Yok	10,43 ±4,92	0,847	0,398
		Var	10,01 ±4,85		
	Faktör 4	Yok	9,73 ±5,29	0,286	0,775
		Var	9,58 ±5		
	Faktör 5	Yok	10,80 ±5,41	0,854	0,394
		Var	10,32 ±5,51		
	Faktör 6	Yok	9,71 ±5,11	0,634	0,526
		Var	9,37 ±5,03		
	Faktör 7	Yok	6,73 ±3,6	1,568	0,118
		Var	6,14 ±3,66		
	Genel KPHTYÖ	Yok	65,30 ±18,35	1,627	0,105
		Var	62,17 ±18,68		
Yaşanılan Bölge					
KPHTYÖ	Faktör 1	Kırsal	9,48 ±5,04	0,572	0,569
		Kentsel	9,03 ±5,31		
	Faktör 2	Kırsal	8,77 ±5,42	0,726	0,45
		Kentsel	8,24 ±4,46		
	Faktör 3	Kırsal	10,44 ±5,31	0,244	0,808
		Kentsel	10,24 ±4,84		
	Faktör 4	Kırsal	9,29 ±4,43	-0,544	0,587
		Kentsel	9,73 ±5,26		
	Faktör 5	Kırsal	10,94 ±6,25	0,447	0,655
		Kentsel	10,56 ±5,34		
	Faktör 6	Kırsal	10,25 ±5,51	0,917	0,363
		Kentsel	9,48 ±5,01		
	Faktör 7	Kırsal	5,60 ±3,33	-1,96	0,054
		Kentsel	6,62 ±3,66		
	Genel KPHTKYÖ	Kırsal	65,19 ±20,76	0,409	0,684
		Kentsel	63,90 ±18,21		

Tablo 4.18 (devam)

Ölçek	Faktör	Demografik özellikler	$\bar{x}$±SS	t istatistiği	p- değeri
Sigara Kullanımı					
KPHTKYÖ	Faktör 1	Var	9,02 ±5,23	-0,409	0,683
		Yok	9,27 ±5,44		
	Faktör 2	Var	8,43 ±4,66	0,956	0,34
		Yok	7,94 ±4,37		
	Faktör 3	Var	10,26 ±4,96	-0,025	0,98
		Yok	10,27 ±4,71		
	Faktör 4	Var	9,51 ±5,2	-1,028	0,305
		Yok	10,12 ±5,06		
	Faktör 5	Var	10,85 ±5,6	1,46	0,145
		Yok	9,93 ±4,97		
	Faktör 6	Var	9,94 ±5,28	2,634	**0,009***
		Yok	8,55 ±4,3		
	Faktör 7	Var	6,61 ±3,7	1,113	0,267
		Yok	6,17 ±3,42		
	Genel KPHTYÖ	Var	64,63 ±18,86	1,056	0,293
		Yok	62,45 ±17,51		
Alkol Kullanımı					
KPHTYÖ	Faktör 1	Var	9,50 ±5,04	0,812	0,418
		Yok	8,98 ±5,34		
	Faktör 2	Var	9,81 ±4,79	3,209	**0,002***
		Yok	7,91 ±4,45		
	Faktör 3	Var	10,56 ±5,04	0,598	0,551
		Yok	10,19 ±4,86		
	Faktör 4	Var	10,61 ±5,83	1,832	0,068
		Yok	9,43 ±4,96		
	Faktör 5	Var	11,16 ±5,64	0,996	0,321
		Yok	10,46 ±5,4		
	Faktör 6	Var	10,86 ±5,39	2,437	**0,016***
		Yok	9,24 ±4,94		
	Faktör 7	Var	7,26 ±3,66	2,103	**0,038***
		Yok	6,30 ±3,6		
	Genel KPHTYÖ	Var	70,03 ±20,74	3,273	**0,001***
		Yok	62,52 ±17,62		
Madde Kullanımı					
KPHTYÖ	Faktör 1	Var	9,14 ±4,68	0,05	0,96
		Yok	9,08 ±5,32		
	Faktör 2	Var	10,64 ±4,42	2,543	**0,018***
		Yok	8,16 ±4,56		
	Faktör 3	Var	12,64 ±4,8	2,386	**0,025***
		Yok	10,12 ±4,87		
	Faktör 4	Var	12,32 ±5,97	2,157	**0,042***
		Yok	9,51 ±5,08		
	Faktör 5	Var	12,14 ±5,16	1,355	**0,176**
		Yok	10,52 ±5,46		
	Faktör 6	Var	12,68 ±5,65	2,672	**0,014***
		Yok	9,39 ±4,98		
	Faktör 7	Var	8,09 ±3,99	1,94	0,065
		Yok	6,40 ±3,59		
	Genel KPHTYÖ	Var	78,55 ±21,38	3,3	**0,003***
		Yok	63,19 ±18		

**, p<0,05*

Tablo 18 cinsiyet bazında incelendiğinde, Faktör 6'da kadınların erkeklere göre daha düşük ortalamaya sahip olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. (p=0,003<0,05). Çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde, Faktör 2, Faktör 3, Faktör 4 ve Genel KPHTYÖ puanlarında çalışan bireyler ile çalışmayanlar arasında anlamlı farklar saptanmış ve çalışan bireylerin ortalamasının çalışmayanların ortalamasına göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (p<0,05). Medeni duruma göre incelendiğinde, evli bireylerin Faktör 1, Faktör 2 ve Genel KPHTYÖ puanlarında bekârlara göre anlamlı düşük puanlar aldığı gözlemlenmiştir (p<0,05). Çocuk durumu ve yaşanılan bölgeye göre yapılan karşılaştırmalarda ise KPHTYÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmemektedir. (p>0,05). Sigara, alkol ve madde kullanımı ile Faktör 2, Faktör 3, Faktör 4, Faktör 5, Faktör 6 ve Genel KPHTYÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Sigara kullanımına göre incelendiğinde, sigara kullanan bireylerin Faktör 6 puan ortalaması, sigara kullanmayan bireylere göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (p=0,009<0,05). Alkol kullanan bireylerin Faktör 2, Faktör 6, Faktör 7 ve Genel KPHTYÖ puan ortalamaları, alkol kullanmayan bireylere göre daha yüksektir. Bu farklar istatistiksel olarak da anlamlıdır (p<0,05). Madde kullanan bireylerin Faktör 2, Faktör 3, Faktör 4, Faktör 5, Faktör 6 ve genel KPHTYÖ puan ortalamaları, madde kullanmayan bireylere göre daha yüksektir. Bu farklar istatistiksel olarak da anlamlıdır (p<0,05). Sigara, alkol ve madde kullanımı, Faktör 2, Faktör 3, Faktör 4, Faktör 5, Faktör 6 ve Genel KPHTYÖ puanlarını olumsuz etkilemektedir.

***Tablo* 4.19** *Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre THOÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Değişken	Faktör		$\bar{x}$ ±SS	t istatistiği	p- değeri
Cinsiyet					
THOÖ	Kişisel Durum	Kadın	14,89 ±5,01	1,607	0,109
		Erkek	14,02 ±5,75		
	Bilgi	Kadın	12,31 ±7,59	-0,203	0,839
		Erkek	12,46 ±6,65		
	Baş Etme	Kadın	16,30 ±4,15	0,712	0,477
		Erkek	15,98 ±4,75		
	Beklenen Destek	Kadın	14,48 ±6,56	0,583	0,48
		Erkek	14,95 ±6,32		
	Genel THOÖ	Kadın	57,98 ±17	0,25	0,736
		Erkek	57,40 ±16,95		
Çalışma					

Durumu					
THOÖ	Kişisel Durum	Çalışıyor	15,24 ±5,28	2,059	**0,041***
		Çalışmıyor	14,03 ±5,49		
	Bilgi	Çalışıyor	13,87 ±6,54	2,873	**0,004***
		Çalışmıyor	11,74 ±7,21		
	Baş Etme	Çalışıyor	16,61 ±3,9	1,529	0,127
		Çalışmıyor	15,90 ±4,72		
	Beklenen Destek	Çalışıyor	15,44 ±6,13	1,419	0,157
		Çalışmıyor	14,44 ±6,54		
	Genel THOÖ	Çalışıyor	61,16 ±15,64	2,729	**0,007***
		Çalışmıyor	56,11 ±17,3		
Medeni Durum					
THOÖ	Kişisel Durum	Evli	14,60 ±5,07	0,539	0,59
		Bekar	14,30 ±5,65		
	Bilgi	Evli	11,81 ±7,52	-1,197	0,232
		Bekar	12,71 ±6,81		
	Baş Etme	Evli	16,18 ±4,4	0,211	0,833
		Bekar	16,08 ±4,55		
	Beklenen Destek	Evli	15,43 ±6,23	1,583	0,114
		Bekar	14,37 ±6,51		
	Genel THOÖ	Evli	58,02 ±16,51	0,319	0,75
		Bekar	57,45 ±17,21		
Çocuk Durumu					
THOÖ	Kişisel Durum	Yok	14,32 ±5,62	-0,378	0,706
		Var	14,53 ±5,19		
	Bilgi	Yok	13,02 ±6,48	2,093	**0,037***
		Var	11,44 ±7,8		
	Baş Etme	Yok	16,29 ±4,49	0,905	0,366
		Var	15,86 ±4,49		
	Beklenen Destek	Yok	14,77 ±6,23	0,124	0,901
		Var	14,69 ±6,73		
	Genel THOÖ	Yok	58,40 ±16,84	1,067	0,287
		Var	56,52 ±17,11		
Değişken	**Faktör**		**$\bar{x}$ ±SS**	**t istatistiği**	**p- değeri**
Yaşanılan Bölge					
THOÖ	Kişisel Durum	Kırsal	15,56 ±5,17	1,647	0,105
		Kentsel	14,24 ±5,47		
	Bilgi	Kırsal	12,60 ±7,07	0,222	0,825
		Kentsel	12,36 ±7,08		
	Baş Etme	Kırsal	17,19 ±4,59	1,73	0,089
		Kentsel	15,97 ±4,46		
	Beklenen Destek	Kırsal	16,35 ±5,63	1,864	0,063
		Kentsel	14,51 ±6,5		
	Genel THOÖ	Kırsal	61,71 ±16,37	1,824	0,073
		Kentsel	57,08 ±16,98		

Tablo 4.19 (devam)

Sigara Kullanımı					
THOÖ	Kişisel Durum	Var	14,29 ±5,63	-0,675	0,5
		Yok	14,72 ±4,91		
	Bilgi	Var	12,81 ±6,94	1,896	0,06
		Yok	11,23 ±7,33		
	Baş Etme	Var	16,18 ±4,61	0,513	0,609
		Yok	15,93 ±4,15		
	Beklenen Destek	Var	14,98 ±6,16	1,149	0,252
		Yok	14,07 ±7,12		
	Genel THOÖ	Var	58,26 ±17,11	1,21	0,228
		Yok	55,94 ±16,47		
Alkol Kullanımı					
THOÖ	Kişisel Durum	Var	13,50 ±6,27	-1,666	0,096
		Yok	14,64 ±5,2		
	Bilgi	Var	13,14 ±6,91	1,075	0,284
		Yok	12,20 ±7,11		
	Baş Etme	Var	15,11 ±5,78	-2,258	**0,025***
		Yok	16,38 ±4,07		
	Beklenen Destek	Var	14,34 ±6,45	-0,628	0,531
		Yok	14,85 ±6,43		
	Genel THOÖ	Var	56,09 ±18,48	-0,868	0,387
		Yok	58,06 ±16,54		
Madde Kullanımı					
THOÖ	Kişisel Durum	Var	11,73 ±6,89	-2,386	0,018*
		Yok	14,56 ±5,32		
	Bilgi	Var	11,14 ±7,13	-0,851	0,404
		Yok	12,47 ±7,07		
	Baş Etme	Var	12,77 ±7,08	-3,653	**0,0001***
		Yok	16,32 ±4,22		
	Beklenen Destek	Var	13,86 ±4,26	-0,659	0,51
		Yok	14,79 ±6,53		
	Genel THOÖ	Var	49,50 ±16,69	-2,357	**0,027**
		Yok	58,14 ±16,86		

, p<0,05

Tablo 4.19 incelendiğinde, THOÖ ve alt boyutları ortalamalarının cinsiyete, medeni duruma, çalışma durumuna ve sigara kullanma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir (p>0,05). Çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde, çalışan bireylerin kişisel durum, bilgi ve genel THOÖ puan ortalamalarının, çalışmayan bireylere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmekle birlikte aralarındaki bu farklılıkların anlamlı olduğu görülmektedir

(p=0,041, p=0,004, p=0,007<0,05). Çocuk sahibi olma durumları incelendiğinde, çocukları olmayan bireylerin bilgi alt boyutu puan ortalaması, çocuk sahibi olan bireylerin ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve bu farklılığın anlamlı olduğu görülmektedir (p=0,037<0,05). Alkol kullanımına göre incelendiğinde, alkol kullanan bireylerin baş etme alt boyutu ortalaması, alkol kullanmayanların ortalamasına göre daha düşük olduğu ve bu farklılığın da anlamlı olduğu görülmüştür (p=0,025<0,05). Sigara kullanımına göre incelendiğinde, sigara kullanan bireylerin baş etme alt boyutu ve genel THOÖ ortalaması, sigara kullanmayanların ortalamasına göre daha düşük olduğu ve bu farklılığın da anlamlı olduğu görülmüştür (p=0,0001, p=0,027<0,05).

Tablo 4.20 *Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre KPHTYÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Değişken	Faktör		$\bar{x}$ ±SS	F	p- değeri
Yaş					
KPHTKYÖ	Faktör 1	18-25 arası	8,77±4,25	2,882	0,057
		26-40 arası	9,63±5,65		
		41 ve üzeri	8,18±4,94		
	Faktör 2	18-25 arası	8,00±3,78	2,579	0,077
		26-40 arası	8,75±4,81		
		41 ve üzeri	7,57±4,49		
	Faktör 3	18-25 arası	10,38±4,76	0,314	0,73
		26-40 arası	10,39±5,1		
		41 ve üzeri	9,94±4,57		
	Faktör 4	18-25 arası	10,68±5,72	1,52	0,22
		26-40 arası	9,53±4,95		
		41 ve üzeri	9,36±5,23		
	Faktör 5	18-25 arası	10,49±5,24	0,054	0,948
		26-40 arası	10,69±5,53		
		41 ve üzeri	10,51±5,47		
	Faktör 6	18-25 arası	9,65±5,45	0,008	0,992
		26-40 arası	9,56±5,19		
		41 ve üzeri	9,56±4,63		
	Faktör 7	18-25 arası	6,48±3,2	0,100	0,905
		26-40 arası	6,56±3,51		
		41 ve üzeri	6,37±4,11		
	Genel KPHTKYÖ	18-25 arası	64,75±18,35	1,422	0,243
		26-40 arası	65,11±19,31		
		41 ve üzeri	61,51±6,84		
Eğitim Düzeyi					
KPHTKYÖ	Faktör 1	İlköğretim ve altı	8,46±5,53	1,39	0,25
		Lise	9,54±5,39		
		Lisans ve üstü	9,17±4,87		
	Faktör 2	İlköğretim ve altı	8,19±4,97	0,232	0,793

		Lise	8,51±4,32		
		Lisans ve üstü	8,17±4,52		
	Faktör 3	İlköğretim ve altı	10,86±5,04	1,304	0,273
		Lise	10,02±4,69		
		Lisans ve üstü	9,97±4,97		
	Faktör 4	İlköğretim ve altı	10,12±5,54	0,832	0,436
		Lise	9,3±4,81		
		Lisans ve üstü	9,66±5,19		
	Faktör 5	İlköğretim ve altı	11,87±6,09	8,01	**0,0001***
		Lise	10,81±5,35		
		Lisans ve üstü	9,17±4,55		
	Faktör 6	İlköğretim ve altı	10,5±5,33	3,031	**0,049***
		Lise	9,29±4,87		
		Lisans ve üstü	9,01±4,97		
	Faktör 7	İlköğretim ve altı	5,82±3,55	3,526	**0,030***
		Lise	6,62±3,66		
		Lisans ve üstü	7,02±3,59		
	Genel KPHTKYÖ	İlköğretim ve altı	65,82±20,21	1,211	0,299
		Lise	64,23±17,71		
		Lisans ve üstü	62,17±17,68		
Değişken	**Faktör**		**$\bar{x}$ ±SS**	**F**	**p- değeri**
Yaşanılan Kişi					
KPHTKYÖ	Faktör 1	Yalnız	11,9±7,14	11,061	**0,0001***
		Sadece Eşiyle	7,37±3,65		
		Sadece Çocuğuyla	8,73±4,49		
		Aile	8,52±4,54		
	Faktör 2	Yalnız	10,00±5,51	4,806	**0,003***
		Sadece Eşiyle	7,65±4,4		
		Sadece Çocuğuyla	7,75±3,98		
		Aile	7,94±4,23		
	Faktör 3	Yalnız	10,09±5,3	0,401	0,753
		Sadece Eşiyle	10,92±5,12		
		Sadece Çocuğuyla	9,95±3,78		
		Aile	10,24±4,9		
	Faktör 4	Yalnız	9,93±5,37	0,438	0,726
		Sadece Eşiyle	10,2±5,25		
		Sadece Çocuğuyla	9,11±4,81		
		Aile	9,57±5,16		
	Faktör 5	Yalnız	9,665,02	1,149	0,329
		Sadece Eşiyle	10,78±5,55		
		Sadece Çocuğuyla	10,39±4,87		
		Aile	10,96±5,69		
	Faktör 6	Yalnız	9,36±5,08	0,609	0,609
		Sadece Eşiyle	9,95±,2		
		Sadece Çocuğuyla	8,73±5,05		
		Aile	9,75±5,06		
	Faktör 7	Yalnız	6,99±3,79	1,411	0,239
		Sadece Eşiyle	6,1±3,22		
		Sadece Çocuğuyla	7,143,65		
		Aile	6,28±3,65		
	Genel KPHTKYÖ	Yalnız	67,93±18,64	1,506	0,212
		Sadece Eşiyle	62,92±18,51		

		Sadece Çocuğuyla	62,25±18,51		
		Aile	63,26±18,42		

Tablo 4.20 (devam)

Klinik Yatış Sayısı					
KPHTKYÖ	Faktör 1	1	8,53±5,15	2,526	0,081
		2	9,72±5,49		
		3 ve üzeri	9,75±5,2		
	Faktör 2	1	7,71±4,3	6,196	**0,002***
		2	8,41±4,86		
		3 ve üzeri	9,89±4,63		
	Faktör 3	1	9,78±4,48	6,157	**0,002***
		2	10,02±5,12		
		3 ve üzeri	12,07±5,34		
	Faktör 4	1	9,24±4,96	7,34	**0,001***
		2	9,14±4,63		
		3 ve üzeri	11,76±6,02		
	Faktör 5	1	10,14±5,23	5,569	**0,004***
		2	10,26±5,4		
		3 ve üzeri	12,54±5,83		
	Faktör 6	1	8,99±4,78	17,762	**0,0001***
		2	8,68±4,62		
		3 ve üzeri	12,68±5,48		
	Faktör 7	1	6,1±3,41	2,783	0,063
		2	6,91±3,7		
		3 ve üzeri	7,04±4,05		
	Genel KPHTKYÖ	1	60,51±6,69	19,784	**0,0001***
		2	63,32±18,63		
		3 ve üzeri	75,72±19,05		

, p<0,05

Tablo 4.16 incelendiğinde, eğitim düzeyi açısından bakıldığında, Faktör 5, Faktör 6 ve Faktör 7 alt boyutları için eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (p=0,0001, p= 0,049, p=0,030<0,05). Faktör 5 için ilköğretim ve altı ortalaması 11,87, lise ortalaması 10,8 ve lisans ve üstü ortalaması 9,17 olduğu; Faktör 6 için ilköğretim ve altı ortalaması 10,50, lise ortalaması 9,29 ve lisans ve üstü ortalaması 9,01 olduğu; Faktör 7 için ise ilköğretim ve altı ortalaması 5,82, lise ortalaması 6,62 ve lisans ve üstü ortalaması 7,02 olduğu görülmektedir. Yaşanılan kişi açısından incelendiğinde, Faktör 1 ve Faktör 2 alt boyutları için yaşanılan kişi grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (p=0,0001, p=0,003<0,05). Faktör 1 için yalnız yaşayanların ortalaması 11,90, sadece eşiyle yaşayanların ortalaması 7,37, sadece çocuğuyla yaşayanların ortalaması 8,73, aile ile yaşayanların ortalaması 8,52 olduğu; Faktör 2 için yalnız yaşayanların ortalaması 10, sadece eşiyle yaşayanların ortalaması 7,65, sadece çocuğuyla yaşayanların ortalaması

7,75, aile ile yaşayanların ortalaması 7,94 olduğu görülmektedir. Klinik yatış sayısı açısından incelendiğinde, Faktör 2, Faktör 3, Faktör 4, Faktör 5, Faktör 6 ve genel KPHTYÖ puanları klinik yatış sayılarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Genel KPHTYÖ için klinik yatış sayısı 1 olanların ortalaması 60,50, klinik yatış sayısı 2 olanların ortalaması 63,32, klinik yatış sayısı 3 ve daha fazla olanların ortalaması 75,72 olduğu görülmektedir.

Tablo 4.21 *Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre KPHTKYÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarına İlişkin Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları (Sadece Anlamlı Farklılık Olanlar Dahil Edilmiştir)*

			Ortalama Fark	Standart Hata	p-değeri
Eğitim Düzeyi					
Faktör 5	İlköğretim ve altı	Lise	1,06	0,66	0,111
		Lisans ve üzeri	2,70	0,68	**0,0001***
	Lise	Lisans ve üzeri	1,64	0,65	**0,012***
Faktör 6	İlköğretim ve altı	Lise	1,20	0,62	0,055
		Lisans ve üzeri	1,49	0,64	**0,021***
	Lise	Lisans ve üzeri	0,29	0,62	0,643
Faktör 7	İlköğretim ve altı	Lise	-0,80	0,45	0,074
		Lisans ve üzeri	-1,20	0,46	**0,009***
	Lise	Lisans ve üzeri	-0,40	0,44	0,364
Yaşanılan Kişi					
Faktör 1	Yalnız	Sadece Eşiyle	4,53	0,91	**0,0001***
		Sadece Çocuğuyla	3,17	0,95	**0,001**
		Aile	3,38	0,67	**0,0001***
	Sadece Eşiyle	Sadece Çocuğuyla	-1,35	1,05	0,196
		Aile	-1,15	0,79	0,148
	Sadece Çocuğuyla	Aile	0,21	0,84	0,806
Faktör 2	Yalnız	Sadece Eşiyle	2,35	0,81	**0,004***
		Sadece Çocuğuyla	2,25	0,85	**0,008***
		Aile	2,06	0,59	**0,001***
	Sadece Eşiyle	Sadece Çocuğuyla	-0,10	0,93	0,912
		Aile	-0,29	0,70	0,678
	Sadece Çocuğuyla	Aile	-0,19	0,75	0,800
Klinik Yatış Sayısı					
Faktör 2	1	2	-0,70	0,53	0,189
		3 ve üzeri	-2,18	0,62	**0,001***
	2	3 ve üzeri	-1,47	0,69	**0,033***
Faktör 3	1	2	-0,24	0,57	0,677
		3 ve üzeri	-2,29	0,66	**0,001***
	2	3 ve üzeri	-2,05	0,74	**0,006***
Faktör 4	1	2	0,11	0,60	0,861
		3 ve üzeri	-2,52	0,70	**0,0001***
	2	3 ve üzeri	-2,62	0,78	**0,001***
Faktör 5	1	2	-0,12	0,64	0,852
		3 ve üzeri	-2,40	0,74	**0,001***
	2	3 ve üzeri	-2,28	0,82	**0,006***
Faktör 6	1	2	0,31	0,57	0,588
		3 ve üzeri	-3,69	0,67	**0,0001***

	2	3 ve üzeri	-4,00	0,74	**0,0001***
Genel KPHTKYÖ	1	2	-2,83	2,09	0,177
		3 ve üzeri	-15,22	2,43	**0,0001***
	2	3 ve üzeri	-12,40	2,70	**0,0001***

*, ***p<0,05***

Tablo 21'deki çoklu karşılaştırma testleri incelendiğinde, eğitim düzeyine göre; Faktör 5 ortalamalarına bakıldığında, ilköğretim ve altı ile lisans ve üzeri arasındaki farkın (p=0,0001<0,05) ve lise ve lisans üstü arasındaki farkın (p=0,012<0,05) anlamlı olduğu, Faktör 6 ortalamalarına bakıldığında, ilköğretim ve altı ile lisans ve üstü arasındaki farkın (p=0,021<0,05) anlamlı olduğu, Faktör 7 ortalamalarına bakıldığında ise, ilköğretim ve altı ile lisans ve üstü arasındaki farkın (p=0,009<0,05) anlamlı olduğu söylenebilir. Yaşanılan kişiye göre; Faktör 1 ve Faktör 2 ortalamaları incelendiğinde, yalnız yaşayan bireyler ile sadece eşiyle, sadece çocuğuyla ve aile ile yaşayan kişilerin ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir (p<0,05). Klinik yatış sayılarına göre bakıldığında ise; Faktör 2, Faktör 3, Faktör 4, Faktör 5, Faktör 6 ve genel KPHTYÖ ortalamaları incelendiğinde, yatış sayısı 1 olanlar ile 3 ve üzeri olanlar arasındaki ve yatış sayısı 2 olanlar ile 3 ve üzeri olanlar arasındaki farklılığın anlamlı olduğu görülmektedir (p<0,05).

***Tablo* 4.22** *Kronik Psikiyatrik Hastalığa Sahip Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre THOÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

			$\bar{x}$ ±SS	F	p- değeri
Yaş					
THOÖ	Kişisel Durum	18-25 arası	13,98±5,72	0,426	0,653
		26-40 arası	14,62±5,53		
		41 ve üzeri	14,21±5,13		
	Bilgi	18-25 arası	13,69±5,9	3,732	**0,025***
		26-40 arası	12,73±7,1		
		41 ve üzeri	10,92±7,46		
	Baş Etme	18-25 arası	16,57±5,02	0,544	0,581
		26-40 arası	16,12±4,41		
		41 ve üzeri	15,83±4,33		
	Beklenen Destek	18-25 arası	15,77±5,49	1,014	0,364
		26-40 arası	14,58±6,51		
		41 ve üzeri	14,45±6,76		
	Genel THOÖ	18-25 arası	60,02±16,77	1,632	0,197
		26-40 arası	58,05±18,02		
		41 ve üzeri	55,41±14,54		
Eğitim Düzeyi					
THOÖ	Kişisel Durum	İlköğretim ve altı	14,36±5,3	0,339	0,713

		Lise	14,68±5,35		
		Lisans ve üstü	14,13±5,72		
	Bilgi	İlköğretim ve altı	10,63±7,63	5,89	**0,003***
		Lise	12,88±6,98		
		Lisans ve üstü	13,53±6,31		

Tablo 4.22 (devam)

THOÖ	Baş Etme	İlköğretim ve altı	16,12±4,8	0,924	0,398
		Lise	16,47±4,12		
		Lisans ve üstü	15,72±4,59		
	Beklenen Destek	İlköğretim ve altı	14,99±6,87	1,357	0,259
		Lise	15,2±6,06		
		Lisans ve üstü	13,98±6,36		
	Genel THOÖ	İlköğretim ve altı	56,09±18,23	1,152	0,317
		Lise	59,23±16,83		
		Lisans ve üstü	57,37±15,76		
Yaşanılan Kişi			$\bar{x}$ ±SS	**F**	**p- değeri**
THOÖ	Kişisel Durum	Yalnız	13,81±6,39	2,258	0,081
		Sadece Eşiyle	12,92±5,51		
		Sadece Çocuğuyla	14,73±5,58		
		Aile	14,91±4,96		
	Bilgi	Yalnız	12,64±7,18	0,651	0,582
		Sadece Eşiyle	11,27±7,5		
		Sadece Çocuğuyla	11,86±7,41		
		Aile	12,67±6,87		
	Baş Etme	Yalnız	15,58±4,89	1,1	0,349
		Sadece Eşiyle	15,51±5,07		
		Sadece Çocuğuyla	16,18±5,31		
		Aile	16,45±3,98		
	Beklenen Destek	Yalnız	11,95±7,98	7,693	**0,0001***
		Sadece Eşiyle	14,75±6,24		
		Sadece Çocuğuyla	14,3±7,05		
		Aile	15,87±5,31		
	Genel THOÖ	Yalnız	53,98±19,72	3,194	**0,024***
		Sadece Eşiyle	54,45±18,3		
		Sadece Çocuğuyla	57,07±17,77		
		Aile	59,91±4,98		
Klinik Yatış Sayısı					
THOÖ	Kişisel Durum	1	15,03±5,1	9,194	**0,0001***
		2	14,78±5,15		
		3 ve üzeri	11,96±6,22		
	Bilgi	1	12,28±6,8	0,169	0,844
		2	12,72±7,6		
		3 ve üzeri	12,21±7,11		
	Baş Etme	1	16,38±4,21	1,988	0,138
		2	16,23±4,1		
		3 ve üzeri	15,17±5,68		
	Beklenen Destek	1	14,8±6,57	0,019	0,981
		2	14,71±6,1		
		3 ve üzeri	14,63±6,58		
	Genel THOÖ	1	58,49±16,31	2,059	0,129
		2	58,44±17,18		
		3 ve üzeri	53,97±18,17		

**, p<0,05*

Tablo 4.22 yaş açısından incelendiğinde, bilgi alt boyutu puan ortalaması yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (p=0,025<0,05). Yaş grubu 18-25 arası olan bireylerin ortalaması 13,69, 25-40 arası olan bireylerin ortalaması 12,73, 40 ve üzeri olan bireylerin ortalaması 10,92 olduğu görülmektedir. Yaş arttıkça bilgi alt boyutu düzeyinde düşüş olduğu söylenebilir. Eğitim düzeyi açısından bakıldığında, bilgi alt boyutu puan ortalaması yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (p=0,003<0,05). Eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olanların ortalaması 10,63, lise olanların ortalaması 12,88 ve lisans ve üstü olanların ortalaması 13,53 olduğu görülmektedir. Yaşanılan kişi açısından bakıldığında, beklenen destek alt boyutu ve genel THOÖ ortalamaları yaşanılan kişi gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir (p=0,0001, p=0,024<0,05). Yalnız yaşayan bireylerin beklenen destek ve genel THOÖ ortalamalarının aile ile yaşayan bireylere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Klinik yatış sayıları açısından incelendiğinde ise, kişisel durum alt boyutu ortalaması klinik yatış sayılarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir (p=0,0001<0,05). Bireylerin klinik yatış sayıları arttıkça kişisel durum puan ortalamasında düşüş olduğu söylenebilmektedir.

Tablo 4.23 *Kronik psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin demografik özelliklerine göre THOÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarına ilişkin çoklu karşılaştırma testi sonuçları*

			Ortalama Fark	Standart Hata	p-değeri
Yaş					
Bilgi	18-25 arası	25-40 arası	0,96	0,99	0,332
		40 ve üzeri	2,78	1,10	**0,012***
	25-40 arası	40 ve üzeri	1,81	0,83	**0,029***
Eğitim Düzeyi					
Bilgi	İlköğretim ve altı	Lise	-2,25	0,86	**0,009***
		Lisans ve üstü	-2,90	0,89	**0,001***
	Lise	Lisans ve üstü	-0,65	0,85	0,446
Yaşanılan Kişi					
Beklenen Destek	Yalnız	Sadece Eşiyle	-2,80	1,12	**0,013**
		Sadece Çocuğuyla	-2,35	1,18	0,047
		Aile	-3,92	0,82	**0,0001***
	Sadece Eşiyle	Sadece Çocuğuyla	0,45	1,29	0,727
		Aile	-1,12	0,98	0,250
	Sadece Çocuğuyla	Aile	-1,57	1,04	0,130
Genel THOÖ	Yalnız	Sadece Eşiyle	-0,48	3,01	0,875
		Sadece Çocuğuyla	-3,09	3,16	0,328
		Aile	-5,93	2,20	**0,007***
	Sadece Eşiyle	Sadece Çocuğuyla	-2,62	3,46	0,450
		Aile	-5,45	2,62	**0,038***

	Sadece Çocuğuyla	Aile	-2,83	2,78	0,309
Klinik Yatış Sayısı					
Kişisel Durumu	1	2	0,25	0,63	0,688
		3 ve üzeri	3,08	0,73	**0,000***
	2	3 ve üzeri	2,82	0,81	**0,001***

, p<0,05

Tablo 23'deki çoklu karşılaştırma testleri incelendiğinde, yaş gruplarına göre; bilgi alt boyutu ortalamalarına bakıldığında, 18-25 arası ile 40 ve üzeri yaşa sahip bireyler (p=0,012<0,05) ve 25-40 ile 40 ve üzeri yaşa sahip bireyler (p=0,029<0,05) arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyine göre; bilgi alt boyutu ortalamalarına bakıldığında, ilköğretim ve altı ile lise arasındaki (p=0,009<0,05) ve ilköğretim ve altı ile lisans ve üstü arasındaki (p=0,001<0,05) farkın anlamlı olduğu görülmektedir. Yaşanılan kişilere göre; beklenen destek alt boyutu ortalamalarına bakıldığında, yalnız yaşayanlar ile sadece eşiyle yaşayanlar arasında (p=0,013<0,05) ve yalnız yaşayanlar ile aile ile yaşayanlar arasındaki farklılığın anlamlı olduğu, genel THOÖ ortalamalarına bakıldığında, yalnız yaşayanlar ile aile ile yaşayanlar arasındaki (p=0,007<0,05) ve sadece eşiyle ve sadece çocuğuyla yaşayanlar arasındaki (p=0,038<0,05) farklılığın anlamlı olduğu görülmektedir. Klinik yatış sayısına göre; kişisel durum alt boyutu ortalamaları incelendiğinde, yatış sayısı 1 olanlar ile 3 ve üzeri yatış sayısı olanlar arasındaki (p=0,0001<0,05) ve yatış sayısı 2 olanlar ile yatış sayısı 3 ve üzeri olanlar arasındaki (p=0,001<0,05) farklılığın anlamlı olduğu görülmektedir.

Tablo 4.24 *KPHTYÖ ve Alt Boyutları ile THOÖ ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular*

		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	Genel KPHTKYÖ	Kişisel Durum	Bilgi	Baş Etme	Beklenen Destek	Genel THOÖ
F1	r	1	**,538****	**,175****	-0,093	0,089	-0,052	**,366****	**,523****	-0,048	**-,110***	**-,101***	**-,326****	**-,211****
	p		**0,000**	**0,001**	0,066	0,078	0,304	**0,000**	**0,000**	0,341	**0,030**	**0,047**	**0,000**	**0,000**
F2	r	**,538****	1	**,344****	0,063	**,190****	**,172****	**,315****	**,674****	**-,171****	**-,196****	**-,226****	**-,204****	**-,274****
	p	**0,000**		**0,000**	0,216	**0,000**	**0,001**	**0,000**	**0,000**	**0,001**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
F3	r	**,175****	**,344****	1	**,407****	**,162****	**,250****	0,080	**,645****	**-,480****	**-,317****	**-,475****	**-,186****	**-,483****
	p	**0,001**	**0,000**		**0,000**	**0,001**	**0,000**	0,115	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
F4	r	-0,093	0,063	**,407****	1	**,162****	**,339****	**-,114***	**,491****	**-,560****	**-,199****	**-,452****	-0,064	**-,407****
	p	0,066	0,216	**0,000**		**0,001**	**0,000**	**0,024**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	0,205	**0,000**
F5	r	0,089	**,190****	**,162****	**,162****	1	**,315****	0,023	**,550****	**-,235****	**-,127***	**-,281****	-0,065	**-,228****
	p	0,078	**0,000**	**0,001**	**0,001**		**0,000**	0,645	**0,000**	**0,000**	**0,012**	**0,000**	0,202	**0,000**
F6	r	-0,052	**,172****	**,250****	**,339****	**,315****	1	**-,135****	**,531****	**-,341****	**-,226****	**-,364****	-0,022	**-,309****
	p	0,304	**0,001**	**0,000**	**0,000**	**0,000**		**0,008**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	0,659	**0,000**
F7	r	**,366****	**,315****	0,080	**-,114***	0,023	**-,135****	1	**,336****	0,079	-0,074	-0,005	**-,221****	-0,090
	p	**0,000**	**0,000**	0,115	**0,024**	0,645	**0,008**		**0,000**	0,118	0,147	0,921	**0,000**	0,075
Genel KPHTKYÖ	r	**,523****	**,674****	**,645****	**,491****	**,550****	**,531****	**,336****	1	**-,487****	**-,333****	**-,522****	**-,280****	**-,539****
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Kişisel Durum	r	-0,048	**-,171****	**-,480****	**-,560****	**-,235****	**-,341****	0,079	**-,487****	1	**,325****	**,697****	**,283****	**,749****
	p	0,341	**0,001**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	0,118	**0,000**		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Bilgi	r	**-,110***	**-,196****	**-,317****	**-,199****	**-,127***	**-,226****	-0,074	**-,333****	**,325****	1	**,384****	**,264****	**,723****
	p	**0,030**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,012**	**0,000**	0,147	**0,000**	**0,000**		**0,000**	**0,000**	**0,000**
Baş Etme	r	**-,101***	**-,226****	**-,475****	**-,452****	**-,281****	**-,364****	-0,005	**-,522****	**,697****	**,384****	1	**,328****	**,773****
	p	**0,047**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	0,921	**0,000**	**0,000**	**0,000**		**0,000**	**0,000**
Beklenen Destek	r	**-,326****	**-,204****	**-,186****	-0,064	-0,065	-0,022	**-,221****	**-,280****	**,283****	**,264****	**,328****	1	**,667****
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	0,205	0,202	0,659	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**		**0,000**
Genel THOÖ	r	**-,211****	**-,274****	**-,483****	**-,407****	**-,228****	**-,309****	-0,090	**-,539****	**,749****	**,723****	**,773****	**,667****	1
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	0,075	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	

** ***p<0,05***

Tablo 24'deki ilişkiler incelendiğinde, KPHTYÖ Genel ile Faktör 1 pozitif ve orta şiddetli bir ilişki vardır (r=0.523, p=0.0001). KPHTYÖ Genel ile Faktör 2 güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif ilişki vardır (r=0,674, p=0,0001). KPHTYÖ Genel ile Faktör 3 güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif ilişki vardır (r=0,645, p=0,0001). KPHTYÖ Genel ile Faktör 5 güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif ilişki vardır (r=0,55, p=0,0001).

Tablo 24 incelendiğinde THOÖ Kişisel Durum ile Diğer Boyutlar Arasındaki İlişki: Kişisel Durum ile Baş Etme arasında güçlü bir pozitif ilişki vardır (r=0,697) ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,0001). Kişisel Durum ile Genel THOÖ arasında güçlü bir pozitif ilişki vardır (r=0,749) ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,0001). Bilgi ile Genel THOÖ arasında güçlü bir pozitif ilişki vardır (r=0,723) ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,0001). Baş Etme ile Genel THOÖ arasında güçlü bir pozitif ilişki vardır (r=0,773) ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,0001). Beklenen Destek ile Genel THOÖ Arasındaki İlişki: Beklenen Destek ile Genel THOÖ arasında güçlü bir pozitif ilişki vardır (r=0,667) ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,0001). KPHTYÖ ile THOÖ arasındaki ilişkinin negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı olduğu görülmektedir (p=0,0001<0,05). KPHTYÖ Faktör 3 ve Baş Etme arasında orta şiddette negatif ilişki vardır (r=-0,475). KPHTYÖ Faktör 3 ve Genel THOÖ arasında orta şiddette negatif ilişki vardır (r=-0,483) KPHTYÖ Faktör 4 ve Baş Etme arasında orta şiddette negatif ilişki vardır (r=-0,452). KPHTYÖ Faktör 4 ve Genel THOÖ arasında orta şiddette negatif ilişki vardır (r=-0,407) KPHTYÖ Faktör 4 ve Kişisel Durum arasında orta şiddette negatif ilişki vardır (r= -0, 560). Genel KPHTYÖ ve Baş etme arasında orta şiddette negatif ilişki vardır (r= -0, 522). THOÖ puanı artarken kişinin tekrar yatış riskinin azaldığı, KPHTYÖ puanı artarken ise kişinin tekrar yatış riskinin arttığı durumu da göz önünde bulundurulduğunda, önerilen KPHTYÖ ile paralel ölçek olan THOÖ arasındaki ilişkinin anlamlı ve orta düzeyde olması, benzer durumları ölçebileceğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilmektedir.

5. TARTIŞMA

Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği' nin geçerlik çalışması kapsamında, ilk olarak Açıklayıcı Faktör analizi yapılmıştır. Daha sonra Doğrulayıcı Faktör analizi yapılmıştır. Son olarak da güvenirlik analizleri yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğinin analizi için AFA tekniğinden yararlanılmıştır. Boyutlara ilk olarak faktör analizi yapılıp yapılamayacağını keşfetmek için KMO ve Bartlett testi uygulanmıştır. Literatüre göre KMO testinin 0.50 ve daha fazlası olması ve Bartlett testinin de istatistiksel olarak anlamlı olması ($p<0.05$'den) gerekmektedir (Jeong, 2004). KMO değeri için minimum değer 0,70'dir (Büyüköztürk, 2009; Çokluk vd., 2012). Bu doğrultuda bu çalışmada Açıklayıcı Faktör analizinde; KMO değerinin 0,833 olduğu hesaplanmıştır. KMO değeri, 0,50'nin üzerinde olması gereken kabul edilebilir sınırın oldukça üzerindedir. Bu, verilerinizin faktör analizi için güçlü bir yapıya sahip olduğunu gösterir. KMO değerinin 1'e yaklaşması, faktör yapısının daha güvenilir olduğunu da gösterir (Yaşlıoğlu, 2017). Bartlett Küresellik Testi: Bu test, değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını inceler. Bulgular doğrultusunda değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve faktör analizi için uygun olduklarını göstermektedir (Karakoç, 2014).

Ele alınan kronik psikiyatrik hastalıklarda tekrarlı klinik yatış risk değerlendirme ölçeğinde 5, 6, 15, 19, 22, 29, 30, 31, 35, 36 maddeleri varyans açıklama oranını ve güvenirlik oranını düşürdüğünden ölçekten çıkartılmıştır. Bunlara ek olarak, AFA yapısını da bozduklarından analizlere dahil edilmemiştirler. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği 'nin Açıklayıcı faktör analizi 29 madde üzerinde yapılmıştır ve 7 faktörlü yapı oluştuğu görülmüştür. Bu 7 alt boyut Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği toplam varyansının %64,142'sini açıkladığı görülmektedir. Çok faktörlü modellerde toplam varyansın %40 ile %60 aralığında olması yeterli kabul edilmektedir. Varyansın %50 ile %75 aralığında olması geçerli ve güçlü bir analiz olarak kabul edilmektedir (Büyüköztürk,2015). Toplam varyans açıklama oranı %50'nin üzerinde olduğundan, kabul edilebilir bir düzeyde olduğu görülmektedir (Hair vd., 2010).

Toplam puanın hesaplandığı likert tipi ölçüm araçlarının güvenirliğini belirleyen kat sayılar güvenirlik analizi ile hesaplanmaktadır. Kronik psikiyatrik hastalıklarda tekrarlı klinik yatış risk değerlendirme ölçeğinde 29 madde olduğu ve güvenirlik düzeyinin %83,3 olduğu görülmektedir. Ayrıca faktörler bazında güvenirlik düzeyleri incelendiğinde, %89,1 ile %72,4 arasında değiştiği görülmektedir. Ölçeğin ve alt boyutların Cronbach's Alpha değeri %70'in üzerinde olduğundan, güvenirlik analizi bulguları kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilir. Cronbach Alfa katsayısı, ölçek maddelerinin varyansları toplamının genel varyansa oranlaması ile hesaplanan, 0 ile 1 arasında değişim gösteren ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Genel kabul görmüş kriterlere göre, Cronbach Alfa katsayısı 0.00-0.40 arasında ise ölçek güvenilir değil, 0.40-0,60 arasında ise ölçek düşük güvenilirlikte, 0.60 – 0.80 aralığında olması ölçek için güvenilir sayılır. Bu aralıkta bir değer, ölçekteki maddelerin ortalama düzeyde tutarlı olduğunu ve ölçeğin tutarlı sonuçlar verdiğini gösterir. 0.80-1.00 aralığında ise ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğu söylenebilir. Bu aralıktaki bir değer, ölçekteki maddelerin çok tutarlı olduğunu ve ölçeğin oldukça güvenilir sonuçlar verdiğini gösterir (Özdamar, 2002; Tavşancıl, 2014).

Açıklayıcı faktör analizleri sonucunda 29 madde ve 7 faktörden oluşan yapı Doğrulayıcı Faktör Analizi(DFA) ile test edilmiştir. DFA modeli kurulurken katsayısı 0,5'in altında olan maddeler modelden çıkartılmıştır. Bu bağlamda, F3 alt boyutundan "Sosyal ortamlarda kendimi yeterince ifade edebilirim" maddesi (0,47), F6 alt boyutundan ise "Halen bir başkasına vurma/ zarar verme düşüncelerim oluyor" maddesi (0,48) modelden çıkartılmıştır.

Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği taslağının ölçüm modelinin uyum indeks değerleri ve iyi uyum değerleri ölçüm modelinin veri setine ne kadar iyi uyduğunu gösteren kriterleri içermektedir (Evci ve Aylar, 2017). DFA'da en önemli uyum iyiliği kriteri olan X2/sd (598,21/293=2,042) kriteri 3'ün altında olduğu ve dolayısıyla mükemmel uyumu temsil ettiği görülmektedir. Kök Ortalama Kare Hata (RMSEA) değeri 0,080'den daha küçük olmalıdır (Özdamar, 2022). Kök Ortalama Kare Hata (RMSEA), ölçüm modelinin mükemmel uyum kategorisinde yer almasa da kabul edilebilir uyum aralığında bulunmaktadır (0.052). Normed Fit Index (NFI) değeri ise kabul edilebilir

uyum aralığının altında olduğu görülmektedir (0.88). Comparative Fit Index (CFI) değeri kabul edilebilir uyum aralığındadır (0.93). Goodness of Fit Index (GFI) ve Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) değerleri, kabul edilebilir uyum aralıklarında yer almaktadır (0.90 ve 0.87). Bu sonuçlar, ölçüm modelinin genel olarak kabul edilebilir bir uyum sergilediğini, ancak iyileştirmeye yönelik potansiyel alanların bulunduğunu işaret etmektedir.

DFA grafiği incelendiğinde, F1 alt boyutu üzerinde en etkili madde 0,84'lük katsayıyla "Tedavi sürecimde ailemin benim her zaman destekçim olduğunu bilirim" maddesi, F7 at boyutu üzerinde etkisi en düşük madde ise 0,52'lik katsayıyla "Psikiyatri kliniğinde uygulanan tedavinin faydalı olduğunu düşünmüyorum" maddesi olduğu görülmektedir.

Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği maddeleri ile gizli değişkenler arasındaki ilişkilere bakıldığında bütün ölçülen değişkenler ile gizli değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Bu araştırma kapsamında geliştirilen Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği'nden alınabilecek minimum puan 29 ve maksimum puan 124'dür. Araştırma kapsamındaki hastaların genel KPHTKYÖ için klinik yatış sayısı 1 olanların puan ortalaması 60,50, klinik yatış sayısı 2 olanların puan ortalaması 63,32, klinik yatış sayısı 3 ve daha fazla olanların puan ortalaması 75,72 olduğu görülmektedir. Ölçekten alınan puanın artışı, kronik psikiyatrik hastalığa sahip olan bireylerin tekrarlı klinik yatış riskinin arttığını göstermekle birlikte araştırma kapsamındaki hastaların ölçekten almış oldukları puanın düşüşü tekrarlı klinik yatış riskinin düşüş olduğu söylenebilir. 18 ay içerisinde psikiyatri klinik yatış sayısı ele alındığında, katılımcıların %53,8'i bir kere, %27,9'u iki kere, %10,5'i üç kere, %5,1'i dört kere ve %2,6'sı daha fazla sayıda yatışı olmuştur. Literatürde kronik psikiyatrik hastalığa sahip olan bireylerin %17.0'ının 3 kez, %29.8'inin ise 4 kez ve üzeri hastaneye yatmış olduğu belirtilmektedir (Çoker vd., 2021). Benzer başka bir araştırmada alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin ilk altı ayda %24,2'sinin (n=64) tekrar yatışının yapıldığı bildirilmektedir. Yapılan başka bir çalışmada ise yeniden kabullerin genel görülme oranı %16,04'tür; 30 gün

içinde yeniden kabul oranı %6,26, 31-180 gün arasında yeniden kabul oranı ise %9,44 olarak bulunmuştur (Favero vd., 2020).

Kronik psikiyatrik hastalığa sahip olan bireylerin KPHTKYÖ toplam puanlarının sosyodemografik, klinik ve kültürel özelliklere göre farklılık gösterdiği görülmüştür.

Çalışma durumu incelendiğinde, katılımcıların %30,5'inin çalıştığı, %69,5'inin ise çalışmadığı tespit edilmiştir. Çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde, Faktör 2, Faktör 3, Faktör 4 ve Genel KPHTYÖ puanlarında çalışan bireyler ile çalışmayanlar arasında anlamlı farklar saptanmış ve çalışan bireylerin ortalamasının çalışmayanların ortalamasına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Yapılan bir çalışmada psikiyatrik hastalığa sahip olan bireylerin %56,8'inin işsiz olduğu saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada işsiz olma durumu tekrarlı yatış için risk faktörü olarak kabul edilmektedir(Zhu vd., 2022).

Medeni duruma göre, katılımcıların %35,1'i evli iken, %64,9'u bekar durumdadır. Medeni duruma göre incelendiğinde, evli bireylerin Faktör 1, Faktör 2 ve Genel KPHTKYÖ puanlarında bekârlara göre anlamlı düşük puanlar aldığı gözlemlenmiştir ($p<0,05$). Benzer araştırmalarda bekar olma durumu tekrarlı yatış için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Zanardo vd., 2017; Ortiz, 2019; Şener, 2020).

Alkol kullanımına göre incelendiğinde ise alkol kullanan bireylerin Faktör 2, Faktör 6, Faktör 7 ve Genel KPHYKYÖ puan ortalamaları, alkol kullanmayan bireylere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu ve bu farklılığın da anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Alkol bağımlılığı ile yatışı yapılan bireylerin taburcu olduktan sonraki ilk 6 ayda %24,2'sinin tekrardan yatışının yapıldığı bildirilmektedir (Geniş vd., 2021a). Yapılan başka bir araştırmada alkol kullanımın tekrarlı yatış riskini artırdığı bildirilmektedir (Owusu vd., 2022). Başka bir araştırmada alkol madde kullanımı olan bireylerin yatarak tedavi sayısının ortalamasının 2,64 olduğu bildirilmektedir (Kahvecioğlu, 2020).

Madde kullanımı açısından incelendiğinde ise, madde kullanan bireylerin Faktör 2, Faktör 3, Faktör 4, Faktör 5, Faktör 6 ve genel KPHTKYÖ puan ortalamaları, madde kullanmayan bireylere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu ve bu farklılığın da anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu bulgu ise madde kullanımı arttıkça tekrarlı yatış riskinin arttığını göstermektedir. Literatür incelendiğinde benzer bulgulara rastlanmaktadır. Yapılan bir çalışmada madde bağımlılığı ile yatışı yapılan hastaların taburcu olduktan sonra %5'inin (n=5) ilk ay içinde ve %29'unun (n=29) ilk üç ay içinde tekrar kabul edildiği görülmektedir. Her üç madde bağımlısından biri taburcu olduktan sonraki ilk üç ayda tekrar yatışı yapıldığı bildirilmektedir(Geniş vd., 2021b). Yapılan başka bir araştırmada psikoaktif madde kullanımı ve yatış sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Karaytuğ vd., 2020). Tekrarlı yatışların incelendiği başka bir araştırmada ise tekrarlı yatışı olan bireylerin madde kullanım öyküsünün olduğu bildirilmektedir (Turan vd., 2022). Diğer bir araştırmada ise tekrar hastaneye yatan hastalarda, olmayan hastalara göre daha fazla madde kullanım bozukluğu olduğu bildirilmektedir (Cepeda vd., 2020). Literatürde yer alan bulguların genel olarak çalışma bulguları ile paralel olduğu görülmektedir.

Katılımcıların KPHTKYÖ ve alt boyutu düzeyleri cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Çalışmamızın bulgularının aksine literatürde kadın olmanın tekrarlı klinik yatış için risk faktörü olarak belirtildiği çalışmalar yer almaktadır (Zenardo vd., 2018; Han vd., 2018).

Yaşanılan kişi açısından incelendiğinde, Faktör 1 ve Faktör 2 alt boyutları için yaşanılan kişi grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p=0,0001$, $p=0,003<0,05$). Faktör 1 sosyal destek kaynaklarını ifade etmektedir ve yalnız yaşayanların ortalaması 11,90, sadece eşiyle yaşayanların ortalaması 7,37, sadece çocuğuyla yaşayanların ortalaması 8,73, aile ile yaşayanların ortalaması 8,52 olduğu; Faktör 2 işlevselliği ifade etmektedir ve i yalnız yaşayanların ortalaması 10, sadece eşiyle yaşayanların ortalaması 7,65, sadece çocuğuyla yaşayanların ortalaması 7,75, aile ile yaşayanların ortalaması 7,94 olduğu görülmektedir. Bulgular incelendiğinde yalnız yaşayanların puan ortalamasının yüksek olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde evsiz olmanın ve yalnız yaşamanın tekrarlı yatış için bir risk faktörü olduğunu belirten araştırmalara rastlanmaktadır (Özkan vd., 2020; Ortiz, 2019).

Klinik yatış sayısı açısından incelendiğinde, Faktör 2, Faktör 3, Faktör 4, Faktör 5, Faktör 6 ve genel KPHTKYÖ puanları klinik yatış sayılarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Faktör 2 için klinik yatış sayısı 1 olanların ortalaması 7,71, klinik yatış sayısı 2 olanların ortalaması 8,41, klinik yatış sayısı 3 ve daha fazla olanların ortalaması 9,89 olduğu görülmektedir. Faktör 2 bireyin psikososyal işlevselliğini sorgulayan maddeleri içermektedir. Alınan puanın artışı işlevselliğin düşüşü anlamına gelmektedir. Bulgular incelendiğinde alınan puan arttıkça tekrarlı yatış sayısının arttığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde benzer bulgulara rastlanmaktadır. Hastanın işlevselliğinin düşük olması tekrarlı yatış açısından önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir(Turan vd., 2022). Taburcu olduktan sonra 30 gün içinde yeniden yatışı yapılan bireylerin incelendiği bir çalışmada ise psikososyal işlevselliğin önemi vurgulanmaktadır (Bozzay vd., 2019).

Faktör 3 için klinik yatış sayısı 1 olanların ortalaması 9,79, klinik yatış sayısı 2 olanların ortalaması 10,02, klinik yatış sayısı 3 ve daha fazla olanların ortalaması 12,07 olduğu görülmektedir. Faktör 3 taburculuğa hazır olma ile ilişkili maddeleri içermektedir. Alınan puan arttıkça bireyin taburculuğa hazır olmadığı ve tekrarlı yatış sayısının arttığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde benzer bulgulara rastlanmaktadır. Yapılan bir araştırmada tekrarlı yatışı olan bireylerin psikiyatrik hastaneye yatışın ardından topluma geçiş için daha kapsamlı taburculuk planına ve desteğe ihtiyaç duyduğu bildirilmektedir (Bozzay vd., 2019). Şener(2020), araştırmasında taburculuğa hazır olmadan taburcu edilmenin tekrarlı yatış için bir risk faktörü olduğunu bildirmektedir.

Faktör 4 tedavi uyumsuzluğu alt boyutunu içermektedir. Faktör 4 için klinik yatış sayısı 1 olanların ortalaması 9,24, klinik yatış sayısı 2 olanların ortalaması 9,14, klinik yatış sayısı 3 ve daha fazla olanların ortalaması 11,76 olduğu. Ölçekten alınan puanlar incelendiğinde bireyin tedaviye olan uyumsuzluk düzeyi arttıkça tekrarlı yatış sayısının arttığı görülmektedir. Tekrarlı yatış için risk faktörlerini inceleyen bir araştırmada tedavi uyumunun artırılmasının tekrarlı yatış riskini azaltacağı bildirilmektedir (Turan,2022). Yapılan başka bir çalışmada TRSM'lerde yürütülen rehabilitasyon hizmetlerinin ve ilaç takibinin, tedaviye uyumu arttırdığı ve böylece hastaneye yatış sıklığında azalmaya katkı sağladığını göstermektedir (Çoker vd.,

2021). Bu bulguların aksine yapılan bir araştırmada tedaviye devam eden bireylerin hastane yatış sayısının ortalaması 2,6 iken tedaviyi bırakanların yatış sayısı ortalaması 3,0 olarak bulunmuştur ve anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Öz, 2020). Literatürde yer alan bulguların çeliştiği görülmektedir ancak araştırmamızla ilgili paralel bulguların çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Faktör 5 için klinik yatış sayısı 1 olanların ortalaması 10,14, klinik yatış sayısı 2 olanların ortalaması 10,26, klinik yatış sayısı 3 ve daha fazla olanların ortalaması 12,54 olduğu saptanmıştır. Faktör 5 bireyin geçmiş intihar öyküsünün varlığını ve mevcut intihar riskini içermektedir. Bulgular incelendiğinde tekrarlı yatış sayısı arttıkça intihar riskinin ve geçmiş intihar öyküsünün varlığının arttığı görülmektedir. Literatürde intihar girişiminde bulunan kronik psikiyatrik hastalığa sahip bireylerde yeniden hastaneye yatış riskinin yüksek olduğu bildirilmektedir (Niederkrotenthaler vd., 2020). Benzer başka bir araştırmada intihar girişimi ve önceki hastaneye yatış öyküsüne sahip olma olanların iki kez ve daha fazla hastaneye yatışı olduğu bildirilmektedir (Berardelli vd., 2022). Başka bir çalışmada ise intihar riski veya intihar girişimi sebebiyle tekrar hastaneye yatış oranı %7,96 ile %11,24 arasında değişmektedir (Cepeda vd., 2020). Benzer bir araştırmada intihar riski hastaneye erken başvurunun bir belirleyici olarak saptanmıştır (Bartoli vd., 2020). Başka bir çalışmada ise Acil servise başvuran hastaların %94,8'i son bir yılda 1-3 kez intihar girişiminde bulunduğu; intihar girişimi ile başvuran hastaların %42,2'si yoğun bakıma sevk edilirken sadece %3,7'sinin psikiyatri servisine yatırıldığı saptanmıştır (Ata vd., 2021).

Faktör 6 için klinik yatış sayısı 1 olanların ortalaması 8,99, klinik yatış sayısı 2 olanların ortalaması 8,69, klinik yatış sayısı 3 ve daha fazla olanların ortalaması 12,68 olduğu saptanmıştır. Faktör 6 psikotik semptom varlığını sorgulayan maddeleri içermektedir. Bulgular incelendiğinde psikotik semptomların varlığı arttıkça tekrarlı yatış sayısının arttığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde çelişkili bulgulara rastlanmıştır. Yapılan bir araştırmada psikotik semptom gösteren şizofreni tanılı bireylerin tekrarlı yatış sayısının ortalaması 7,41 olarak bulunmuştur (Tozoğlu ve Özpolat, 2021). Başka bir çalışmada tekrarlı yatışı olan bireylerin psikotik semptomlarla ilişkili puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Turan vd., 2022). Başka bir araştırmada 12 ay içinde 3 veya daha fazla kez hastaneye yatırılan kişilerin

bulgularına psikotik semptomlarının eşlik ettiği bildirilmektedir (Gobbicchi vd., 2021). Tekrarlı yatışı olan bireylerin incelendiği başka bir çalışmada bireylerin %23'ünün tekrarlı yatışının olduğu ve bireylerin bulgularına psikotik semptomların eşlik ettiği bildirilmektedir (Zhao vd., 2020). Bu bulguların aksine Chasan(2019), çalışmasında psikotik semptom varlığının tekrarlı yatışı etkileyen bir faktör olmadığını bildirmektedir.

KPHTKYÖ ile THOÖ arasındaki ilişkinin negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı olduğu görülmektedir ($p=0,0001<0,05$). THOÖ puanı artarken kişinin tekrar yatış riskinin azaldığı, KPHTKYÖ puanı artarken ise kişinin tekrar yatış riskinin arttığı durumu da göz önünde bulundurulduğunda, önerilen KPHTKYÖ ile paralel ölçek olan THOÖ arasındaki ilişkinin anlamlı ve orta düzeyde olması, benzer durumları ölçebileceğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmada Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği (KPHTYÖ) geliştirilmektedir. Bu çalışmanın asıl amacı kronik psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin tekrarlı klinik yatış riskini öngörebilmek amacıyla literatüre kapsamlı bir ölçek kazandırmaktır. Çalışmanın genel olarak sonuçları şunlardır:

Uzman görüşü alınan 53 maddenin toplam KGO ortalamaları alınarak hesaplanan toplam KGİ değeri 0,98 hesaplanmıştır. Hesaplanan KGİ değeri belirlenen KGÖ değerinin (0,78) üzerinde kalmaktadır.

KPHTKYÖ nün KMO oranının 0,833 olduğu ve örneklemin AFA analizi için yeterli olduğu söylenmekle birlikte, Bartlett testi sonucunda korelasyon matrisinin birim matris olmadığı ($p=0,00001<0,05$) ve dolayısıyla verilerin dağılımının normal dağılıma uyduğu, ölçeğin AFA sonucunda 7 alt boyut Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği toplam varyansının %64,142'sini açıkladığı görülmektedir. Toplam varyans açıklama oranı %60'ın üzerinde olduğundan, kabul edilebilir bir düzeyde olduğu, KPHTKYÖ 'de 29 madde olduğu ve güvenirlik düzeyinin %83,3 olduğu saptanmıştır.

KPHTKYÖ nün DFA'de en önemli uyum iyiliği kriteri olan X 2 /sd (598,21/293=2,042) kriteri 3'ün altında olduğu ve dolayısıyla mükemmel uyumu temsil ettiği, F7 alt boyutu üzerinde en etkili madde 0,90'lık katsayıyla "Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmemin bana iyi geldiğini ve geleceğini düşünüyorum" maddesi, etkisi en düşük madde ise 0,52'lik katsayıyla "Psikiyatri kliniğinde uygulanan tedavinin faydalı olduğunu düşünmüyorum" maddesi olduğu, en güçlü ilişkinin F1 faktörü ile F2 faktörü arasında olduğu (0,62), en zayıf ilişkini ise F2 faktörü ile F6 faktörü arasında olduğu (0,13) saptanmıştır.

KPHTKYÖ'nün cinsiyet dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %43,8'inin kadın, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun 25-40 yaş aralığında (%55,9) olduğu, ortalama yaşın 35,87 olduğu bu grup içinde, katılımcıların %69,5'inin ise

çalışmadığı, %64,9'u bekar olduğu, katılımcıların %60,3'ünün çocuk sahibi olduğu, büyük bir çoğunluğu (%95,9) evde yaşamakta olup, %87,7'si kentsel bölgede yaşamakta, katılımcıların %73,8'inin sigara kullandığı, alkol kullanımı ise %20,5 düzeyinde, katılımcıların %5,6'sının madde kullandığı, katılımcıların %53,8'i bir kere, %27,9'u iki kere, %10,5'i üç kere, %5,1'i dört kere ve %2,6'sı daha fazla sayıda yatış yaptığı saptanmıştır.

Alkol kullanımına göre incelendiğinde ise alkol kullanan bireylerin Faktör 2, Faktör 6, Faktör 7 ve Genel KPHYKYÖ puan ortalamaları, alkol kullanmayan bireylere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu ve bu farklılığın da anlamlı olduğu ($p<0,05$), madde kullanımı açısından incelendiğinde ise, madde kullanan bireylerin Faktör 2, Faktör 3, Faktör 4, Faktör 5, Faktör 6 ve genel KPHTKYÖ puan ortalamaları, madde kullanmayan bireylere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu ve bu farklılığın da anlamlı olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

THOÖ puanı artarken kişinin tekrar yatış riskinin azaldığı, KPHTKYÖ puanı artarken ise kişinin tekrar yatış riskinin arttığı durumu da göz önünde bulundurulduğunda, önerilen KPHTKYÖ ile paralel ölçek olan THOÖ arasındaki ilişkinin anlamlı ve orta düzeyde olması, benzer durumları ölçebileceğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir olduğu sonucuna varılmıştır.

6.2. Öneriler

Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği'nin geliştirildiği bu çalışmada:

1. Uzman görüşleri alınması sürecinde madde havuzunun genişletilmesi ve uzman sayısının artırılması,
2. Ölçek geliştirme sürecine niteliksel görüşmelerin yapıldığı veri toplama yönteminin eklenmesi,
3. Madde sayısının genişletilerek daha geniş kapsamlı risk faktörlerini içeren ölçek oluşturulması,
4. Psikiyatri hemşirelerinin kronik psikiyatrik hastalıklarda tekrarlı klinik yatışların yapılmasına yönelik görüşlerini inceleyen çalışmaların yapılması,

5. Psikiyatri hemşirelerinin kronik psikiyatrik hastalıklarda tekrarlı klinik yatışları önleyici müdahalelerini içeren çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Adli Tıp Kurumu (2018-2023). *Yıllık intihar istatistikleri*.

Aiello, B., Menghini, D., Averna, R., Labonia, M., & Vicari, S. (2021). Risk factors for revolving door in children and adolescents with psychiatric disorders. *Journal of Clinical Medicine, 10*(21), 5004. https://doi.org/10.3390/jcm10215004

Akgül, F., & Aycan, A. G. (2014). *Sosyal destek ve ruh sağlığı.* Nobel Yayın Dağıtım.

Alkan, S., & Nural, N. (2017). Kalp yetersizliğinde tekrarlı yatışlar önlenebilir mi? *Journal of Cardiovascular Nursing, 8*(16), 28–34.

Amador, X. A., Strauss, D. H., & Yale, S. A. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry, 150*, 973–879.

American Foundation for Suicide Prevention. (2023).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).* American Psychiatric Publishing.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *Ruhsal bozuklukların tanımsal ve sayımsal el kitabı.* Hekimler Yayın Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı (5. bas.).* Amerikan Psikiyatri Yayıncılık.

Arkar, H. (1991). Akıl hastalarının sosyal reddedilimi. *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 4*(3), 6–9.

Arkonaç, O. (1999). *Açıklamalı psikiyatri sözlüğü*. Nobel Tıp Kitabevi.

Armutlulu, İ. H. (2008). *İşletmelerde uygulamalı istatistik*. Alfa.

Ata, E. E., Bayrak, N. G., & Yılmaz, E. B. (2021). İntihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran olguların incelenmesi: Bir yıllık retrospektif bir çalışma. *Cukurova Medical Journal, 46*(4), 1675–168.

Barak, A., Puşuroğlu, M., & Pak, Ş., Baltacıoğlu, M. (2021). Bir toplum ruh sağlığı merkezinde izlenen olguların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi, 10*(3), 184–192. https://doi.org/10.5505/ktd.2021.00377

Barnett, B. S., Kusunzi, V., Magola, L., Borba, C. P. C., Udedi, M., Kulisewa, K., & Hosseinipour, M. C. (2020). Risk factors for readmission among a cohort of psychiatric inpatients in Lilongwe, Malawi. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 24*(3), 203–209.

Bartoli, F., Cavaleri, D., Moretti, F., Bachi, B., Calabrese, A., Callovini, T., Cioni, R. M., Riboldi, I., Nacinovich, R., Crocamo, C., & Carrà, G. (2020). Pre-discharge predictors of 1-year rehospitalization in adolescents and young adults with severe mental disorders: A retrospective cohort study. *Medicina (Kaunas, Lithuania), 56*(11), 613. https://doi.org/10.3390/medicina56110613

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Hopelessness and suicidal behavior: A review of the literature. *Psychological Bulletin, 86*(2), 180.

Berardelli, I., Sarubbi, S., Rogante, E., Erbuto, D., Cifrodelli, M., Giuliani, C., Calabrò, G., Lester, D., Innamorati, M., & Pompili, M. (2022). Exploring risk factors for re-hospitalization in a psychiatric inpatient setting: A retrospective naturalistic study. *BMC Psychiatry, 22*(1), 821. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04472-3

Blanco, C., Baca-Garcia, E., & Perez-Rodriguez, M. M. (2021). Madde kullanımı ve şiddet: Bir meta-analiz ve sistematik derleme. *Aggression and Violent Behavior, 58*, 101512.

Botha, U. A., Koen, L., Joska, J. A., Hering, L. M., & Oosthuizen, P. P. (2010). Assessing the efficacy of a modified assertive community-based treatment programme in a developing country. *BMC Psychiatry, 10*, 73. https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-73

Bozzay, M. L., Gaudiano, B. A., Arias, S., Epstein-Lubow, G., Miller, I. W., & Weinstock, L. M. (2019). Predictors of 30-day rehospitalization in a sample of hospitalized patients with bipolar I disorder. *Psychiatry Research, 281*, 112559. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112559

Breaux, C. R., & Welton, R. S. (2012). Childhood trauma and suicide risk: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*(5), 481–493.

Buldukoğlu, K., Doğan, S., Kum, N., Öz, F., Pektekin, Ç., Özcan, A., Terakye, G., & Yurt, V. (2001). *Psikiyatri hemşireliği el kitabı* (No:13). Vehbi Koç Yayınları.

Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *Suicide prevention*. Retrieved from

Cepeda, M. S., Schuemie, M., Kern, D. M., Reps, J., & Canuso, C. (2020). Frequency of rehospitalization after hospitalization for suicidal ideation or suicidal behavior in patients with depression. *Psychiatry Research, 285*, 112810. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112810

Chasan, M. T. (2019). *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri kliniğinde yatan psikotik ve psikotik olmayan hastalarda tekrarlayan yatışların karşılaştırılması* [Uzmanlık tezi]. Çukurova Üniversitesi.

Choi, N. G., & Kim, J. Y. (2016). Social support and risk of psychiatric hospitalization: A meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 78*, 106–113.

Chong, J. P., Chan, S. W. C., & Ho, R. C. M. (2022). Psychosocial interventions for preventing readmission to psychiatric hospitals: A meta-analysis of randomized controlled trials. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2022*(10), CD012719.

Connell, M., Sledge, W., Staeheli, M., Sells, D., Costa, M., Wieland, M., & Davidson, L. (2018). Outcomes of a peer mentor intervention for persons with recurrent psychiatric hospitalization. *Psychiatric Services, 69*(7).

Correll, C. U., & Watson, S. J. (2022). The role of psychosocial interventions in preventing repeated psychiatric hospitalizations: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry, 9*(5), 474–484.

Coyle, C. T., & Bebbington, P. E. (2010). Loneliness and suicide risk: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(10), 1259-1271.

Cui, X., Zhou, X., Ma, L. L., Sun, T. W., Bishop, L., Gardiner, F. W., & Wang, L. (2019). A nurse-led structured education program improves self-management skills and reduces hospital readmissions in patients with chronic heart failure: a randomized and controlled trial in China. *Rural and Remote Health, 19*(2), 5270. https://doi.org/10.22605/RRH5270.

Çakmur, H. (2014). Araştırmalarda ölçme - Güvenilirlik – Geçerlilik. *Taf Önleyici Tıp Bülteni, 11*(3), 339–344.

Çalışkan, M. B., Ata, E. E., & Dikeç, G. (2021). Psikiyatri hemşireleri tarafından şizofreni tanılı hastalara uygulanan psikososyal rehabilitasyon programları: Sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 13*(1), 77–92.

Çam, O., & Engin, E. (2014). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. Nobel Tıp Kitabevleri.

Çil, B. (2008). *İstatistik.* Detay Yayıncılık.

Çoker, F., Yalçınkaya, A., Çelik, M., & Uzun, A. (2021). Toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarında hastaneye yatış sıklığı, hastalık semptomlarının şiddeti, işlevsel iyileşme ve içgörü üzerine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 12*(3), 181–187.

David, A. S. (1990). Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry, 161*, 599–602.

Del Favero, E., Montemagni, C., Villari, V., & Rocca, P. (2020). Factors associated with 30-days and 180-days psychiatric readmissions: A snapshot of a metropolitan area. *Psychiatry Research, 292*, 113309. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113309

Demirci, S. (1996). *Şizofrenik hastaların yakınlarındaki yas tepkisi ve hastaya dönük tutumun böbrek hastalarının yakınlarıyla karşılaştırılması* [Uzmanlık tezi]. İstanbul.

Demirel, Ü., & Biber, B. (1997). Kronik psikiyatrik hastaların sosyal yaşama adaptasyonu ve ailelerine yönelik pilot çalışma. *33. Ulusal Psikiyatri Kongresi*, Antalya.

DeVellis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and methods (4th ed.).* Sage publications.

Devrimci, H., & Kır, Y. (2021). Depot/long acting antipsychotics in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. *Arch Neuropsychiatry, 58*(1), 47–52.

Doğan, S., Doğan, O., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., & Başeğmez, F. D. (2002). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3*(2), 69–74.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) *Ruh sağlığı*. https://www.who.int/mental_health/en/ Erişim tarihi (12.03.2024).

Dünya Sağlık Örgütü. (2013). Ruh Sağlığı Eylem Planı 2013-2020. Dünya Sağlık Örgütü.

Dünya Sağlık Örgütü. (2018). *Alkol ve sağlık üzerine küresel durum raporu* 2018. Dünya Sağlık Örgütü.

Dünya Sağlık Örgütü. (2019). *Uyuşturucu üzerine küresel durum raporu 2019.* Dünya Sağlık Örgütü.

Dünya Sağlık Örgütü. (2023). *Ruh sağlığı*. https://www.who.int/mental_health/en/ Erişim tarihi (12.03.2024).

Ercan, I., & Kan, I. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30*(3), 211–216.

Erdoğan, D., & Doğan, E. (2019). Psikiyatrik tedavi gören hastalarda tedaviye uyum ve etkileyen faktörler. *Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2*(3), 162–171.

Evrensel, A., Balıbey, H., & Tarhan, N. (2016). Bir askeri üniversite hastanesi psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastaların yatış süresi ve klinik özellikleri: Bir yıllık inceleme. *Medicene Science, 5*(2), 371–383.

Fidaner, H. (1995). *Ruh sağlığı hizmetlerinde aileye yaklaşım.* Sevdi Matbaacılık.

Gastal, F. L., Andreoli, S. B., Quintana, M. I., Gameiro, M. A., Leite, S. O., & McGrath, J. (2000). Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders, and nonorganic psychoses. *Revista de Saúde Pública, 34*(3), 280–285. https://doi.org/10.1590/s0034-89102000000300011

Geniş, B., Coşar, B., & Arıkan, Z. (2021). Alkol bağımlılığı hastalarında taburculuk sonrası ilk altı ay içinde tekrar yatış oranları ve nedenleri. *Arşiv Nöropsikiyatri, 58*(2), 57–62. https://doi.org/10.14744/arsiv.2021.10235

Geniş, B., Coşar, B., & Arıkan, Z. (2021). Yatarak Tedavi Gören Opioid Bağımlılarında Psikiyatrik Komorbidite, Hastanede Kalış Süresi ve Tekrar Yatış Oranları. *Journal of Academic Research in Medicine, 11*(1), 24–31.

George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference* (10th ed., 17.0 update). Pearson.

Ghaemi, S. N. (1997). Insight and psychiatric disorders: a review of the literature, with a focus on its clinical relevance for bipolar disorder. *Psychiatric Annals, 27*, 782–790.

Grant, B. F., Chou, S. P., Saha, T. D., Stinson, F. S., & Dawson, D. A. (2019). 12 ay içinde DSM-IV madde kullanımı bozukluğu olan yetişkinlerde tekrarlayan psikiyatrik acil servis kullanımı ve yatış. *JAMA Psychiatry, 76*(11), 1162–1170.

Güleç, C., & Köroğlu, E. (1998). *Psikiyatri temel kitabı* (Cilt 2). Hekimler Yayın Birliği.

Güleç, C., Köroğlu, E., & Şenol, S. (2007). *Psikiyatri temel kitabı*. Hekimler Yayın Birliği.

Gülerce, A. (1990). Türkiye'de ailenin psikolojik örüntüsü. *XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi,* İzmir.

Gümüş, A. B. (2006). Şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 8*(1), 23–34.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis (7th ed.).* Pearson Prentice Hall.

Hammen, C. (2005). Social support and vulnerability to depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 293–322.

Han, X., Jiang, F., Tang, Y., Needleman, J., Guo, M., Chen, Y., Zhou, H., Liu, Y., & Chen, Y. (2020). Factors associated with 30-day and 1-year readmission among psychiatric inpatients in Beijing China: a retrospective, medical record-based analysis. *BMC Psychiatry, 20*, 113. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02515-1

Holt, T., & Espelage, D. L. (2005). Suicidal behavior and peer victimization among adolescents. *Journal of Adolescent Health, 37*(2), 119–126.

Intelligence, S. H. (2011). *Reducing 30-day emergency readmissions*. Sg2 Healthcare Intelligence.

Jencks, S. F., Williams, M. V., & Coleman, E. A. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *The New England Journal of Medicine, 360*(14), 1418–1428.

Jennissen, S., Huber, J., & Ehrenthal, J. C. (2018). Association between insight and outcome of psychotherapy: systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 175*, 961–969.

Jeong, J. C. (2004). *Analysis of the factors and the roles of HRD in organizational learning styles as identified by key informants at selected corporations in the Republic of Korea* [Doctoral dissertation]. Texas A&M University.

Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide.* Harvard University Press.

Joung, J., & Kim, S. (2017). Effects of a Relapse Prevention Program on Insight, Empowerment and Treatment Adherence in Patients with Schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Nursing, 47*, 188–198.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2017). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (10th ed.). Wolters Kluwer.

Kaptan, H. I., & Sadock, B. C. (1996). *Pocket handbook of clinical psychiatry* (2nd ed.). Williams & Wilkins.

Karakoç, F. Y., & Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası, 13*(40), 39–49.

Karataş, C., & Akdağ, M. (2021). Ruh sağlığı hastalarında sosyal destek kaynaklarının nüks ve tedaviye uyuma katkısı. *Türk Psikiyatri Dergisi, 32*(4), 341–350.

Karaytuğ, M. O., Tamam, L., Demirkol, M. E., Namlı, Z., & Yeşiloğlu, C. (2020). Psikotik bozukluğu olan erkek hastalarda psikoaktif madde kullanımının klinik değişkenlerle ilişkisi. *Cukurova Medical Journal, 45*(4), 1783–1791.

Kaya, S., Güven, G. S., & Aydan, S. (2018). Hastanelere yeniden yatış hızlarının değerlendirilmesi: İç hastalıkları servislerinde yapılan bir prospektif kohort çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 21*(1), 127–150.

8. KAYNAKLAR

Kessler, R. C., & Ustun, T. B. (2008). The World Health Organization health and social survey (WHO-HS): A global survey of mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*(2), 203–213.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., & Pato, C. N. (2005). *The national comorbidity survey replication (NCS-R).* Prevalence

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., & Pato, C. N. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results

from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry, 60*(7), 639–648.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2023). Yaygınlık, şiddet ve 12 aylık DSM-IV bozukluklarının komorbiditesi Ulusal Komorbidite Anketi Replikasyonunda. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 617–627.

Kisely, S., & Pantelis, C. (2021). The impact of COVID-19 on mental health service use and outcomes: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry, 8*(12), 1165–1176.

Kisely, S., Priebe, S., & Evans-Lacko, S. (2021). A systematic review and meta-analysis of discharge planning interventions for preventing readmission to psychiatric hospital. *The British Journal of Psychiatry, 218*(5), 609–620.

Kishimoto, T., Hagi, K., Nitta, M., Leucht, S., Olfson, M., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2018). Effectiveness of long-acting injectable vs oral antipsychotics in patients with schizophrenia: A meta-analysis of prospective and retrospective cohort studies. *Schizophrenia Bulletin, 44*(3), 603–619.

Klass, D. (1996). *The conflicted heart: The story of a grieving family.* Warner Books.

Köroğlu, E. (2013). *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. Türk Psikiyatri Derneği Yayınları.

Lewis, A. (1934). The Psychopathology Of Insight. *British Journal of Medical Psychology, 14*(4), 332–348.

Liu, J., Chen, J., Li, L., & Xiang, Y. T. (2020). Madde kullanımı ve intihar riski: Bir meta-analiz. *Bilimsel Raporlar, 10*(1), 1–11.

Mascayano, F., Haselden, M., Corbeil, T., Wall, M. M., Tang, F., Essock, S. M., Frimpong, E., Goldman, M. L., Radigan, M., Schneider, M., Wang, R., Dixon, L. B., Olfson, M., & Smith, T. E. (2022). Patient-, hospital-, and system-level factors associated with 30-day readmission after a psychiatric hospitalization. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 210*(10), 741–746. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001529

Minott, J. (2008). Reducing hospital readmissions. *AcademyHealth, 23*(2), 1–10.

National Institute of Mental Health (NIMH). (n.d.). *Repeated psychiatric hospitalizations.* https://www.nimh.nih.gov/health/topics/repeated-psychiatric-hospitalizations/index.shtml Erişim tarihi (12.03.2024).

National Institute of Mental Health. (n.d.). *Depression.* https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml Erişim tarihi (12.03.2024).

National Suicide Prevention Lifeline. (2023). 1-800-273-8255.

Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction and the experience of loss.* American Psychological Association..

Niederkrotenthaler, T., Mittendorfer-Rutz, E., Thurner, S., Endel, G., & Klimek, P. (2020). Healthcare utilization, psychiatric medication and risk of rehospitalization in suicide-attempting patients with common mental disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 54*(4), 409–422. https://doi.org/10.1177/0004867419895112

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Chachamovich, E., & Kessler, R. C. (2010). Suicide mortality and prevalence of suicide attempts in 12 countries. *JAMA Psychiatry, 67*(12), 1202–1211.

Ortiz, G. (2019). Predictors of 30-day postdischarge readmission to a multistate national sample of state psychiatric hospitals. *Journal of Health Quality, 41*(4), 228–236.

Owusu, E., Oluwasina, F., Nkire, N., Lawal, M. A., & Agyapong, V. I. O. (2022). Readmission of patients to acute psychiatric hospitals: Influential factors and interventions to reduce psychiatric readmission rates. *Healthcare (Basel, Switzerland), 10*(9), 1808. https://doi.org/10.3390/healthcare10091808

Oxford Languages. (n.d.). *Suicide*. Retrieved May 12, 2019

Öncü, B. (2017). İntihar davranışı: Epidemiyoloji ve risk etmenleri. *Psikiyatride Güncel, 7*(1), 1–8.

Öz, D. E. (2020). *Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, psikotik özellikli bipolar duygudurum bozukluğu, sanrılı bozukluk hastalarında aylık depo antipsikotik kullanımında tedavi uyumunu etkileyen faktörler* [Uzmanlık tezi]. Kocaeli Üniversitesi.

Özçelik, B., Karamustafalıoğlu, O., Üstün, N., Aker, T., & Çıtak, S. (2002). Süregen psikotik bozukluğu olan hastaların tedavi, bakım ve uyum sorunları bağlamında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki uygulamalar ve yaşanan güçlükler. *Düşünen Adam, 15*(2), 85–89.

Özdamar, K. (2002). *Paket programlar ile istatistiksel veri analizi (7. Baskı).* Kaan Kitapevi.

Özdemir, S. (2022). *Suç işleyen şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında koruma ve tedavi sonrası uzun etkili antipsikotiklerin tedavi uyumu, klinik gidiş ve yeniden suç işleme üzerine etkisi.* [Yüksek lisans tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

Özkan, T., Akdağ, M., & Yılmaz, E. (2020). Psikiyatri kliniğine tekrarlayan yatışlarda risk faktörleri ve tahmin modelleri: Bir meta-analiz çalışması. *Psikiyatri ve Klinik Psikoloji Dergisi, 28*(2), 115–128.

Öztürk, A. (2016). *Ergenlerde intihar: Risk faktörleri, belirtiler ve önleme.* Nobel Yayın Dağıtım.

Öztürk, E., & Çetin, S. (2022). Ruh sağlığı hastalarında aile desteğinin sosyal işlevlerini yerine getirme becerilerine etkisi. *Sosyal Hizmetler Dergisi, 30*(1), 57–72.

Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh sağlığı ve bozuklukları.* Nobel Tıp Kitapları.

Öztürk, MO., Uluşahin, A. (2015). *Ruh sağlığı ve bozuklukları. Şizofreni bölümü*. Nobel Tıp Kitapları.

Öztürk, O. (2004). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (10. Basım). Nobel Tıp Kitabevleri.

Öztürk, O. (2023). *Ruh sağlığı ve hastalıkları* (20. Basım). Nobel Yayın Dağıtım.

Öztürk, A. (2020). *Ruhsal hastalık ve aile: Birlikte başa çıkmak.* Nobel Yayın Dağıtım.

Peker, S. (2004). *Gülhane Askeri Tıp Akademisi eğitim hastanesinde yeniden yatan (hospital readmission) analizi* [Doktora tezi]. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Rice, H., Say, R., & Betihavas, V. (2018). The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. *Patient Education and Counseling, 101*(3), 363–374. https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.002.

Richards, K., Johnsrud, M., Zacker, C., & Sasané, R. (2024). Association between persistence with oral atypical antipsychotic medications and hospital and emergency department utilization in Medicaid patients with schizophrenia. *Patient Prefer Adherence, 18*, 177–185. https://doi.org/10.2147/PPA.S439081

Roick, C., Heider, D., Kilian, R., Matschinger, H., Toumi, M., & Angermeyer, M. C. (2004). Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 39*(9), 744–751. https://doi.org/10.1007/s00127-004-0807-8

Roy, A., & Steinhauer, S. R. (2000). The impact of suicide in the family. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*(2), 131–145.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (10th ed.). Wolters Kluwer.

Sareen, J., & Fazel, S. (2011). Suicide among people with mental illness: A meta-analysis of 26 studies. *The Lancet, 377*(9773), 1107–1113.

Saucedo, G., Tyler, J., David, P., & Puri, V. (2014). Readmission rates after primary percutaneous coronary intervention: Impact of time frame and definition. *The American Journal of Cardiology, 113*(2), 259–265. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2797277.

Schairer, W. W., Vail, T. P., & Bozic, K. J. (2014). What are the rates and causes of hospital readmission after total knee arthroplasty? *Clinical Orthopaedics and*

Related Research, 472(1), 181–187. https://doi.org/10.1007/s11696-013-2951-0

Schooler, N. R. (2006). Relapse prevention and recovery in the treatment of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*(5), 19–23.

Seki Öz, H., & Kılıç, N. (2022). Ebeveynin şizofreni hastası olması durumunda bireylerde görülen psikiyatrik belirtilerin incelenmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi, 3*(2), 129–148.

Shear, M. K., Gonzalez, H. M., & Priest, R. G. (2005). Risk factors for suicidal ideation and suicide attempts in a community-based sample of adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*(1), 106–119.

Steel, Z., & Marnane, C. (2012). The impact of mental health on work and productivity. *Occupational Medicine, 62*(6), 419–426.

Streiner, D. L. (2003). Starting at the end: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment, 80*(1), 99–103.

Şahin, Ş., & Elboğa, G. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. *Cukurova Medical Journal, 44*(2), 431–438. https://doi.org/10.17826/cumj.461779

Şener, M. (2020). *Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde tekrarlı yatış sıklığı ve ilişkili özelliklerin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi]. Ankara Üniversitesi.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2020). *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2021-2023).* T.C. Sağlık Bakanlığı.

Tarhan, N. (2017). *Umut Işığı: Ruhsal hastalara ve ailelerine rehber*. İstanbul: Mavi Kelebek Yayıncılık.

Tavşancıl, E. (2014). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi (5. Baskı).* Nobel Yayın Dağıtım.

TDK (n.d.). http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5cd7716 0b9c322.02996384 Erişim tarihi (12.03.2024).

The Trevor Project. (2023). 1-866-488-7386.

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., & Koschorke, M. (2023). Evidence for effective interventions to reduce social exclusion and stigma associated with mental and substance use disorders. *The Lancet, 391*(10122), 623–632.

Torous, J. B., & Keshavan, M. S. (2023). The role of technology in preventing repeated psychiatric hospitalizations: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry, 10*(2), 180–189.

Toscano, M., Toscano, N., Ramsey, P.P., Smidt, R.K. (2001). *Instructor's solutions manual [for] applied statistics for engineers and scientists: using microsoft excel and minitab [by]*. Prentice Hall.

Tozoğlu, E. Ö., & Özpolat, G. (2021). Şizofrenide uzun etkili enjektabl antipsikotik tedaviye geçişin bakım yükü üzerine etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 13*(1), 361–374.

Turan, S., Sağlam, Y., Ermiş, Ç., Eray, Ş., Tunctürk, M., Mutlu, C., Karaçetin, G., & İnal, N. (2022). Erken başlangıçlı şizofreni hastalarında "döner kapı fenomeni": Çok merkezli bir çalışma. *Türk Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi, 29*(1), 41–46.

Turan, S., Sağlam, Y., Ermiş, Ç., Eray, Ş., Tunctürk, M., Mutlu, C., Karaçetin, G., & İnal, N. (2022). Erken başlangıçlı şizofreni hastalarında "döner kapı fenomeni": Çok merkezli bir çalışma. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 29*(1), 41–46.

Türk Psikiyatri Derneği. (2018). *Türkiye'de ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi.* Türk Psikiyatri Derneği Yayınları.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2001). *Yataklı tedavi kurumları istatistik yıllığı*. Sağlık Bakanlığı.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2021). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023).

Türkiye İstatistik Kurumu (2018). *Ölüm istatistikleri 2017*. Available from http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27592 Erişim tarihi (12.03.2024).

Ulusoy, S., & Delice, M. A. (2015). Şizofreni tanısı ile izlenen bir olgunun işlevselliğinin artırılmasında bireysel danışmanlığın rolü. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 28*, 162–167.

Velligan, D. I., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P., & Docherty, J. P. (2017). Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Preference and Adherence, 11*, 449–468. https://doi.org/10.2147/PPA.S124658.

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2022). Madde bağımlılığı ve beyin: Bir güncelleme. *Nörobilim ve Biyolojik Davranış İncelemeleri, 136*, 104–623.

WHO's Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030

Worden, J. W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner (4th ed.).* Springer Publishing Company.

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

World Health Organization (2018). *National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators.* World Health Organization.

World Health Organization (2020). *Prevention of suicidal behaviours: A task for all.* Retrieved from.

Yanos, P. T., DiMuzio, J. P., & Kutner, J. S. (2023). Post-discharge follow-up programs for preventing readmission to psychiatric hospitals: A meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 80*(2), 143–152.

Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 46*(0), 74–85.

Yayla, A. (2016). *Ruhsal hastalık ve sosyal destek.* Psikiyatri Yayınları.

Yıldırım, H., & Özgür, A. (2020). Türkiye'de ruh sağlığı hastalarının sosyal destek ağları ve iyileşme süreçleri. *Psikiyatri ve Toplum Dergisi, 27*(3), 201–212.

Yılmaz, A., Gül, F., & Demir, M. (2023). Türkiye'de ruh sağlığı hastalarının sosyal destek algıları ve yaşam kaliteleri üzerine bir inceleme. *Psikiyatri ve Klinik Psikoloji Dergisi, 25*(2), 145–158.

Zanardo, G., Silveira, L., Rocha, C., & Rocha, K. (2017). Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 20*(03). https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030009.

Zhao, Y., Hoenig, J. M., Protacio, A., Lim, S., & Norman, C. C. (2020). Identification of risk factors for early psychiatric rehospitalization. *Psychiatry Research, 285*, 112803. Advance online publication. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112803.

Zmistowski, J., et al. (2013). Readmission rates do not measure quality of care: A systematic review and meta-analysis of the literature. *The Journal of the American Medical Association, 310*(15), 1580–1589.

9. EKLER

Ek 1. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçek Taslağı Uzman Görüşleri Değerlendirme Formu

Ek 2. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği (Versiyon 3)

Ek 3. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ek 4. Sosyodemografik Veri Formu

Ek 5. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçek Taslağı Uzman Görüşleri Sonrası Revize Edilen Form (Versiyon 1)

Ek 6. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçek Taslağı Pilot Uygulama Sonrası Revize Edilen Form (Verisyon 2)

Ek 7. Davet Maili Gönderilen Uzman Listesi

Ek 8. Taburcu Olmaya Hazır Oluş Ölçeği

Ek 9. Taburcu Olmaya Hazır Oluş Ölçeği Yazılı İzin

Ek 10. Uzmanlar İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ek 11. Görüş Alınan Uzman Listesi

Ek 12. Uzmanlara Gönderilen Davet Maili

Ek 13. Ölçek için Oluşturulan Madde Havuzu

Ek 14. Etik Kurul Onay Belgesi

Ek 15. Kurum izin belgesi

Ek 16. Özgeçmiş (

Ek-1.Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçek Taslağı Uzman Görüşleri Değerlendirme Formu

UZMAN GÖRÜŞÜ DEĞERLENDİRME FORMU

Lütfen aşağıdaki maddeleri dikkatle okuyarak, oluşturulacak takip formu için aşağıdaki soruların takip edilen bireye sorulmasının uygun olup olmadığına göre, gerekli kutucuğa işaret koyunuz.

Maddeler	Madde uygun	Madde uygun ancak yetersiz(öneriler)	Madde uygun değil
İntihar düşüncesi			
1. Geçmişte intihar düşüncelerim oldu			
2. Aktif intihar düşüncelerim oluyor			
3. Geleceğe yönelik umutsuzum			
4. Daha öncesinde intihar girişimim oldu			
5. Taburcu olmaya hazır oluş			
6. Taburcu olduktan sonra karşılaşabileceğim sorunlarla ilgili bilgim vardır			
7. Eve gittiğimde kişisel bakımımı yeterli düzeyde yapabilirim			
8. Eve gittiğimde tedavi ve bakımıma destek verecek biri var			
9. Psikotik semptom			
10. Başkalarının görmediği görüntüler gördüğüm, duymadığı sesler duyduğum oluyor			
11. Başkalarının bana zarar vereceğini düşünüyorum			
12. Düşüncelerimin okunduğunu ve fikirlerimin çalındığını düşünüyorum			
13. Düşüncelerimi bir konuya yoğunlaştırmakta güçlük çekiyorum			
14. Çevremdeki insanlar farklı davranışlarda bulunduğumu ifade eder			
15. İçime kapandım, diğer insanlarla görüşmek istemiyorum			
16. Tedaviye uyum			
17. Evde bulunmadığım zamanlarda ilaçlarımı almayı unuturum			
18. İlaçlarımı düzenli kullanmak için yakınlarımın yardımına ihtiyaç duyarım			
19. İyileştiğimi düşündüğüm zaman ilaçlarımı kullanmayı bırakırım			
20. İlaçlarımı doktorumun önerdiği şekilde kullanmadığım oluyor			
21. Psikiyatri polikliniği kontrollerine düzenli gidiyorum			
22. İlaç kullanmaya ihtiyacım olmadığını düşündüğüm zamanlar oluyor			
23. Sosyal ve mesleki işlevsellik			
24. Sosyal ortamlarda kendimi yeterince ifade edebilirim			
25. Boş zamanlarımda sevdiğim aktiviteler yaparım			
26. Telefon veya televizyondan gündemi takip ederim			
27. Aile ve arkadaşlarımla sık sık iletişim kurarım			
28. Karşı cinse karşı ilgi duyarım			
29. Düzenli bir işte çalışabilirim			
a. (bu madde ve sonraki maddeler boyutlandırılmamış maddeleri içermektedir) 30. Geçmişte alkol kullandığım oldu			
31. Geçmişte madde kullandığım oldu			
32. Alkol veya madde kullanmadım ama kullanmayı düşündüğüm zamanlar oldu			
33. Bir stres ile karşılaştığımda baş edebilirim			
34. Duygularım sık sık değişiklik gösteriyor			
35. Psikiyatri kliniğinde yatıyor olmamın sebebinin tedavi olmam			

gerektiği olduğunu düşünüyorum			
36. Psikiyatri kliniğinde yatıyor olmamın ve uygulanan tedavinin bana iyi geldiğini ve geleceğini düşünüyorum			
37. Ani duygu değişiklikleri yaşadığım zamanlar oluyor			
38. Geceleri hiç uyumasam bile gün içerisinde yorgun hissetmem			
39. Koşulsuz güvenebileceğim kişilere sahibim			
40. Bir önceki taburculuğumdan sonra tekrar kliniğe başvurmama kadar geçen süre 60 günden fazladır			
41. Bir önceki psikiyatri kliniğine yatış sürem 30 günden azdır			
42. Bir önceki psikiyatri kliniğine yatış sürem 60 günden fazladır			
43. Duygularımı tanımlayabilirim			
44. Bir sırrımı rahatlıkla paylaşabileceğim biri-birileri var			
45. Bir sorun ile karşılaştığımda yardım isteyebileceğim birileri var			
46. Bir sorun ile karşılaştığımda başkalarından yardım isteyebilirim			
47. Bir sorun ile karşılaştığımda çözüm bulabilirim			
48. Gün içerisinde sürekli yatağımda ve odamda vakit geçirmek istiyorum			
49. Gece boyunca uyusam bile gün içerisinde sürekli uykulu ve yorgun hissediyorum			
50. Bir önceki klinik yatışımdan tamamen iyileşip taburcu oldum			
51. İhtiyaç duyduğumda yardım isteyebileceğim birileri vardır			
52. Ailem benim her zaman iyiliğimi düşünür ve iyi olmam için çabalar			
53. Ailemi seviyorum			
54. Ailem benim sorunlarımla her zaman yakından ilgilenir			
55. Komşularımla çok iyi anlaşırım beraber vakit geçiririz			
56. Arkadaşlarımla sık sık tartışmalarım olur			
57. Kişisel bakımımı(yemek yeme, banyo yapma, kıyafet değiştirme, tuvalet ihtiyacımı giderme) sıklıkla yerine getirebilirim.			

EK-2. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği

Lütfen aşağıdakileri dikkatlice okuyarak yanıt veriniz

Maddeler	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Ailemi seviyorum					
2. Ailem benim her zaman iyiliğimi düşünür ve iyi olmam için çabalar					
3. Tedavi sürecimde ailemin benim her zaman destekçim olduğunu bilirim					
4. Ailem benim sorunlarımla her zaman yakından ilgilenir					
5. Hastalık sürecimde ailemin desteğine ihtiyacım olduğunu biliyorum					
6. Bir sırrımı rahatlıkla paylaşabileceğim biri-birileri var					
7. Bir sorun ile karşılaştığımda yardım isteyebileceğim tanıdıklarım var					
8. Yakınımda güvenebileceğim kişilere sahibim					
9. Bir sorun ile karşılaştığımda başkalarından yardım isteyebilirim					
10. Bir stres ile karşılaştığımda üstesinden gelebilirim					
11. Boş zamanlarımda Tv izleme, dışarı çıkma, kitap okuma, yürüyüş yapma ve müzik dinleme gibi aktiviteler yaparım					
12. Düzenli bir işte çalışabilirim					
13. Aile ve arkadaşlarımla sık sık iletişim kurarım					
14. Geçmişte intihar girişimim oldu					
15. Geçmişte intihar düşüncelerim oldu					
16. Halen zaman zaman intihar düşüncelerim oluyor					
17. Geleceğe yönelik umutsuzum					
18. İyileştiğimi düşündüğüm zaman ilaçlarımı kullanmayı bırakırım					
19. Evde olmadığım zamanlarda ilaçlarımı içmeyi unuttuğum oluyor					
20. İlaçlarımı düzenli kullanmak için yakınlarımın yardımına ihtiyaç duyarım					
21. İlaçlarımı doktorumun önerdiği şekilde kullanmadığım oluyor					
22. Halen çevremde kimse yokken kulağıma ses geldiği ya da görüntüler gördüğüm oluyor					
23. Halen düşüncelerimi bir konuya yoğunlaştırmakta güçlük çekiyorum					
24. Halen bir başkasına vurma/ zarar verme düşüncelerim oluyor					
25. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmemin bana iyi geldiğini ve geleceğini düşünüyorum					
26. Tedavi olabilmek için Psikiyatri kliniğinde yatmam gerektiğini biliyorum					
27. Psikiyatri kliniğinde uygulanan tedavinin faydalı olduğunu düşünmüyorum					

Ek-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Necla Şahin tarafından yürütülen "Ölçek Geliştirme Çalışması: Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. **Araştırmayla İlgili Bilgiler:**

a. Araştırmanın Amacı: Kronik psikiyatrik hastalıklarda tekrarlı klinik yatış risk değerlendirme ölçeği geliştirmek

b. Araştırmanın İçeriği: Çalışmanın yapıldığı hastanedeki sosyo-demografik form, Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Taslak Ölçeği, 'İntihar Fikri İçin Beck

Ölçeği','Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği', 'Dsm-5 Psikoz Ölçeği', 'Taburcu Olmaya Hazır Oluş

Ölçeği', 'Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği' kullanılarak yüz yüze yapılan anketler ile

risk değerlendirme ölçeği geliştirmek

c. Araştırmanın Nedeni: Tez çalışması

d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 1 yıl

e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 250

f. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Ankara Şehir Hastanesi

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....İmzası:

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

Ek-4. Sosyodemografik Veri Toplama Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Cinsiyet: Kadın( ) Erkek( ) Yaş:

Çalışma Durumu: Çalışıyor( ) Çalışmıyor( )

Medeni Durum: Evli( ) Bekar( )

Çocuk Sayısı: Yok( ) Var( )

Eğitim Düzeyi: Eğitimsiz( ) İlköğretim( ) Lise( ) Üniversite ve üzeri( )

Kiminle Yaşıyor: Yalnız( ) Eşi ile( ) Çocuğu ile( ) Diğer( ) diğer ise açıklayınız( ) **Yaşadığı Yer:** Ev( ) Kurum( ) Diğer( ) diğer ise açıklayınız( )

Yaşadığı Bölge: Kırsal( )Kentsel()

Sigara Kullanımı: Var( ) Yok( )

Alkol Kullanımı: Var( ) Yok( )

Madde Kullanımı: Var( ) Yok( )

Psikiyatri Klinik Yatış Sayısı(Son 18 ay içerisinde): 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) daha fazla(

Ek-5. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçek Taslağı Uzman Görüşleri Sonrası Revize Edilen Form

Lütfen aşağıdaki maddeleri dikkatlice okuyarak size uygun olan bölümü işaretleyiniz

	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Geçmişte intihar düşüncelerim oldu					
2. Halen zaman zaman intihar düşüncelerim oluyor					
3. Geleceğe yönelik umutsuzum					
4. Geçmişte intihar girişimim oldu					
5. Taburcu olup evime gittiğimde kişisel bakımımı yapabilirim					
6. Evde bana yardım edecek, yemeklerimi yapacak, ilaçlarımı verecek biri var					
7. Halen çevremde kimse yokken kulağıma ses geldiği ya da görüntüler gördüğüm oluyor					
8. Halen başkalarının bana zarar vereceğini düşünüyorum					
9. Halen düşüncelerimi bir konuya yoğunlaştırmakta güçlük çekiyorum					
10. Halen bir başkasına vurma/ zarar verme düşüncelerim oluyor					
11. Şuanda içime kapandım ve/veya diğer insanlarla görüşmek istemiyorum					
12. Evde olmadığım zamanlarda ilaçlarımı içmeyi unuttuğum oluyor					
13. İlaçlarımı düzenli kullanmak için yakınlarımın yardımına ihtiyaç duyarım					
14. İyileştiğimi düşündüğüm zaman ilaçlarımı kullanmayı bırakırım					
15. İlaçlarımı doktorumun önerdiği şekilde kullanmadığım oluyor					
16. Doktorumun istediği zamanlarda psikiyatri poliklinik kontrollerime gitmem gerektiğini biliyorum					
17. Kendimi iyi hissettiğim zaman ilaçlarımı kullanmam/ sadece kötü hissettiğim zaman ilaç kullanırım					
18. Sosyal ortamlarda kendimi yeterince ifade edebilirim					
19. Boş zamanlarımda Tv izleme, dışarı çıkma, kitap okuma, yürüyüş yapma ve müzik dinleme gibi aktiviteler yaparım					
20. Telefon veya televizyondan gündemi takip ederim					
21. Aile ve arkadaşlarımla sık sık iletişim kurarım					
22. Romantik ilişkilere ilgi duyarım					
23. Düzenli bir işte çalışabilirim					
24. Geçmişte alkol ve/veya uyuşturucu madde kullandığım oldu					
25. Alkol veya uyuşturucu madde kullanmadım ama kullanmayı düşündüğüm zamanlar oldu					
26. Bir stres ile karşılaştığımda üstesinden gelebilirim					
27. Duygularım(öfke/neşe/hüzün gibi) sık sık değişiklik gösteriyor					
28. Tedavi olabilmek için Psikiyatri kliniğinde yatmam gerektiğini biliyorum					
29. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmemin bana iyi geldiğini ve geleceğini düşünüyorum					
30. Geceleri hiç uyumasam bile gün içerisinde yorgun hissetmem					
31. Yakınımda güvenebileceğim kişilere sahibim					
32. Son iki ayda psikiyatri servisine yatışım olmuştu					
33. (geçmiş psikiyatri yatışınız varsa eğer cevaplayınız yoksa boş bırakınız)Bir önceki psikiyatri kliniğinde yatışımdan bir aydan önce taburcu oldum					
34. (geçmiş psikiyatri yatışınız varsa eğer cevaplayınız yoksa boş bırakınız)Bir önceki psikiyatri kliniğinde yatışım iki aydan uzun sürdü					
35. Duygularımı tanımlayabilirim					
36. Bir sırrımı rahatlıkla paylaşabileceğim biri-birileri var					
37. Bir sorun ile karşılaştığımda yardım isteyebileceğim tanıdıklarım var					
38. Bir sorun ile karşılaştığımda başkalarından yardım isteyebilirim					
39. Bir sorun ile karşılaştığımda kendim çözüm üretebilirim					
40. Gün içerisinde sürekli yatağımda veya odamda vakit geçirmek istiyorum					
41. Gece boyunca uyusam bile gün içerisinde sürekli uykulu ve yorgun hissediyorum					
42. Bir önceki klinik yatışımdan tamamen iyileşip taburcu oldum					
43. İhtiyaç duyduğumda yardım isteyebileceğim birileri vardır					
44. Ailem benim her zaman iyiliğimi düşünür ve iyi olmam için çabalar					
45. Ailemi seviyorum					
46. Ailem benim sorunlarımla her zaman yakından ilgilenir					
47. Komşularımla çok iyi anlaşırım beraber vakit geçiririz					
48. Arkadaşlarımla sık sık tartışmalarım olur					
49. Ailemin tedavi sürecime olumlu ya da olumsuz etkisinin olduğunu biliyorum					
50. Hastalık sürecimde ailemin desteğine ihtiyacım olduğunu biliyorum					
51. Tedavi sürecimde ailemin benim her zaman destekçim olduğunu bilirim					
52. Psikiyatri kliniğinde uygulanan tedavinin faydalı olduğunu düşünmüyorum					

Ek-6. Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçek Taslağı Pilot Uygulama Sonrası Revize Edilen Form

Lütfen aşağıdaki maddeleri dikkatlice okuyarak size uygun olan bölümü işaretleyiniz

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Geçmişte intihar düşüncelerim oldu					
2. Halen zaman zaman intihar düşüncelerim oluyor					
3. Geleceğe yönelik umutsuzum					
4. Geçmişte intihar girişimim oldu					
5. Taburcu olup evime gittiğimde kişisel bakımımı yapabilirim					
6. Evde bana yardım edecek, yemeklerimi yapacak, ilaçlarımı verecek biri var					
7. Halen çevremde kimse yokken kulağıma ses geldiği ya da görüntüler gördüğüm oluyor					
8. Halen başkalarının bana zarar vereceğini düşünüyorum					
9. Halen düşüncelerimi bir konuya yoğunlaştırmakta güçlük çekiyorum					
10. Halen bir başkasına vurma/ zarar verme düşüncelerim oluyor					
11. Evde olmadığım zamanlarda ilaçlarımı içmeyi unuttuğum oluyor					
12. İlaçlarımı düzenli kullanmak için yakınlarımın yardımına ihtiyaç duyarım					
13. İyileştiğimi düşündüğüm zaman ilaçlarımı kullanmayı bırakırım					
14. İlaçlarımı doktorumun önerdiği şekilde kullanmadığım oluyor					
15. Doktorumun istediği zamanlarda psikiyatri poliklinik kontrollerime gitmem gerektiğini biliyorum					
16. Sosyal ortamlarda kendimi yeterince ifade edebilirim					
17. Boş zamanlarımda Tv izleme, dışarı çıkma, kitap okuma, yürüyüş yapma ve müzik dinleme gibi aktiviteler yaparım					
18. Aile ve arkadaşlarımla sık sık iletişim kurarım					
19. Romantik ilişkilere ilgi duyarım					
20. Düzenli bir işte çalışabilirim					
21. Bir stres ile karşılaştığımda üstesinden gelebilirim					
22. Duygularım(öfke/neşe/hüzün gibi) sık sık değişiklik gösteriyor					
23. Tedavi olabilmek için Psikiyatri kliniğinde yatmam gerektiğini biliyorum					
24. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmemin bana iyi geldiğini ve geleceğini düşünüyorum					
25. Yakınımda güvenebileceğim kişilere sahibim					
26. Bir sırrımı rahatlıkla paylaşabileceğim biri-birileri var					
27. Bir sorun ile karşılaştığımda yardım isteyebileceğim tanıdıklarım var					
28. Bir sorun ile karşılaştığımda başkalarından yardım isteyebilirim					
29. Bir sorun ile karşılaştığımda kendim çözüm üretebilirim					
30. Gün içerisinde sürekli yatağımda veya odamda vakit geçirmek istiyorum					
31. Geceleri uyusam bile gün içerisinde sürekli uykulu ve yorgun hissediyorum					
32. Ailem benim her zaman iyiliğimi düşünür ve iyi olmam için çabalar					
33. Ailemi seviyorum					
34. Ailem benim sorunlarımla her zaman yakından ilgilenir					
35. Komşularımla çok iyi anlaşırım beraber vakit geçiririz					
36. Arkadaşlarımla sık sık tartışmalarım olur					
37. Hastalık sürecimde ailemin desteğine ihtiyacım olduğunu biliyorum					
38. Tedavi sürecimde ailemin benim her zaman destekçim olduğunu bilirim					
39. Psikiyatri kliniğinde uygulanan tedavinin faydalı olduğunu düşünmüyorum					

Ek-11. Görüş Alınan Uzman Listesi

Prof. Dr. Görkem Karakuş Uğurlu

Prof. Dr. Mustafa Uğurlu

Prof. Dr. Sinan Saraçlı

Prof. Dr. Hasan Vural

Doç. Dr. Esra Kabadayı Şahin

Doç. Dr. Emel Bahadır Yılmaz

Uzm. Psikolog Özgül Evrim Mızrak

Sosyal Hizmet Uzmanı Aybüke Kaplan

Dr. Öğr. Üyesi. Reyhan Eskiyurt

Dr. Öğr. Üyesi Alperen Korkmaz

Uzman Hemşire Mustafa Şener

Ek-12. Uzmanlara Gönderilen Davet Maili

DAVET MAİLİ

Değerli Bilim İnsanı;

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği alanında yüksek lisans yapmakta olan Necla ŞAHİN isimli öğrenciyim. Danışmanım Doç. Dr. Birgül ÖZKAN ile birlikte yürüttüğüm **"Ölçek Geliştirme Çalışması: Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği** "isimli çalışma için sizin değerli katkılarınıza ihtiyaç duymaktayız. Çalışmamızın amacı kronik psikiyatrik hastalık tanısı almış olan bireylerin tekrarlı klinik yatış risk değerlendirmesi için sağlık profesyonelleri tarafından kullanılacak "**Kronik Psikiyatrik Hastalıklarda Tekrarlı Klinik Yatış Risk Değerlendirme Ölçeği**" isimli bir ölçek geliştirmektir. Ölçekte yer alabilecek maddelerin belirlenmesi için sizin donanımınıza ve bilgi birikiminize ihtiyaç duymaktayız. Çalışmamıza katkı sağlamak isterseniz geri bildirimde bulunmanızı rica ederiz. Saygılarımızla…

Ek-13. Taslak Maddeler

İntihar düşüncesi
1. Geçmişte intihar düşüncelerim oldu
2. Aktif intihar düşüncelerim oluyor
3. Geleceğe yönelik umutsuzum
4. Daha öncesinde intihar girişimim oldu
• Taburcu olmaya hazır oluş
5. Taburcu olduktan sonra karşılaşabileceğim sorunlarla ilgili bilgim vardır
6. Eve gittiğimde kişisel bakımımı yeterli düzeyde yapabilirim
7. Eve gittiğimde tedavi ve bakımıma destek verecek biri var
• **Psikotik semptom**
8. Başkalarının görmediği görüntüler gördüğüm, duymadığı sesler duyduğum oluyor
9. Başkalarının bana zarar vereceğini düşünüyorum
10. Düşüncelerimin okunduğunu ve fikirlerimin çalındığını düşünüyorum
11. Düşüncelerimi bir konuya yoğunlaştırmakta güçlük çekiyorum
12. Çevremdeki insanlar farklı davranışlarda bulunduğumu ifade eder
13. İçime kapandım, diğer insanlarla görüşmek istemiyorum
• **Tedaviye uyum**
14. Evde bulunmadığım zamanlarda ilaçlarımı almayı unuturum
15. İlaçlarımı düzenli kullanmak için yakınlarımın yardımına ihtiyaç duyarım
16. İyileştiğimi düşündüğüm zaman ilaçlarımı kullanmayı bırakırım
17. İlaçlarımı doktorumun önerdiği şekilde kullanmadığım oluyor
18. Psikiyatri polikliniği kontrollerine düzenli gidiyorum
19. İlaç kullanmaya ihtiyacım olmadığını düşündüğüm zamanlar oluyor
• Sosyal ve mesleki işlevsellik
20. Sosyal ortamlarda kendimi yeterince ifade edebilirim
21. Boş zamanlarımda sevdiğim aktiviteler yaparım
22. Telefon veya televizyondan gündemi takip ederim
23. Aile ve arkadaşlarımla sık sık iletişim kurarım
24. Karşı cinse karşı ilgi duyarım
25. Düzenli bir işte çalışabilirim
(bu madde ve sonraki maddeler boyutlandırılmamış maddeleri içermektedir)
26. Geçmişte alkol kullandığım oldu
27. Geçmişte madde kullandığım oldu
28. Alkol veya madde kullanmadım ama kullanmayı düşündüğüm zamanlar oldu
29. Bir stres ile karşılaştığımda baş edebilirim
30. Duygularım sık sık değişiklik gösteriyor
31. Psikiyatri kliniğinde yatıyor olmamın sebebinin tedavi olmam gerektiği olduğunu düşünüyorum
32. Psikiyatri kliniğinde yatıyor olmamın ve uygulanan tedavinin bana iyi geldiğini ve geleceğini düşünüyorum
33. Ani duygu değişiklikleri yaşadığım zamanlar oluyor
34. Geceleri hiç uyumasam bile gün içerisinde yorgun hissetmem
35. Koşulsuz güvenebileceğim kişilere sahibim
36. Bir önceki taburculuğumdan sonra tekrar kliniğe başvurmama kadar geçen süre 60 günden fazladır
37. Bir önceki psikiyatri kliniğine yatış sürem 30 günden azdır
38. Bir önceki psikiyatri kliniğine yatış sürem 60 günden fazladır
39. Duygularımı tanımlayabilirim
40. Bir sırrımı rahatlıkla paylaşabileceğim biri-birileri var
41. Bir sorun ile karşılaştığımda yardım isteyebileceğim birileri var
42. Bir sorun ile karşılaştığımda başkalarından yardım isteyebilirim
43. Bir sorun ile karşılaştığımda çözüm bulabilirim
44. Gün içerisinde sürekli yatağımda ve odamda vakit geçirmek istiyorum
45. Gece boyunca uyusam bile gün içerisinde sürekli uykulu ve yorgun hissediyorum
46. Bir önceki klinik yatışımdan tamamen iyileşip taburcu oldum
47. İhtiyaç duyduğumda yardım isteyebileceğim birileri vardır
48. Ailem benim her zaman iyiliğimi düşünür ve iyi olmam için çabalar
49. Ailemi seviyorum
50. Ailem benim sorunlarımla her zaman yakından ilgilenir
51. Komşularımla çok iyi anlaşırım beraber vakit geçiririz
52. Arkadaşlarımla sık sık tartışmalarım olur
53. Kişisel bakımımı(yemek yeme, banyo yapma, kıyafet değiştirme, tuvalet ihtiyacımı giderme) sıklıkla yerine getirebilirim