

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PSİKIYATRİ HASTALARININ PSİKOSOSYAL UYUM, BENLİK SAYGISI
VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

NUREFŞAN ÖZALP

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. REYHAN SAYDAM**

**SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

İSTANBUL-2021



T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PSİKİYATRİ HASTALARININ PSİKOSOSYAL UYUM, BENLİK SAYGISI
VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

NUREFŞAN ÖZALP

DANIŞMAN
DOÇ. DR. REYHAN SAYDAM

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2021

TEZ ONAYI

2701170042 öğrenci numaralı Nurefşan Özalp tarafından hazırlanan bu çalışma 14/01/2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Sosyal Hizmet programında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

Doç. Dr. Reyhan SAYDAM (Danışman)
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Fatih KUCUR
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. İsmail BARIŞ
Üsküdar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada,

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Nurefşan ÖZALP

İTHAF

Sosyal hizmet bilimine yüreğiyle bağlı olan akademisyenlere ithafen...

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans döneminde olduğu gibi tez sürecimde de kıymetli görüş ve önerileri ile bana yol gösteren, desteğini her zaman hissettiğim danışman hocam Doç. Dr. Reyhan SAYDAM'a,

Akademik kariyerime yön veren ve katkı sunan başta Prof. Dr. Niyazi ÖZÜÇELİK nezdinde İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal Hizmet Bölümü hocalarıma,

Lisans eğitimim boyunca, maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her daim yol gösteren ve mesleğimin temelini öğreten başta Prof. Dr. Abdullah KARATAY nezdinde Üsküdar Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü hocalarıma,

Araştırma sürecinde her daim katkı sağlayan ve desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Gökben HIZLI SAYAR ve Sosyal Hizmet Uzmanı Özgür VARAN'a,

Doktora tez sürecinde olmasına rağmen ihtiyacım olduğu her an yardımına koşan ve bana doğruyu öğreten Arş. Gör. Melike BOZTİLKİ'ye

Akademik alana ilk adım attığım günden bu yana her zaman yanımda olan ve beni destekleyen Dr. Öğr. Üyesi Zülfikar ÖZKAN'a,

Mesleğe başladığım ilk anda kendisi ile çalışmak en büyük şansım olan, gelişimime her daim katkı sağlayan, iyi bir akademisyen olmam için emek sarf eden Doç. Dr. İsmail BARIŞ'a,

Tez sürecimde motivasyon sağlamama yardımcı olan ve her daim yanımda olduklarını hissettiren ÖZALP ailesine,

Gayreti ve çalışkanlığıyla her konuda bana yol gösteren ve örnek olan ablam Beyzanur TOMAÇ'a

Hayatımın her aşamasında arkamda duran ve emek harcayan, sorumluluk sahibi, disiplinli ve sadakatli bir insan olmayı öğreten, bugünlere gelebilmemi sağlayan, fedakar, kıymetli annem Gamze TOMAÇ'a ve babam Kayhan TOMAÇ'a,

Hayatımı paylaştığım, her daim beni cesaretlendiren, bana güven ve değer veren, yol arkadaşım, sevgili eşim Muhammed İsmail ÖZALP'e ve bana güçlü olmayı öğreten, bana müsaade ederek tez yazmama fırsat veren emanetim, oğlum Kayhan Taha ÖZALP'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	ii
BEYAN	iii
İTHAF	iv
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	viii
SEMBOLLER/ KISALTMALAR LİSTESİ	xii
ÖZET	xiii
ABSTRACT	xiv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
1.2. Araştırmanın Soruları	2
1.3. Araştırmanın Önemi	2
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	3
1.5. Araştırmanın Planı ve Bölümleri	3
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	4
2.1. Psikiyatrik Hastalıklar	4
2.1.1. Ruhsal Sağlık ve Hastalık	4
2.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk	6
2.1.3. Kaygı Bozukluğu (Anksiyete)	7
2.1.4. Depresyon	8
2.1.5. Bipolar Bozukluk	10
2.1.6. Şizofreni	11
2.2. Psikososyal Uyum	14
2.2.1. Psikososyal Uyum Kavramı	14
2.2.2. Psikiyatrik Tedaviler	15
2.2.2.1. İlaç Tedavisi	16
2.2.2.2. Elektrokonsvlsif Tedavi	16
2.2.2.3. Transkraniyal Manyetik Uyarım	17
2.2.2.4. Psikoterapi	17
2.2.2.5. Sosyal Hizmet Uygulamaları	18
2.2.3. Tedaviye Uyum	18
2.2.3.1. Tedaviye Uyum ve Uyumsuzluk	18
2.2.3.2. Psikiyatrik Hastalıklarda Tedaviye Uyum ve Uyumsuzluk	22
2.3. Benlik Saygısı	26
2.3.1. Benlik Kavramı	26
2.3.2. Benlik Saygısı Kavramı	27
2.4. Yaşam Kalitesi	28
2.4.1. Yaşam Kalitesi Kavramı	28
2.4.2. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	29
2.5. Psikiyatrik Sosyal Hizmet	30

2.5.1. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Kavramı	30
2.5.2. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Müdahalesi	31
2.5.3. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1. Araştırmanın Modeli.....	37
3.2. Evren ve Örneklem	37
3.3. Verilerin Toplanması.....	40
3.4. Veri Toplama Araçları.....	40
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	40
3.4.2. Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)	41
3.4.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) Kısa Formu	43
3.4.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR).....	44
3.5. Verilerin Çözümlemesi.....	46
4. BULGULAR.....	48
4.1. Hastaların Psikososyal Uyum Düzeylerine Yönelik Bulgular	48
4.2. Hastaların Benlik Saygısı Düzeylerine Yönelik Bulgular	101
4.3. Hastaların Yaşam Kalite Düzeylerine Yönelik Bulgular	112
4.4. Hastaların Psikososyal Uyum, Yaşam Kalitesi Ve Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular.....	139
5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	143
5.1. Psikiyatri Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine (Demografik/ Hastalıklarına İlişkin Özellikler) Yönelik Bulguların Tartışılması	143
5.2. Psikiyatri Hastalarının, Psikososyal Uyum Düzeyleri ile Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması	147
5.3. Psikiyatri Hastalarının, Benlik Saygısı Düzeyleri ile Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması.....	152
5.4. Psikiyatri Hastalarının, Yaşam Kalitesi Düzeyleri ile Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması	154
5.5. Psikiyatri Hastalarının Psikososyal Uyum, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması	156
KAYNAKLAR	161
EKLER	175
Ek 1: Tanıtıcı Bilgi Formu ve Ölçekler	175
Ek 2: Etik Kurul Onayı	186
Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	188
Ek 4: İntihal Raporu	189
ÖZGEÇMİŞ	190

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1:	Hastaların genel demografik özelliklerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımları.....	38
Tablo 3-2:	Hastaların hastalıklarına ilişkin frekans ve yüzde dağılımları.....	39
Tablo 3-3:	Psikososyal Uyum Ölçeğine ilişkin güvenirlik analizi sonuçları.....	43
Tablo 3-4:	Benlik Saygısı Ölçeğine ilişkin güvenirlik analizi sonuçları	44
Tablo 3-5:	Yaşam Kalitesi Ölçeğine ilişkin güvenirlik analizi sonuçları	46
Tablo 4-1:	Hastaların psikosozal uyum düzeylerine ilişkin puanları (N=187)	48
Tablo 4-2:	Hastaların psikosozal düzeylerine ilişkin dağılım tablosu	49
Tablo 4-3:	Hastaların psikosozal uyum düzeylerinin tedavi alış şekline göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney <i>U</i> testi	50
Tablo 4-4:	Hastaların psikosozal uyum düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney <i>U</i> testi	53
Tablo 4-5:	Hastaların psikosozal uyum düzeylerinin yaşa göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis <i>H</i> testi	55
Tablo 4-6:	Hastaların psikosozal uyum düzeylerinin eğitim durumuna göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis <i>H</i> testi.....	57
Tablo 4-7:	Hastaların psikosozal uyum düzeylerinin medeni duruma göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis <i>H</i> testi.....	60
Tablo 4-8:	Hastaların psikosozal uyum düzeylerinin çocuk olmasına göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney <i>U</i> testi	62
Tablo 4-9:	Hastaların psikosozal uyum düzeylerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney <i>U</i> testi	63
Tablo 4-10:	Hastaların psikosozal uyum düzeylerinin ailede psikiyatrik başka hasta olmasına göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney <i>U</i> testi	65
Tablo 4-11:	Hastaların psikosozal uyum düzeylerinin aldıkları tanıya göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis <i>H</i> testi.....	68
Tablo 4-12:	Hastaların psikosozal uyum düzeylerinin kronik başka bir hastalık olması durumuna göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney <i>U</i> testi	71
Tablo 4-13:	Hastaların psikosozal uyum düzeylerinin hastalığın ne kadar süredir olduğuna göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis <i>H</i> testi.....	73
Tablo 4-14:	Hastaların psikosozal uyum düzeylerinin hastalık için ne kadar süredir tedavi görüldüğüne göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis <i>H</i> testi..	75
Tablo 4-15:	Hastaların psikosozal uyum düzeylerinin daha önce iki geceyi aşan yatılı tedavi görmelerine göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney <i>U</i> testi	78

Tablo 4-16: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin daha önce iki geceyi aşan yatılı tedavi görme sayılarına göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi.....	81
Tablo 4-17: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin kliniğe geliş şekline göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	82
Tablo 4-18: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek aldığına göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	86
Tablo 4-19: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin hastalığın nasıl algılandığına göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	90
Tablo 4-20: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin sosyal hizmet müdahalesinin gerekli görülmesine göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi	93
Tablo 4-21: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin aile ve sosyal çevre desteğinin önemine göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	96
Tablo 4-22: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin aile görüşmelerinin önemine göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	99
Tablo 4-23: Hastaların benlik saygısı düzeylerine ilişkin betimsel istatistikler (N=187)	102
Tablo 4-24: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin tedavi alış şekline göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi	102
Tablo 4-25: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi.....	103
Tablo 4-26: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin yaşa göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi.....	103
Tablo 4-27: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin eğitim durumuna göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	103
Tablo 4-28: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin medeni duruma göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	104
Tablo 4-29: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin çocuk olmasına göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi	104
Tablo 4-30: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi	105
Tablo 4-31: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin ailede psikiyatrik başka hasta olmasına göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi.....	105
Tablo 4-32: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin aldıkları psikiyatrik tanıya göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	106
Tablo 4-33: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin kronik başka bir hastalık olması durumuna göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi.....	106

Tablo 4-34: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin hastalığın ne kadar süredir olduğuna göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H.....	107
Tablo 4-35: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin hastalığın ne kadar süredir tedavi edildiğine göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	107
Tablo 4-36: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin daha önce iki geceyi aşan yatılı tedavi görmelerine göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi.	108
Tablo 4-37: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin daha önce iki geceyi aşan yatılı tedavi görme sayılarına göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	108
Tablo 4-38: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin kliniğe geliş şekline göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi.....	109
Tablo 4-39: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek aldığına göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	109
Tablo 4-40: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin hastalığın nasıl algılandığına göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	110
Tablo 4-41: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin sosyal hizmet müdahalesinin gerekli görülmesine göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi	110
Tablo 4-42: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin aile ve sosyal çevre desteğinin önemine göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	111
Tablo 4-43: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin aile görüşmelerinin önemine göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	111
Tablo 4-44: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin puanları (N=187)	112
Tablo 4-45: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin tedavi alış şekline göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi	113
Tablo 4-46: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi	114
Tablo 4-47: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin yaşa göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	115
Tablo 4-48: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin eğitim durumuna göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi.....	116
Tablo 4-49: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin medeni duruma göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi.....	118
Tablo 4-50: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin çocuk olmasına göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi	119
Tablo 4-51: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi	119
Tablo 4-52: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin ailede psikiyatrik başka hasta olmasına göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi	121

Tablo 4-53: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin aldıkları psikiyatrik tanıya göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	123
Tablo 4-54: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin kronik başka bir hastalık olması durumuna göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi.....	125
Tablo 4-55: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin hastalığın ne kadar süredir olduğuna göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	126
Tablo 4-56: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin hastalık için ne kadar süredir tedavi görüldüğüne göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	127
Tablo 4-57: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin daha önce iki geceyi aşan yatılı tedavi görmelerine göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi.	128
Tablo 4-58: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin daha önce iki geceyi aşan yatılı tedavi görme sayılarına göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	130
Tablo 4-59: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin kliniğe geliş şekline göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	131
Tablo 4-60: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek aldığına göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	133
Tablo 4-61: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin hastalığın nasıl algılandığına göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	135
Tablo 4-62: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin sosyal hizmet müdahalesinin gerekli görülmesine göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi	136
Tablo 4-63: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin aile ve sosyal çevre desteğinin önemine göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	137
Tablo 4-64: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin aile görüşmelerinin önemine göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi	138
Tablo 4-65: Hastaların psikososyal uyum, yaşam kalitesi ve benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon katsayıları	140

SEMBOLLER/ KISALTMALAR LİSTESİ

APA	: American Psychological Association
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektrokonvülsif tedavi
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PAIS-SR	: Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
TMU	: Transkraniyal Manyetik Uyarım
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WHO	: World Health Organization
WHOQOL-BREF	: The World Health Organization Quality of Life Brief

ÖZET

Özalp, N. (2020). Psikiyatri Hastalarının Psikososyal Uyum, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırmanın amacı psikiyatri hastalarının psikososyal uyum, benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeylerini değerlendirmektir. Araştırmanın örneklemini; obsesif kompulsif, depresyon, kaygı bozukluğu (anksiyete), bipolar bozukluk ya da şizofreni tanısı alan, poliklinik (ayaktan) veya klinikte (yatarak) tedavi gören 187 hasta oluşturmuştur. Veriler, “Tanıtıcı Bilgi Formu”, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR), “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Kısa Formu (RBSÖ)” ve “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR)” kullanılarak elde edilmiştir. Araştırma sonucunda, çalışmaya katılan hastaların büyük bölümünün düşük psikososyal uyum düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların benlik saygısı ise orta düzeyde bulunmuştur. Yaşam kalitesi boyutlarında en yüksek ortalama puan çevre boyutunda, en düşük ortalama puan ise bedensel boyutta tespit edilmiştir. Hastaların psikososyal uyum, yaşam kalitesi ve benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişkiler ele alındığında; hastaların psikososyal uyum düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düzeyi artmaktadır. İkinci olarak, hastaların psikososyal uyum düzeyi arttıkça benlik saygısı düzeyi artmaktadır. Üçüncü olarak ise, hastaların yaşam kalitesi düzeyi arttıkça benlik saygısı düzeyi artmaktadır. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda sosyal hizmete dair önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: psikososyal uyum, benlik saygısı, yaşam kalitesi, sosyal hizmet

ABSTRACT

Özalp, N. (2020). Examination of Psychosocial Adjustment, Self-Esteem and Quality of Life of Psychiatric Patients. Istanbul University- Cerrahpaşa, Postgraduate Education Institute, Department of Social Work. Master's Thesis. Istanbul.

The aim of this research is to evaluate the levels of psychosocial adaptation, self-esteem and quality of life of psychiatric patients. The research sample consists of 187 patients who have been receiving outpatient (outpatient) or clinical (inpatient) treatment due to diagnosis of obsessive-compulsive disorder, depression, anxiety disorder, bipolar disorder or schizophrenia. Introductory Information Form, Psychosocial Adjustment to Disease Self-Notification Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale Short Form and World Health Organization Quality of Life Scale Short Form Turkish Version were used as data collecting tools in the research. Result of the research reveals that the majority of the patients had low psychosocial adjustment. Self-esteem of the patients was determined to be moderate. In terms of quality of life, the highest average score was found in the environmental dimension, and the lowest average score was found in the physical dimension. Considering the relationships between the psychosocial adjustment, quality of life and self-esteem levels of the patients, as the psychosocial adjustment level of the patients increases, the level of life quality also increases. Secondly, as the psychosocial adjustment level of the patients increases, the self-esteem level also increases. Thirdly, as the quality of life of patients increases, their self-esteem level also increases. In line with the findings obtained from the research, suggestions were made regarding social work.

Keywords: psychosocial adaptation, self-esteem, quality of life, social work

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumda yaygınlaşan, kronikleşen ve hastada yeti yitimine neden olan psikiyatrik hastalıklar, dünyada ve ülkemizde artış göstermekle birlikte sağlık sorunları içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. 2007-2017 yılları arasında 17 ülkede yapılan taramalar sonucunda psikiyatrik hastalık oranının %4,5-26 aralığında değişim gösterdiği belirlenmiştir (Kılıç, 2017). DSÖ verilerine göre ise 2005-2015 yılları arasında, psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığının yaklaşık %16 oranında artış gösterdiği belirtilmiştir (WHO, 2017). Ülkemizde ise, “Türkiye Ruh Sağlığı Raporu’nda” toplumun %18’inin yaşam boyu bir psikiyatrik hastalığı geçirdiği ifade edilmiştir. (Erol ve ark, 1998).

Bu hastalıklar, bireyin psikososyal uyumunu, benlik saygısını, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte; birçok alanda işlev kayıplarına yol açmaktadır (Kaçmaz, 2003). İç görü kaybı, günlük aktivite ve öz bakım ihtiyaçlarını yerine getirememesi, sosyal yaşamdan uzaklaşma, kişilerarası ilişkileri sürdürmemesi, mesleki kayıplar yaşama sonucunda hasta kendi iç dünyasına çekilmekte, sosyal ve bedensel olarak daha fazla yitim ve yetersizlik ile karşı karşıya kalmaktadır (Ayrancı ve Yenilmez, 2002). Bu hastalıklar yalnızca bireyi değil, aile ve toplumu da etkilemektedir. Hasta yakınları da hasta odaklı değişen yaşam alanına uyum sağlamada sorun yaşamaktadırlar (Schwarz ve Elman, 2003).

Ülkemizde, psikiyatri hastalarının akut dönemde yatılı/ayaktan olarak tedavi edildiği, tekrar eden atak dönemine kadar hastanın ailesi ile birlikte yaşamını sürdürdüğü ve taburculuk sonrası gerekli izlemlerin gerçekleştirilmediği bir durum söz konusudur (Kelleci ve Ata, 2011). Psikiyatri hastalarının tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde sağlık sistemi ile ilgili engeller yaşanırken diğer taraftan hasta ve aile boyutundaki güçlükler, sorunların niteliğini belirlemektedir. Klinik düzeyde odaklar hasta, hastanın ailesi ve sosyal çevresidir. Biyopsikososyal yaklaşım çerçevesinde başarılı bir tedavi için, psikiyatrik tıbbi tedavi ile birlikte eş zamanlı olarak sosyal uyumu ve işlevselliği iyileştirmeye yönelik sosyal hizmet müdahaleleri gerekmektedir (Özbesler, 2014).

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; psikiyatri hastalarının psikososyal uyum, yaşam kalitesi ve benlik saygısı düzeylerini değerlendirmek, demografik ve hastalıklarına ilişkin özelliklerin düzeyleri ne şekilde etkilediğini anlamaktır. Hastanın tedavi ve bakım sürecinde sosyal hizmetin aktif rolü belirtilerek elde edilen bulgular doğrultusunda önerilerde bulunulacaktır.

1.2. Araştırmanın Soruları

Araştırmanın problemi; “Psikiyatrik hastalıkların; psikososyal uyum, benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeyleri üzerine etkisi nedir?” şeklinde tanımlanmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıda yer alan alt problemlere cevap aranmıştır:

1. Psikiyatri hastalarının, demografik/hastalıklarına ilişkin özellikleri ne şekildedir?
2. Psikiyatri hastalarının, psikososyal uyum düzeyleri ile demografik/hastalıklarına ilişkin özellikler arasında ilişkiler ne şekildedir?
3. Psikiyatri hastalarının, benlik saygısı düzeyleri ile demografik/hastalıklarına ilişkin özellikler arasında ilişkiler ne şekildedir?
4. Psikiyatri hastalarının, yaşam kalitesi düzeyleri ile demografik/hastalıklarına ilişkin özellikler arasında ilişkiler ne şekildedir?
5. Psikososyal uyum, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Bu araştırmanın önemi; psikososyal uyum, benlik saygısı ve yaşam kalitesini sosyal hizmet açısından inceleyen bir çalışma olmasıdır.

İkinci olarak, araştırmaya dair kaynak taraması yapılmıştır. Uluslararası literatürde PAIS-SR ölçeğinin özellikle kronik fiziksel hastalıklarda uygulandığı çalışmalara ulaşılmıştır (Livneh, 2001). Ulusal literatürde ise kronik fiziksel hastalıklara yönelik çalışmalar mevcut iken psikiyatri hastalarına yönelik yapılan bu çalışmaların çok az sayıda olduğu görülmüştür.

Üçüncü olarak, Türkiye’de ruh sağlığı alanında var olan yasal mevzuat, kaynak ve istihdam yetersizliği, psikiyatrik sosyal hizmet alanı için de geçerlidir. Özdemir (2000), gerçekleştirmiş olduğu bir araştırma sonucunda ülkemizde mevcut

psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarından bahsetmenin mümkün olmadığını ifade etmiştir. Bu kapsamda, sosyal hizmet müdahalelerinin önemi ortaya konmuş, sosyal hizmet uzmanının psikiyatrik alanda istihdam eksikliğinin giderilmesi ve niteliğinin artırılması gerekli görülmüştür.

Bütün bu bilgiler ışığında literatüre katkı sağlamaya yönelik veriler elde edilmeye çalışılacak ve sosyal hizmetin psikiyatri alanındaki aktif rolüne değinilecektir.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yürütüldüğü hastanede yatılı veya ayakta tedavi görüyor olma ve obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete, depresyon, bipolar bozukluk ve şizofreni tanılarında birini almış olma araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

1.5. Araştırmanın Planı ve Bölümleri

Bu araştırma giriş ve amaç, kavramsal çerçeve, gereç ve yöntem, bulgular, tartışma, sonuç ve öneriler olmak üzere beş ana bölümden oluşmaktadır.

Giriş ve amaç bölümünde; araştırmanın konusu, amacı, önemi, varsayımları ve sınırlılıkları ele alınmıştır.

Kavramsal çerçeve bölümünde; araştırmanın kavramları ana temalar üzerinden geniş bir perspektif ile açıklanmıştır.

Gereç ve yöntem bölümünde; araştırmanın modeli, örnekleme, etik yönü, veri toplama araçları ve verilerin çözülmesine dair bilgiler verilmiştir. Demografik ve hastalıklarına ilişkin özellikler ile ölçeklere ait istatistiki verilere de değinilmiştir.

Bulgular bölümünde; araştırmanın amacı doğrultusunda yer alan alt problemlere yönelik istatistiksel analizler yapılarak tablolar ile yorumlanmıştır.

Tartışma, sonuç ve öneriler bölümünde, araştırmadan elde edilen veriler literatürde yapılan çalışmalar çerçevesinde tartışılmıştır. Araştırma sonuçları özetlenmiş ve psikiyatrik alanda sosyal hizmet müdahalelerine dair öneriler sunulmuştur.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Psikiyatrik Hastalıklar

2.1.1. Ruhsal Sağlık ve Hastalık

Sağlık genellikle duygusal, ruhsal, fiziksel, zihinsel ve sosyal bileşenler arasında bir denge içeren çok boyutlu bir iyilik hâli olarak kavramsallaştırılmaktadır (Greenberg, 1985). Dünya Sağlık Örgütü Sağlığı (DSÖ) sağlığı; “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli” olarak tanımlamaktadır (WHO, 1946). Örgüt, ruh sağlığının tanımını ise; “bireyin kendi yeteneklerinin farkına vardığı, yaşamın normal gerginlikleriyle başa çıkabildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve içinde yaşadığı topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik hali” olarak ortaya koymaktadır (WHO, 2001, s. 1). Bireyin sosyal refahının artırılması ve tam bir iyilik hâlinin sürdürülmesini ifade eden bu tanımlara göre sağlık, bireysel faktörlerin yanında çevresel faktörlerden de etkilenmektedir. Bu çerçevede, tıbbi hizmetlerin etkin uygulanabilmesi için; insanın biyo-psiko-sosyal bir varlık olarak ele alınması ve sağlık alanında multidisipliner bir ekip çalışmasının yürütülmesi gerektiği düşüncesi ortaya konmuştur.

Genel anlamda psikiyatrik (ruhsal) hastalık; kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında ortaya çıkan, bilişsel işlevin bozulmasına yol açan ve yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürmesine engel olan olağan dışı değişimler olarak tanımlanmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar genel olarak belirgin bir sorun ya da iş, sosyal yaşam gibi önemli işlevsellik alanlarında meydana gelen yetersizlikler ile devam etmektedir (DSM-5, 2013, s. 5).

Psikiyatrik hastalık tanısı uluslararası bilimsel ölçütler çerçevesinde ortaya konmaktadır. En sık kullanılan tanı sistemi, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilen “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabıdır (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM)”.

Ruh sağlığı, bireysel ve toplumsal iyilik hâli ile sosyal işlevselliğin temelidir. Diğer hastalıklarda olduğu gibi ruh sağlığı ve hastalıkları da, birbirlerini etkileyen biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler tarafından şekillenmektedir (Ruh Sağlığını Güçlendirme, ss. 5-6). Hastalığın kronikleşmesi, bireyin iş verimini etkilemesi, yakın

çevre ve yaşadığı toplumla ilişkilerin zayıflaması ruh sağlığının bozulmasına yol açan temel etmenlerdir (Öztürk, 2004). Dolayısıyla psikiyatrik hastalığa dair tanı konurken ortaya çıkmasına neden olan biyolojik, psikolojik, toplumsal, kültürel, ekonomik vb. faktörler bütüncül olarak değerlendirilmektedir (Akalın, 2006).

Toplumda yaygınlaşan, kronikleşen ve hastada yeti yitimine neden olan psikiyatrik hastalıklar dünyada ve ülkemizde artış göstermekle birlikte sağlık sorunları içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. 2007-2017 yılları arasında 17 ülkede yapılan taramalar sonucunda psikiyatrik hastalık oranının %4,5-26 aralığında değişim gösterdiği belirlenmiştir (Kılıç, 2017, s. 3). Psikiyatrik hastalığı olanların çare arayışına girerek psikiyatri ve diğer birimlerde tedaviye başvurma oranlarının %32-56 arasında olduğu yapılan çalışmalarda ifade edilmiştir (Bahar ve ark., 2010).

DSÖ verilerine göre 2005-2015 yılları arasında, psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığının yaklaşık %16 oranında artış gösterdiği belirtilmiştir. Dünya genelinde yaklaşık 350 milyon insan depresyon, 60 milyon insan bipolar bozukluk, 50 milyon insan demans, 23 milyon insan şizofreni ve diğer psikotik hastalıklar ile mücadele etmektedir. Gereken önlemler alınmadığında, gelecekte her dört kişiden biri psikiyatrik ya da nörolojik hastalık riski ile karşı karşıya kalmaktadır. Hastaların yalnızca üçte biri uzmana başvurmakta, üçte ikisi ise ayrımcılığa maruz kalma kaygısı, damgalanma, hastalığın utanılacak bir durum görülmesi gibi nedenlerden dolayı yardım istememektedir (WHO, 2017).

Ülkemizde ise 1998 yılında yayımlanan Türkiye Ruh Sağlığı Raporu'nda, herhangi bir psikiyatrik hastalığın varlığının, araştırmanın yürütüldüğü son 12 ay içerisinde %17.2 olduğu tespit edilmiştir. Bu oran, her altı kişiden birinde tanı alacak düzeyde psikiyatrik hastalık bulunduğunu ortaya koymuştur. Toplumun %18'inin yaşam boyu bir psikiyatrik hastalığı geçirdiği ifade edilmiştir. Toplumda yaygın olmasına rağmen hastalığı olanların yalnızca %14'ünün tedaviye başvurarak yardım aldığı saptanmıştır (Erol ve ark, 1998). Bu oranlar, milyonlarca kişinin tedaviye ihtiyacı olduğu halde yardım almadığını göstermektedir (Kılıç, 2017, s. 3). Bir başka çalışmada, temel hastalık grupları arasında %19 ile ikinci sırada yer aldığı belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), istem dışı gelen ve zihni meşgul eden, bireyi rahatsız eden yineleyici düşünce, görüntü ve dürtüleri içeren obsesyonlar ve bu obsesyonlardan kurtulmak için ortaya konan, katı bir şekilde yapılması gerekli görülen, yineleyici davranış ve zihinsel eylemleri kapsayan kompulsiyonlar ile karakterize bir psikiyatrik hastalıktır (DSM-5, 2013). Obsesyon ve kompulsiyonların zaman alıcı olması bireyin yaşam düzenini, mesleki fonksiyonlarını, sosyal ilişki ve aktivitelerini önemli düzeyde önlemektedir (Bayar ve Yavuz, 2008, s. 185; Karamustafalıoğlu ve Akpınar, 2006, s. 30).

OKB’de kişiye ait obsesif inançlar altı temel grupta sıralanmıştır. Bunlar: abartılmış düzeyde sorumluluk, düşüncelerin kontrol edilebilirliğine dair inanç, mükemmeliyetçilik, düşünce-eylem kaynaşması, belirsizliğe yönelik tahammül gösterememe ve abartılı düzeyde tehdit algısıdır (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997).

DSM 5’e göre Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar 9 başlık olarak sınıflandırılmıştır: Obsesif kompulsif bozukluk, beden algısı bozukluğu (vücut dismorfik bozukluğu), biriktiricilik bozukluğu, trikotillomani (saç yolma bozukluğu), deri yolma bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı takıntı-zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı takıntı-zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluk, tanımlanmış diğer bir takıntı-zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluk ve tanımlanmamış takıntı-zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluktur.

DSM-5, obsesif kompulsif bozukluk tanı kriterlerini aşağıdaki şekilde tanımlamıştır:

- 1) Obsesyonların, kompulsiyonların veya her ikisinin birlikte mevcut olması
Obsesyonlar (takıntılar) iki şekilde tanımlanmaktadır:
 - a) Çoğu bireyde belirgin bir anksiyete veya soruna sebep olan, zorla ve istenmeden yaşanan, tekrarlayıcı ve sürekli devam eden düşünce, imge ve güdüler.
 - b) Birey, bu düşünce, imge ve güdülerini önemsememeye ya da baskılamaya çalışır. Veya başka bir kompulsiyonla yüksüzleştirme eyleminde bulunur.

Kompulsiyonlar (zorlantılar) iki şekilde tanımlanmaktadır:

- a) Bireyin obsesyonuna tepki olarak ortaya koyduğu veya katı bir şekilde yapılmasını zorunlu hissettiği zihinsel eylemler (sayı sayma, sözcük tekrarlamaları yapma, dini söylemlerde bulunma) ya da yinelemeli davranışlar (sürekli el yıkama, düzenleme yapma vb.).
 - b) Kaygı ve sıkıntıyı azaltma, önleme ya da korkulan bir olay ve durumdan sakınmak için yapılan yinelemeli davranışlar ile zihinsel eylemlerin tasarlanan durumlarla gerçekçi bir şekilde ilişkisi mevcut değildir veya aşırı bir abartı seviyesindedir.
- 2) Obsesyon ve kompulsiyonlar, bireyin önemli bir zamanını alır. Klinik olarak belirgin bir soruna veya mesleki, sosyal gibi birçok işlevsellik alanlarında kayıplara sebep olur.
 - 3) Obsesif kompulsif semptomları, başka bir tıbbi durumun veya başka bir madde kullanımının fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
 - 4) Obsesif kompulsif bozukluk, başka bir psikiyatrik hastalığın bulgularıyla daha iyi bir şekilde açıklanamaz.

2.1.3. Kaygı Bozukluğu (Anksiyete)

Anksiyete kavramı; korku, kaygı, endişe kelimeleriyle ifade edilmektedir. Korku ve üzüntü duymak, beklenmedik bir olumsuz sonuç ve belirsizlikle karşı karşıya kalmak, başarısızlık duygusu taşımak kaygıya neden olmaktadır (Cüceloğlu, 2005). Dolayısıyla anksiyete, günlük yaşamda her zaman var olan bir emosyondur. Ancak gereğinden daha fazla, şiddetli ve uzun olan, kişinin günlük işlevlerinde azalma, sosyal yaşamdan çekilme ya da yeti yitimine yol açan anksiyete patolojik durum şeklinde değerlendirilerek hastalık kabul edilmektedir (Güleç ve Köroğlu, 2007).

Kaygı bozukluğu, kişinin kendi ya da dışsal çevreden gelen uyaranları tehlike ve tehdit olarak algılaması sonucu kontrol edilemeyen korku, gerginlik, endişe hislerini ortaya çıkartan olay ve durumlardan kaçınma eylemidir. Titreme, panik atak, çarpıntı, terleme gibi fizyolojik tepkiler kaygıbozukluğunun belirtileridir (npistanbul.com).

DSM 5'e göre kaygı bozuklukları 11 başlık olarak sınıflandırılmıştır: Ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık (mutizm), özgül fobi, toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi), panik bozukluğu, agorafobi, yaygın kaygı bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı

bozukluğu, tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu, tanımlanmamış kaygı bozukluğudur.

DSM-5, yaygın kaygı bozukluğu tanı kriterlerini aşağıdaki şekilde belirtmiştir:

En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, aktivite veya olaylarla ilgili olarak aşırı bir kaygı ve kuruntu mevcuttur. Kişi, kaygılarını denetim altına alamamaktadır. Aşağıdaki semptomlardan üçü kaygı ve kuruntuya eşlik etmektedir:

- Sürekli gerginlik, huzursuzluk, sakin kalamama.
- Kolay yorulma.
- Odaklanmada yaşanan zorluklar veya zihnin boşalması.
- Kolay öfkelenme.
- Kas gerginliği.
- Uyku problemleri
- Kaygı kuruntu veya fizyolojik belirtiler (nefes darlığı, çarpıntı, baş dönmesi vb.) klinik açıdan belirgin bir soruna veya iş, sosyal ve diğer alanların işlevselliğinde azalmaya sebep olur.
- Bu bozukluk, bir madde kullanımı veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- Bu bozukluk, başka bir psikiyatrik hastalık ile daha iyi bir şekilde açıklanamaz (DSM-5, 2013).

2.1.4. Depresyon

Dünya genelinde her yaştan depresyonla mücadele eden hasta sayısı 350 milyonu geçmektedir (WHO, 2017). Depresyon, çökkün duygudurumunun düşünce, duygu ve davranışlarda olumsuz değişime neden olduğu, kişide işlevsellik düzeyi, kişilerarası ilişkiler ve üretkenliğin azaldığı, intihar riskine yol açan kronik bir psikiyatrik hastalıktır. Hastalık, bireyi ruhsal olduğu gibi fiziksel olarak da etkilemesi sonucu başka sağlık sorunlarına da yol açmaktadır (Boztaş ve Arısoy, 2010).

İntihar Derneği'nin 2014 yılında yaptığı araştırmaya göre, depresyon hastalarında intihar riskinin 25 kat arttığı, tedavi olmayan hastalarda intihar riskinin yaşam boyunca %2.2-15 aralığında olduğu, intihara neden olan risk etmenlerinin büyük oranda belirleyicisinin depresyon olduğu ifade edilmiştir (www.suicidology.org).

Majör depresif bozukluk, kronikleşen ve tekrarlayan bir hastalıktır. Yaşam kalitesi düzeyi ve işlevsellikte en fazla bozulmalara yol açan başlıca hastalıklardandır (Aydemir ve ark, 2009, s. 205, Engin ve Ergün, 2014, s. 335). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması ile majör depresyonun ülkemizde en sık görülen psikiyatrik hastalık olduğu ortaya konmuştur (Erol ve ark, 1998).

DSM 5'e göre depresyon bozuklukları 8 başlık olarak sınıflandırılmıştır: Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, yeğın (majör) depresyon bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu (distimi), premenstrüel disfori bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmamış depresyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğudur.

DSM-5, majör depresyon tanı kriterlerini aşağıdaki şekilde tanımlamıştır:

İki haftalık dönem süresince, çökkün duygudurum, ilgide belirgin azalma veya zevk almama semptomlarından en az biri mutlaka bulunmuştur. Hastalık öncesine göre işlevsellik düzeyi değişmiştir. Aşağıdaki semptomlardan en az beşi mevcuttur:

- Günün büyük bir bölümünde çökkün duygudurum ve ümitsizlik hali
- Günün büyük bir bölümünde keyif alarak yapılan aktivitelere karşı ilgide belirgin azalma veya bunlardan zevk alamama.
- Beklenmeyen kilo kaybı veya artışı, iştahta azalma.
- Uykusuzluk yaşama veya aşırı uyuma.
- Neredeyse her gün yavaşlama veya ajitasyon.
- Aşırı değersiz hissetme ve suçluluk duyma.
- Odaklanmada güçlükler veya kararsız olma.
- Ölüm korkusu, intihar gibi yineleyici ölüm düşünceleri.
- Sürekli bir bitkinlik hali veya enerji düşüklüğü.
- Bu semptomlar, birçok işlevsellik alanında belirgin bir azalmaya neden olmaktadır.
- Madde kullanımı ya da başka bir sağlık sorununun fizyolojiyle ilgili etkenlerine bağlı değildir (DSM-5, 2013).

2.1.5. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk (iki uçlu duygulanım bozukluğu), genellikle 15-24 yaş aralığında görülen, manik ve depresif dönem veya her ikisini içeren karma dönemlerin olduğu, geçiş dönemleri arası tamamen normal veya minimal düzeyde semptomlarla sürdürülen, psikososyal işlevsellikte kayıplara yol açan, yaşam boyu remisyon ve alevlenmelerle süren ciddi, kronik bir psikiyatrik hastalıktır (Engin ve Çuhadar, 2014; Işık, 2013). Hastalığın birbirine zıt iki evresi mevcuttur. DSÖ tarafından 2010 yılında yapılan Küresel Hastalık Yüğü çalışmasına göre psikiyatrik hastalıklar içerisinde en fazla yeti yitimine neden olan altıncı hastalıktır (Vos ve ark., 2012).

Bireyi ruhsal ve fiziksel açıdan etkileyen duygudurum dalgalanmaları, aile fonksiyonlarını, mesleki ve sosyal uyumu bozmaktadır. Ayrıca, klinik olarak hastaların remisyon döneminde de yaşam kalite düzeylerinde belirgin düşüş meydana geldiği ifade edilmektedir (Sierra ve ark., 2005). Hastalıkla birlikte sıklıkla anksiyete ve alkol/madde bağımlılığı da görülmektedir. İntihar riski yüksektir (Semple ve Smyth, 2013).

DSM 5'e göre bipolar bozukluklar; hipomani/mani dönem, depresif dönem, karma dönemleri kapsama ile dönemlerin ne kadar sürdüğü ve tekrar etmesine bağlı olarak 6 başlık altında sınıflandırılmıştır: Bipolar bozukluk 1, bipolar bozukluk 2, siklotimi bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı iki uçlu ve ilişkili bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı iki uçlu ve ilişkili bozukluk, tanımlanmamış iki uçlu ve ilişkili bozukluktur.

DSM-5, bipolar bozukluk tanı kriterlerini aşağıdaki şekilde belirtmiştir:

1) Mani Dönemi Ölçütleri: Yükselmiş ve kontrol edilemeyecek düzeyde duygudurumun, en az bir hafta (veya hastaneye yatırılması gerektiği takdirde herhangi bir süre) süreyle, hemen hemen her gün ve günün büyük bir bölümünde mevcut olması mani dönemini; en az ardışık 4 gün süreyle, hemen hemen her gün ve günün büyük bir bölümünde mevcut olması hipomani dönemini ifade etmektedir. Hipomani dönemi, hastaneye yatışa neden olacak düzeyde ağır değildir. Ancak mani döneminde var olan psikoz özellikler hastaneye yatışı gerekli kılmaktadır. Mani dönemi sırasında aşağıda yer alan semptomlardan en az üçünün bulunması gerekmektedir:

- Büyüklük düşüncesi veya benlik saygısında görülen abartılı bir artış.
- Uyku ihtiyacında azalma (aşırı derece enerjik hissetme).

- Konuşkanlıkta artış veya daha fazla konuşmaya tutma.
- Konuşurken konudan konuya atlama (fikir uçuşması), aşırı neşeliyken aniden çok hızlı sinirlenme.
- Dikkat dağınıklığı (distraktibilite).
- Sosyal alanlarda, işte, okulda amaca yönelik aktivitelerde veya cinsel istekte artış. Ajite olma.
- Kötü sonuçlara yol açacak eylemlerde bulunma (aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel eylemlerde bulunma gibi).
- Mesleki ve sosyal işlevsellikte belirgin bir azalmaya neden olan veya psikoz özellikleri barındırması sebebiyle kişinin kendisine ya da başkalarına zarar vermemesi için hastaneye yatışı gerektirecek denli ağırdır.
- Genel bir tıbbi durum veya bir maddenin kötüye kullanımının doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

2) Depresif Dönem Ölçütleri: Majör depresyon tanı kriterleri, depresif dönemin ölçütleridir.

2.1.6. Şizofreni

Şizofreni, en çok 15-40 yaş aralığında görülen, kişinin biliş, düşünce, his, davranış ve algısında değişim ile bilişsel çarpıtmalara yol açan, topluma sosyo-ekonomik olarak ciddi sorumluluk yükleyen, hezeyan, halüsinasyon, organize olmayan davranış, negatif bulgu ve sosyal işlev bozukluğu ile ayırıcı özelliğini ortaya koyan, yaşam boyu süren ve uygun tedaviyle kontrol alınabilen ciddi bir psikiyatrik hastalıktır (Sadock ve ark., 2016; Summakoglu ve Ertugrul, 2018). DSÖ tarafından yapılan Küresel Hastalık Yüğü çalışmasına göre şizofreni en fazla yeti yitimine neden olan psikiyatrik hastalıktır (Öztürk ve Uluşahin, 2016, s. 189). Ayrıca hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır vakalar sıklıkla mevcuttur.

Hastalığın neden olduğu bilişsel ve sosyal yeti yitimi; günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme, sorunlarla başa çıkma, problem çözme, sosyal yaşama uyum sağlama, üretken olma gibi alanlarda kişiyi sorunlarla karşı karşıya bırakmaktadır (Altun ve Olçun 2018). Hastalık sürecinde bireyin sosyal işlevselliği gittikçe bozulmaktadır. Hastanın sosyal işlevselliğinin arttırılmasının, tüm psikiyatrik

hastalıklarda olduğu gibi şizofrenide de tedavide başarı elde etmenin temel koşullarından biri olduğu belirtilmektedir (Tarrier ve ark, 1988).

DSM 5'e göre şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar 9 başlık olarak sınıflandırılmıştır: Şizotürü (Şizotipal) kişilik bozukluğu, kısa psikoz bozukluğu, şizofrenimsi bozukluk, şizofreni, şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk, maddenin/ilacın yol açtığı psikoz bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı psikoz bozukluğu, başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden katatoni, tanımlanmamış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluktur.

DSM-5, şizofreni tanı kriterlerini aşağıdaki şekilde tanımlamıştır:

1) Karakteristik Bulgular: Bir aylık bir süre içerisinde tedavi edilme koşuluyla aşağıdaki semptomlardan iki ya da daha fazlasının mevcut olması.

- a) Hezeyanlar.
- b) Halüsinasyonlar.
- c) Dezorganize konuşma.
- d) İleri derecede dezorganize veya katatonik davranış.
- e) Negatif semptomlar: Affektif donukluk, aloji (konuşamama), avölüsyon(istek kaybı).

2) Sosyal /Mesleki Fonksiyon Bozukluğu: Kişiler arası ilişkiler, iş, öz bakım gibi alanlarda bir ya da birden fazla işlev kaybının yaşanması

3) Süre: Semptomların en az 6 ay süredir kalıcı olması

4) Şizoaffektif bozukluğun ve duygu durum bozukluğunun ayırt edilmesi

5) Madde kullanımı ile genel tıbbi durum bozukluğunun olmaması

6) Yaygın gelişim bozukluğunun olmaması (DSM-5, 2013).

Yavuz (2008, ss. 51-53), şizofreninin klinik belirti ve bulgularını aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

- **Görünüm ve Davranış:** Akut dönemde hastalar normal görünürler, fakat ilk bakışta toplumdan uzaklaşmış, sosyal davranışlarında kafaları meşgul ya da başka türlü tuhafliklar içeren kaba tutumları mevcuttur. Ani, beklenmedik davranışlar sergilerler. Sosyal çevreden uzaklaşıp yalnız kalırlar. Uzun süre hareketsiz kalma ve derin düşüncelere dalma görülür.

- **Konuşma ve Düşünce Şekli:** Konuşmayı takip etmek zor olabilir. Kaybolan soyut düşüncenin yerini somut düşünce alır. Düşünceler arasındaki bağlantı mantıksızdır. Yeni kelime türetme, tekrarlama, bloklaşma gibi durumlar mevcuttur.
- **Düşünce İçeriğindeki Bozukluklar:** Çeşitli delüzyonlar ve hezeyanlar mevcuttur (Perseküsyon, grandiyöz, mistik, somatik gibi hezeyanlar).
- **İdrak Bozuklukları:** Sıklıkla mevcuttur. Emir verir şekilde, tek kelime ya da bütünüyle konuşma şeklinde olabilecek gürültü, karmaşık ses ya da müzik duyabilirler. Birden çok ses, üçüncü şahıs olarak hasta ile tartışarak hareketlerini yönetebilir. İşitme halüsinasyonları yoğundur.
- **Duygulanım Bozuklukları:** Akut dönemde affektin değişiminde azalma ve düzleşme sonucu değişmeyen bir affekt hali oluşur. İleri evrelerde nötr bir durum olan affekt küntlüğü belirginleşir.
- **Kognitif Bozukluklar:** Akut süreçte genelde bozulma mevcut değildir. Dikkat ve konsantrasyon eksikliği görülebilir. İlerleyen dönemde hafızada azalma ve bozulma meydana gelir.
- **İçgörü:** Genellikle bozulmuştur. Hasta olduklarını kabullenmezler ve diğer insanları kendileri için tehlikeli olarak algırlar. Tedaviyi reddeden hastalarda sıklıkla görülür. Yetersiz aktivite, sosyal yaşamdan çekilme, düşünce ve algı bozuklukları, duygusal donukluk gibi negatif belirtilerle karakterizedir.
- **İrade Bozukluğu:** Dürtü ve insiyatif kaybıyla birlikte hasta, amaçsız ve tekrarlayıcı aktivitelerle meşgul gibi görünebilir.
- **Günlük Yaşam Becerilerinin Bozulması:** Hastalar kendi hijyenik öz bakımlarını ihmal ederler. Sosyal kuralları değiştirecek şekilde eylem sergilerler ve sosyal ilişkilerden kaçınırlar.
- **Hareket Bozuklukları:** Katatonik eksitasyon görülür.
- **Fizyolojik Belirtiler:** Metabolizma bozulmaktadır. Dengesiz beslenme, uyku düzensizleri, aşırı kilo kaybı, libidoda artış ya da azalma, ağrı eşik seviyesinin yükselmesi görülür.

2.2. Psikososyal Uyum

2.2.1. Psikososyal Uyum Kavramı

Uyum kavramı, literatürde birbirinin yerine kullanılabilen iki kavram olarak “adaptation” ve “adjustment” olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte, “başa çıkma, kabul etme, psikososyal iyileşme ve benimseme” kavramları da uyum kavramı yerine kullanılmaktadır (Londono ve McMillian, 2015). Uyum, kronik bir hastalık sebebiyle sürekli olarak gerçekleştirilen yaşamdaki değişiklikleri ifade eder. Statik değil, dinamiktir (Larsen, 2016, s. 43).

Uyum kavramı, araştırmacılar tarafından teorik çerçevede veya bir çalışmanın ölçtüğü belirli sonuçlara (örneğin, yaşam kalitesi, benlik kavramı, iyimserlik, esenlik vb.) göre farklı şekilde tanımlanmaktadır (Larsen, 2016, s. 44). Bir sistem olarak ele alındığında insanın karşılaştığı duruma karşı uyum gösterebilme yeteneği, kuramsal olarak farklı yaklaşımlarla ortaya konmaktadır (Velioğlu, 1999). Uyum; bir durum, olay veya meydana gelen değişim karşısında sergilenen olumlu tutum, kabullenme ve istenen şekilde davranışı ifade etmektedir. Beklenen davranış değişikliğinin kişide gözlemlenmesi, uyumun sağlandığını ortaya koymaktadır (Kılınç, 2015, s. 7).

Durumsal ve gelişimsel olaylar, iç ve dış çevreden gelen uyaranlar, karmaşık yaşam deneyimleri kişinin uyum sağlamasını gerektirmektedir. Yaşanan tüm değişimler ve yeni durumlar karşısında bireyin doğru değerlendirme yapabilmesi, koşullara göre uygun kararlar verebilmesi ve davranışlar sergileyebilmesi, kendi gücünü fark ederek sorunlarla başa çıkabilmesi bireyin uyumunu etkileyen unsurlardır (Özdemir ve Taşçı, 2013).

Uyum süreci; biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve manevi (spiritual) alanlara ayrılarak ele alınmaktadır. Psikolojik olarak ele alındığında uyum süreci komplekstir, yalnızca davranışsal boyutta değerlendirilmektedir. Duygusal olarak uyum; geçmiş yaşam deneyimleri, savunma ve başa çıkma mekanizmalarının kullanımını kapsamaktadır. Sosyokültürel olarak uyum ise aile, yakın çevre ve toplumla olan ilişkileri, toplumsal norm ve değişimleri içermektedir (Çam ve ark., 2009, s. 74).

Psikososyal, geniş ve kapsayıcı bir kavramdır. Bireyin psikolojik durumunun yanı sıra sosyal çevresini de dikkate alır; biri diğerinden ayıramaz (Larsen, 2016, s. 43).

Bir kişinin yaşam öyküsü ile ilgili olan ilişkiler, eğitim, yaş, istihdam gibi zihinsel ve sosyal faktörleri belirtmektedir (Pugh, 2002).

Psikososyal kavramı tarihsel olarak sosyal hizmet mesleği ile ilişkilidir. Bu kavram, sosyal hizmet mesleğinin birey ve çevre üzerindeki temel odak noktasını ifade etmekte ve sosyal hizmete diğer mesleklerden ayrı olarak kendi kimliğini vermektedir (Turner, 2009).

Psikososyal uyum, bir kişinin yaşamını değiştiren bir olay veya geçiş sürecinde psikososyal açıdan uyum sağlamasını kapsamaktadır. Psikolojide bu kavram, “bireyin ihtiyaçları ile çevrenin gereksinimleri arasındaki göreceli uyum derecesi” olarak tanımlanmaktadır (Anderson ve ark, 2002, s. 32).

Son birkaç on yıl içinde tıpta psikososyal uyum kavramına yoğun ilgi duyulmaktadır. Hastalıkla başa çıkma becerileri, psikolojik bütünlük ve bu hastaların sosyal destekleri konusunda artan talepleri, psikososyal uyumun önemini daha da vurgulamaktadır (Derogatis, 1986, s. 77). Weissman ve meslektaşları, psikiyatride hastaların sosyal yaşama yeniden uyumun sağlanmasına odaklanılmasının, gelişen toplum temelli bakım anlayışından kaynaklandığını ifade etmektedir (Weissman, 1975; Weissman ve Bothwell, 1976; Weissman ve ark, 1981).

Hastalığa psikososyal uyum, birçok alanı kapsamaktadır. Bunlar: ev-aile ilişkileri, geniş aile ilişkisi, sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, sosyal çevre, cinsel ilişkiler ve psikososyal baskı alanlarıdır. Hastalık sürecinde; aile ve sosyal çevre ilişkileri, sağlık, eğitim, iş yaşamında uyum sorunları ile karşı karşıya kalınmaktadır. Bunun yanı sıra birçok değişkene bağlı olarak ekonomik, psikolojik, fiziksel, sosyal güçlükler ortaya çıkmaktadır. Kişinin durumunu kabullenip baş etme yöntemlerini kullanmaya zorlandığı bu süreçte uyum, iç ve dış çevreden gelen beklenmedik değişiklikleri kabul ederek uygun davranış ve tutumları sergileyebilmeyi sağlamaktadır (Çam ve ark., 2009, s. 74).

2.2.2. Psikiyatrik Tedaviler

Psikiyatrik hastalıklar, beyin fonksiyonlarının çeşitli sebeplerle bozulması sonucu oluşmaktadır. Doğru bir tanı konularak çeşitli tedaviler ile beyinde kimyasal bozulma gerçekleşen bölgenin iyileştirilmesi amaçlanmaktadır. Hastalık süreci ve buna bağlı ortaya çıkan biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler hastanın yaşamında

değişimlere neden olduğu için tedaviyi yalnızca ilaç ile sınırlı tutmak yeterli değildir. Dolayısıyla, psikiyatrik hastalıkların tedavisinde çeşitli yöntem ve teknikler uygulanırken günümüzde başta ilaç tedavisi olmak üzere bazı tedavi ve teknikler ayrı bir önem taşımaktadır (Kılınç, 2015).

Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan başlıca yöntemler; ilaç tedavisi, elektrokonvülsif tedavi (EKT) ve psikoterapilerdir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Bu tedavilere ek olarak, manyetik uyarmı tedavi (TMU) ve sosyal hizmet uygulamaları da önemli yöntemlerdir.

İlaç tedavileri, hastanın bilişsel, pozitif ve negatif yönlü duygu durumunda meydana gelen değişimlere yöneliktir. Psikososyal tedaviler ise bireyin yaşam kalitesini, kişilerarası ilişkilerini, tedavi uyumunu arttırarak mesleki ve sosyal işlevselliğini sağlamaya yöneliktir (Sadock ve Sadock, 2000).

2.2.2.1. İlaç Tedavisi

1950'li yıllar itibariyle psikofarmakoloji, temel bilimler içerisinde fizyoloji, beyin biyokimyası gibi alanlarda gelişmelere yol açarken klinik psikiyatride geniş bir uygulama alanı olarak yer almaya başlamıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Psikiyatride antidepresan, anti-psikotik, kaygı giderici, duygudurum dengeleyici ve uyarıcı gibi çeşitli ilaç türleriyle uygulanan farmakoterapi, psikiyatrik ilaç tedavisi olarak tanımlanmaktadır. Aktif olarak kullanılan ilaçların doz ve süresi ayarlanarak hasta birey üzerindeki etkisi gözlemlenmektedir. Hastanın iyileşmesine destek sağlayan ilacın, yeterli dozda ve gereken sürede verilmesi gerekmektedir (Yaşam ve Gürgen, 2004).

2.2.2.2. Elektrokonvülsif Tedavi

Elektrokonvülsif tedavi (EKT), iki elektrottan kısa süreli elektrik akımı verilerek beyinde ritmik bir elektrik aktivitesi oluşumunu ve beyin kimyasallarının salınımı sağlayan bir tedavi yöntemidir (Atagün ve ark., 2012). 1938 yılından beri birçok psikiyatrik hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır.

Psikotik özellik gösteren, intihar düşüncesinin var olduğu, üzüntü ve kaygının yoğunlaştığı, uyku, dikkat ve iştah bozulmalarının yaşandığı ağır depresyon tablolarının

varlığında bu yöntemin kullanılması önerilmektedir (Sayar ve ark., 2014). Şizofreni ve mani hastalıklarında da uygulanabilmektedir.

EKT, derin duygusal çöküntü içinde bulunan ve özellikle intihar riskinin yüksek olduğu kişilerde kısa süre içerisinde olumlu sonuç vermektedir. Hasta, birkaç hafta elektrik şok tedavisi gördükten sonra derin duygusal çöküntüden kurtularak tedaviye uyum sağlayabilmektedir (Cüceloğlu, 2014).

2.2.2.3. Transkraniyal Manyetik Uyarım

Transkraniyal Manyetik Uyarım (TMU), elektrik akımı verilmeden beyinde kısa süreli manyetik dalgalar oluşturularak işlevi bozulmuş alanların yeniden işlevsel hale gelmesi için beyin aktivitelerinde değişim sağlayan bir yöntemdir. TMU, son yıllarda önem kazanan; beyin uyarım tekniğidir. Gelecek yıllardaki çalışmalarla birlikte kognitif kaybın meydana geldiği birçok hastalığın tedavisinde başvurulacak temel yöntemlerden biri olabileceği vurgulanmaktadır (Çetin ve ark., 2017, s. 145).

TMU'nun biri tanı diğeri ise tedavi amaçlı iki farklı kullanım alanı mevcuttur. Psikiyatrik kullanım daha çok tedavi amaçlı iken nörolojik kullanım tanı amaçlıdır. TMU ile psikiyatri alanında şizofreni, antisosyal kişilik bozukluğu, OKB, DEHB, TSSB, davranış bozuklukları, madde bağımlılığı gibi patolojilerin nedenleri üzerine tanısal çalışmalar yapılmaktadır (Bolu ve ark., 2013, s. 382). Şizofreni, tedaviye dirençli depresyon, OKB hastalıklarında uygulanabilmektedir.

2.2.2.4. Psikoterapi

Psikoterapi; iletişim ve ilişki kurma yolu ile duygu, düşünce ve davranışları etkileyerek sorunların nedenleri hakkında içgörü kazanma, uygun çözüm yolları üretme, değişim ve iyileşmeyi sağlamaya yönelik uygulanan bir terapi yöntemidir. Psikoterapist, mesleki bilgi ve becerilerini kullanarak; danışanın içgörü ve farkındalık kazanması, sorunlara çözüm üretmesi, sağlıklı ilişkiler kurabilmesi için danışana yol göstermektedir (Çam ve Engin, 2014).

Terapist ile danışan arasında kurulan ilişkinin temeli, danışanın yaşadığı sorunlara dayanmaktadır (Kılınç, 2015, s. 6). Hastalık süreci, kişinin yaşamında oluşturduğu etki ve gereksinimlere bağlı olarak kişilerarası, davranışsal, bilişsel, sosyal ritim, evlilik, aile ve grup gibi terapiler uygulanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Işık (2013), psikoterapinin ortak amaçlarını şu şekilde sıralamaktadır:

- Hastalık, tedaviye uyum ve tedavi yöntemleri hakkında hastayı bilgilendirmek,
- Tedavi sürecinde karşılaşılabilecek olumsuz durumlar hakkında hastaya bilgi sağlamak,
- Hastanın, hastalığı kabullenme ve tedavi sürecine olumlu katılımını sağlamak,
- Hastanın, günlük yaşam aktivitelerinin belirli bir düzen içerisinde sürdürebilmesi için destek olmak,
- Hastanın sosyal işlevselliğini arttırmak ve güçlendirmek,
- Aileyi hastalığa yönelik bilinçlendirmek.

2.2.2.5. Sosyal Hizmet Uygulamaları

Barker’a göre tıbbi (medikal) sosyal hizmet; “sağlıklı yaşamı kolaylaştırmak, hastalıkları önlemek ve bedensel hastalığı olan hastalar ve ailelerine yönelik; hastalık sonucu meydana gelen sosyal ve psikolojik problemleri çözmek için hastanelerde ve diğer sağlık kuruluşlarında meydana yürütülen sosyal hizmet uygulamaları” olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet alanında yer alan sosyal çalışanlar, aynı zamanda diğer sağlık çalışanlarını; hastalıkların sosyal-psikolojik yönleri konusunda da bilgilendirmektedir” (Barker, 2003).

Hastanın ve ailesinin; hastalığa, tedaviye ve hastalık sonrası yaşama psiko-sosyal yönden yeniden uyumunun sağlanması ve sürdürülmesi için aile ve toplum odaklı müdahaleler gerçekleştirilmektedir (Zastrow, 2013).

2.2.3. Tedaviye Uyum

2.2.3.1. Tedaviye Uyum ve Uyumsuzluk

Literatürde “uyum” (compliance) ve “bağlılık” (adherence) kavramları, tedavi uyumunu ifade etmek için kullanılmaktadır. Hastanın tavsiye edilen ve planlanan tedaviye ne ölçüde uyduğunu tanımlamak için uyum kavramı; tedaviyi ne kadar iyi uyguladığını ifade etmek için bağlılık kavramı kullanılmaktadır (Hugtenburg ve ark. 2013).

Tedaviye uyumsuzluk kavramı için farklı tanımlar mevcuttur. Tedaviye uyumsuzluk, bireyin davranışlarının (tedavi rejimi takibi, düzenli ilaç kullanımı, yaşam tarzı değişikliklerini yapma vb.) tıbbi ve sağlık tavsiyeleri ile tutarlı olarak gerçekleştirilmemesi olarak tanımlanmaktadır (Haynes ve ark., 1979). Cameron'a göre, hastalığın kötü sonuçlarına neden olan bir unsur olarak belirtilmektedir (Cameron, 1996, s. 244). Bir başka çalışmada ise, terapötik hedeflere ulaşılmasında önemli bir engel olarak ifade edilmektedir (Becker ve Maiman, 1980, s. 113).

DSÖ, uzun süreli tedavi uyumunu, hastanın ilacını düzenli kullanma, diyet programını uygulama ve sağlık hizmeti sunanların önerdiği yaşam değişikliklerini gerçekleştirme eylemlerinin ölçüsü olarak tanımlamaktadır (Brown ve Bussel, 2011).

Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma, gelir düzeyi vb. sosyodemografik özellikler, kronik hastalığa psikososyal uyumu etkileyen önemli faktörlerdir (Adaylar, 1995; Akın, 2003; Kaçmaz, 2003; Watt ve ark., 1997). Ayrıca bireyin kişilik yapısı, sorunla başa çıkma becerisi, psikososyal uyum yeteneği, daha önce yaşanan psikiyatrik öykü ve bununla ilgili tutum ve tecrübeler hastalığa psikososyal uyumu etkilemektedir (Livneh, 2001; Özkan, 1998). Sosyal destek, sağlıklı olumlu etkileyen ve bireyin içinde bulunduğu durumun olumsuz etkisini azaltan ve yaşam kalitesini arttıran sosyal bir değişkendir (Ardahan, 2006; Gençöz ve Astan, 2006; Göz ve ark., 2007). Yapılan çalışmalarla sosyal desteğin, hastalığa psikososyal uyumu olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (Akıncı ve Öz, 2003; Willoughby ve ark, 2000).

Bireyin hastalığa yönelik algısı psikososyal uyumu etkilemektedir. Hastalığı kayıp, zarar, tehdit olarak algılamanın hastalığa psikososyal uyumu olumsuz etkilediği, başa çıkma ve mücadele olarak algılamanın ise olumlu etkilediği belirtilmektedir (Adaylar, 1995; Kaçmaz, 2003).

Hastalık nedeniyle meydana gelen kayıplar sonucu kişinin mesleki yaşamı etkilenmekte, iş kaybı ile karşı karşıya kalınmaktadır. Kişinin, hastalık sürecinde psikososyal uyumu sağlanarak mesleki yaşamını tam ya da yarı zamanlı olarak sürdürmesi desteklenmektedir. Bu durum, iş yaşamını sürdürebilme işlevselliği ile psikososyal uyum arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Livneh, 2001).

Rosner (2006, s. 558), hastalık ve tedavide uyumsuzluğa neden olan faktörleri beş başlık altında sınıflandırmıştır;

1) Hastaya İlişkin Faktörler

- Tedavi sürecine dair inanç, tutum ve kültürel etmenler,
- Tedavi hakkında yetersiz bilgiye sahip olma,
- Tedavi ekibi-hasta iletişiminin olumsuz olması,
- Düşük benlik saygısı ve motivasyon eksikliği.

2) Tedaviye İlişkin Faktörler

- Tedavi süresi ve sürecin karmaşıklığı,
- Hastanın tedaviye uyum sağlama düzeyi,
- Tedavi ekibi- hasta arasında uyumsuzluk,
- Yaşam tarzının etkilenme durumu,
- Tedavi rejiminden memnun olmama.

3) Yaşam Biçimine İlişkin Faktörler

- Tedaviye ulaşım sorunu gibi kaynak kısıtlılıkları,
- Uygun olmayan barınma koşulları gibi çevresel kısıtlılıklar,
- Aile içi sorumluluklar, iş yaşamına dönme gerekliliği gibi mesleki yükümlülükler,
- Tedaviye uyumsuzluğun sonuçlarına dair yetersiz farkındalık.

4) Sosyo-Demografik Faktörler

- Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum vb. faktörler,
- Sosyal destek kaynakların yetersizliği,
- Alkol, sigara ve yasal olmayan madde kullanımı.

5) Psikososyal Faktörler

- Hastanın algı ve inançları,
- Tedavi sürecinin karmaşıklığı, zaman ve maliyet sorunu,
- Tedavinin yan etkilerine dair duyulan endişe,
- Tedavi sürecinde yaşanan olumsuz deneyimler,
- Umutsuzluk, depresyon, kaygı ve unutkanlık yaşama,
- Hastalık nedeniyle diğer insanlara bağımlı hale gelme,
- Hastalığı kabullenmeme.

Kronik hastalık karşısında, bireyler hayatlarında doğru olduğunu varsaydıkları anlamları yeniden tanımlamak zorunda kalırlar (Larsen, 2016, s. 44). deRidder ve

arkadaşları (2008, s. 246), kronik hastalıklara başarılı bir uyum için beş temel unsur tanımlamıştır:

- Uyarlanabilir görevlerde başarılı performans (engelliliğe uyum sağlama, duygusal dengeyi koruma, sağlıklı ilişkilerin korunması vb.)
- Ruhsal bozuklukların mevcut olmaması
- Düşük negatif etki ve yüksek pozitif etki varlığı
- Yeterli işlevsellik durumu (işe gitme, sosyal yaşama katılım vb.)
- Çeşitli yaşam alanlarında memnuniyet ve iyilik hali

DeRidder ve arkadaşlarının çalışmalarını, Hoyt ve Stanton'ın (2012) bazı geniş görüşleriyle birleştirmek daha net bir uyum tanımının ortaya konmasını sağlamıştır. Bu görüşler, aşağıdaki kavramları içermektedir:

a) Kronik hastalığa uyum çok yönlüdür ve içsel ve kişilerarası boyutları içerir. Uyumun boyutları birbiriyle ilişkilidir: Kronik hastalıklar, çoklu yaşam alanlarında ve rollerde uyumu etkiler. Kronik hastalığı olan hastaların bakımı, fiziksel alana değinmekten daha fazlasını içermektedir; Kişilerarası, bilişsel, duygusal, sosyal ve davranışsal alanları da kapsamaktadır. Bireyin ve ailenin psikososyal uyumu, yaşamın her alanının diğerlerini etkilediği bütünsel bir süreci ifade etmektedir. Bu nedenle, bir alanda meydana gelen değişim, başka bir alandaki uyumu etkilemektedir.

b) Heterojenlik kuraldır, istisna değildir: Kişinin bireysel belirleyicileri ve benzersizliği, hastalığa uyum sağlama yeteneğini etkiler. Kronik hastalığı olan bireyler arasında uyum ortaklıkları bulunmasına rağmen, önemli değişkenlikler de mevcuttur. Uyum, sadece bireyin perspektifinden görülebilir. Yaşanan hastalık deneyimi, her birey ve aile için farklı olduğundan psikososyal uyum da farklıdır. Süreç ve sonuçlar; yaş, cinsiyet, etnik köken, sosyoekonomik durum, geçmiş deneyimler ve diğer değişkenler nedeniyle farklılık göstermektedir.

c) Uyum hem pozitif hem de negatif boyutları içerir: Kronik hastalığın psikososyal sonuçları negatif olarak; sıkıntı, kaygı ve diğer olumsuz durumlarla açıklanmaktadır. Bununla birlikte, bir başka olumlu tarafı da olabilir. Bireyler hastalığı, yaşama olumlu bakmayı ve önemli olanı keşfetmeyi sağlayan bir unsur olarak görmektedir.

2.2.3.2. Psikiyatrik Hastalıklarda Tedaviye Uyum ve Uyumsuzluk

Psikiyatrik hastalıklarda, tedaviye uyumun diğer tıbbi durumlardan daha da düşük olduğu çalışmalarla ortaya konmaktadır (Demirkol ve ark., 2015; Kelleci ve Ata, 2011; Sofuoğlu ve Turan, 2000). Literatürde tedaviye uyum düzeylerini değerlendirmeye yönelik yapılan birçok çalışma ile psikiyatri hastalarının tedaviye devam etmeme oranının %20-50 arasında olduğu belirlenmiştir (Ünal ve ark., 2006). Psikiyatrik hastalıklarda ilaç uygulaması tedavinin temel yöntemlerinden biri olmasına karşılık, antipsikotik ilaç kullanımında tedaviye uyumsuzluk oranının ise %11 -80 arasında değiştiği vurgulanmaktadır (Misdrahi ve ark., 2002, s. 266).

Psikiyatri hastalarının tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde sağlık sistemi ile ilgili engeller yaşanırken diğer taraftan hasta ve aile boyutundaki güçlükler, sorunların niteliğini belirlemektedir. Ülkemizde, psikiyatri hastalarının akut dönemde yatılı/ayaktan olarak tedavi edildiği, tekrar eden atak dönemine kadar hastanın ailesi ile birlikte yaşamını sürdürdüğü ve taburculuk sonrası gerekli izlemlerin gerçekleştirilmediği bir durum söz konusudur (Kelleci ve Ata, 2011, s. 105).

Hastaların psikososyal uyumu azaldıkça çaresiz ve boyun eğici yaklaşımların artması literatür bilgilerini desteklemektedir (Çelik ve ark., 2015, s. 13). Kronik bir hastalık sonucu bireyde ortaya çıkan özgüven eksikliği, inkar, öfke, şaşkınlık, sevilme, beğenilme ve istenme kaygısı günlük yaşamı oldukça zorlaştırmaktadır (Elbi, 2008, s. 14). Bu hastalıklar yalnızca bireyi değil, aile ve toplumu da etkilemektedir. Hasta yakınları da hasta odaklı değişen yaşam alanına uyum sağlamada sorun yaşamaktadırlar (Schwarz ve Elman, 2003).

Psikiyatri hastalarında, psikososyal uyum sorunlarının nedenleri ele alındığında, hastalık süreci, hastanın hastalığa karşı iç görüşünün olmaması veya yetersiz olması, ilaç kullanımına bağlı ortaya çıkan etki ve sorunlar, ekonomik güçlükler, sosyal desteğin yetersiz olması, hasta ve hasta yakınlarının psikiyatrik hastalığa karşı tutumu tedaviye dair yeterli bilgilendirme yapılmaması, hastalık ve tedaviyi yanlış yorumlama, sunulan sağlık hizmetlerinin koşulları, tedavinin yürütülmesinde görülen baskı, kültürel faktörler, ilaç kullanımının toplumsal yaşamı güçleştirdiğine dair düşünceler gibi etkenler yer almaktadır (Aker ve ark., 2000).

Bunlarla birlikte yapılan birçok çalışmada, hastanın birlikte yaşamını sürdüğü ailesi ya da yakınlarının tutumlarının önemi vurgulanmıştır. Gösterilen tutum ve

davranışlar, hastalığın seyri ve bireyin hastalığına dair bakışı üzerinde büyük etki oluşturmaktadır (Smith ve ark., 1990, s. 654; Velligan ve ark., 2010, s. 43). Rol karmaşasının ve aile içi çatışmaların yaşanmadığı, dengeli ilişkiler, işbirliği ve tutarlı davranışların sergilendiği ailelerde hastalığa uyum kolay sağlanırken; aşırı müdahaleci, koruyucu, yönlendirici tutumların yer aldığı ailelerde ise hastalığa uyum zorlaşmaktadır (Elbi, 2008, s. 14).

İç görü kaybı, günlük aktivite ve öz bakım ihtiyaçlarını yerine getirememe, sosyal yaşamdan uzaklaşma, kişilerarası ilişkileri sürdürememe, mesleki kayıplar yaşama sonucunda hasta kendi iç dünyasına çekilmekte, sosyal ve bedensel olarak daha fazla yitim ve yetersizlik ile karşı karşıya kalmaktadır (Ayrancı ve Yenilmez, 2002). Psikiyatrik hastalıkların, mesleki fonksiyon kaybına, bilişsel yetersizliğe ve sosyal işlevselliğin azalmasına sebep olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (Keskin ve ark., 2013, s. 345; Yıldırım ve Alptekin, 2012, s. 373).

Kronik psikiyatrik hastalıklar sonucu bireyin yaşamında meydana gelen değişimler, işlev kaybı ve başkalarına bağımlı duruma gelmesi uyum sorunlarını da beraberinde getirmektedir (Tel ve ark., 2010). Psikiyatrik hastalıklardan tedaviye uyumsuzluğa neden olan faktörler genel olarak beş başlık altında ele alınabilmektedir:

- 1. Hastaya ve hastalığa dair faktörler:** Yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey, eğitim durumu, mental durum, hastalık ve tedavi sürecine dair tutum ve inançlar tedaviye uyumu etkileyen önemli unsurlardır (Aker ve ark., 2000). İç görü eksikliği, genç olma, mevcut kişilik bozuklukları, delüzyonlar (grandiyözite ve perseküsyon), halüsinasyonlar (varsanılar), kontrol edilemeyen hezeyanlar (sanrılar), affektif durum, madde bağımlılığı, tedaviye yönelik yetersiz bilgi, sağlık güvencesinden yoksun olma, hastalık süresinin uzunluğu, yatış sayısının fazlalığı, kontrollere düzenli gelmeme, ilaç kullanımı ve iyileşme sürecine dair olumsuz düşüncelerdir (Aker ve ark., 2000; Demirkol ve Tamam, 2016; Perkins, 1999).
- 2. İlaça dair faktörler:** İlacın etkisinin geç ortaya çıkması, birden fazla ilaç kullanımı, ilaç kullanılan dönem ve sonrasında ilacı kesmeye bağlı olarak ortaya çıkan ve istenmeyen yan etkiler, etkisiz ya da aşırı doz kullanımıdır (Aker ve ark., 2000; Demirkol ve Tamam, 2016).

3. **Tedavi ekibine dair faktörler:** Tedavi ekibinin hastalığa yönelik tutum ve inancı, anamnez bilgisi, iletişim biçimi takip ve sürekliliği uyumu etkileyen önemli faktörlerdir (Çakır ve ark.,2010; Lindstrom ve Bingerfors, 2000). Empati yoksunluğu, zayıf terapötik ilişki, hasta ve hastalığa yönelik eksik bilgi, yetersiz takip, aynı ekip ile tedaviyi sürdürmeme gibi unsurlardır (Aker ve ark., 2000; Çobanoğlu ve ark., 2003).
4. **Aileye dair faktörler:** Ailenin hastalığa ve tedavi sürecine dair olumsuz tutum ve bakış açısına sahip olması, yüksek duygu dışavurumu göstermesi ve olumlu bir şekilde tedavi sürecine dahil olmamasıdır (Çakır ve ark., 2010).
5. **Çevresel faktörler:** Ekonomik güçlükler, yetersiz sosyal destek, ilaç tedavisine yönelik tutum ve kültürel inançlar, sağlık sisteminin yapısı ve bu hizmetlere ulaşmada karşılaşılan sorunlardır (Çakır ve ark., 2010; Demirkol ve Tamam, 2016).

2016 yılında Güney Hindistan'da psikiyatri hastalarının tedaviye karşı tutumları ve ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi inceleyen 176 hasta ile yapılan bir çalışmada, olumlu tutum geliştiren hastaların tedaviye uyum oranlarının daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (Christudas ve ark. 2016). Demirkol ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan hastaların tedavi uyumlarının değerlendirildiği bir çalışmada hastalık tanısına göre tedaviye uyum oranları değişmektedir. Bipolar bozukluk tanısı alan hastaların %16,7, majör depresyon tanısı alan hastaların %52.5, psikotik bozukluk tanısı alan hastaların ise %34 oranında tedaviye uyumsuz olduğu belirlenmiştir (Demirkol ve ark. 2015).

Bipolar bozukluk tanısı alan hastalarla yapılan çalışmalarda, içgörü eksikliği, yetersiz sosyal ve duygusal destek, kişilik bozuklukları, madde kullanımı, uzun süre ilaç kullanımına dair kaygıların tedavide uyumsuzluğa yol açan risk faktörleri olduğu ifade edilmiştir (Bulteau ve ark. 2018). Çöl ve arkadaşları (2014) tarafından 78 hasta ile yapılan çalışmada, kadın hastaların erkek hastalara göre tedaviye uyum oranlarının düşük olduğu, daha önce hastaneye yatış oranlarının fazla olduğu hastaların ise tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bipolar bozukluk tanısı alan 147 hasta ile yapılan bir başka çalışmada ise hastaneye yatış sayısı ve ilaç kullanmaktan memnun olmamanın tedaviye uyumsuz grupta daha fazla olduğu, içgörü varlığı, tedaviye dair

bilgilendirilme oranı ve eğitim düzeyinin ise tedaviye uyum sağlayan grupta daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (Savaş ve ark. 2011). Şizofreni tanısı alan hastalarla yapılan çalışmalarda, eğitim düzeyi ve gelir seviyesinin yüksek olması, iş yaşamına sahip olma, kadın olmak tedaviye uyumu arttıran önemli faktörlerdir (Gültekin ve ark., 2018).

Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde aktif bir öneme sahip olan tedaviye uyum süreci; hasta ve hastanın çevresi, sağlık sisteminde yer alan personel ve sunulan sağlık hizmetleri gibi faktörlerden etkilenen, dinamik ve kompleks bir süreci ifade etmektedir (Vlasnik ve ark., 2005; Velligan ve ark., 2010). Sağlık personelleri tarafından düzenlenen tedaviyi kabul edip uygulamak, ilaçları önerilen miktar ve sürede kullanmak, kontrollere gitmek, yaşam biçimini şekillendirmek, sosyal destek ağlarını uyumlu hâle getirmek, tedaviyi tamamlamak, tedaviye uyum sürecinin önemli unsurlarıdır (Roy ve ark., 2005, s. 24).

Hastaların, psikososyal uyumlarının ve bu tür sorunları ile baş etme kapasitelerinin geliştirilmesi için fiziksel, sosyal, emosyonel ve eğitsel destek sağlanması gerekmektedir (Akin ve Durna, 2006, s. 2). Birey ve ailenin hastalığı yönetebilmesi için hastalığa uyum sağlaması, yaşam biçiminde gerekli değişiklikleri yapması, tedavi ve bakım süreçlerinin getirdiği zorluklarla başa çıkması ve uygun davranışlar sergilemesi gerekmektedir (Rasmussen ve ark, 2011, s. 1990).

İstihdamın, psikiyatrik hastalığı olan bireylerin psikososyal uyum, yaşam kalitesi, benlik saygısı ve sosyal işlevselliğine katkı sağladığı ifade edilmektedir (Bouwman ve ark., 2015; Zengin, 2015, s. 14). İş pozisyonuna bakılmaksızın bireye sorumluluk yükleyerek kaliteli ve bağımsız bir yaşam sunan mesleki istihdam; bunun yanında öz yeterlilik, benlik saygısı, sosyalleşme ve kişilerarası iletişimi kazandırmaktadır. Özellikle şizofreni tanısı alan bireylerin iş yaşamında yer almasının, hastalığın tedavisine dair sorumluluk kazandırdığı ve iyileşme sürecine önemli bir katkı sağladığı vurgulanmaktadır (Lieberman, 2011). Günümüzde şizofreni tanısı alan bireylerin iş istihdamı yoluyla ekonomik ve sosyal yaşama katılmalarını sağlamak dünya genelinde ulaşılmak istenen ortak hedeftir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Aile ve sosyal destek eksikliği, uyum sorunlarına ve istenilmeyen sonuçlara yol açabilmektedir (Velligan ve ark., 2010, s. 43). İyileşmeyi sağlamada aktif bir role sahip olan yeterli sosyal destek ise, tedavi sürecini olumlu etkileyerek hastalığa uyum sürecini

kolaylaştırmakta, bireyin yaşam kalitesi ve iyilik hâlini arttırarak sağlığın korunmasını desteklemektedir (Hutchinson, 1999, s. 1521; Hendryx ve ark: 2009, s. 321). Kronikleşen hastalıklarla baş etme ve hastalığa uyum sağlanmasında aile ve sosyal çevreden alınan destek önemli unsurdur (Ramirez ve ark, 2003). Hastalığın tanısının belirlenmesi ve komplikasyonların ortaya çıkması ile birlikte sosyal desteğe duyulan ihtiyaç artmaktadır (Kaymaz ve Akdemir, 2016, s. 62). Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin, sağlıklı davranışlarının geliştirilmesi ve uyumun sağlanmasında önemli olduğu ifade edilmiştir (Rocwell ve Riegel, 2001; Riegel ve Carlson, 2002). Aile üyeleriyle bir arada yaşayan şizofreni hastalarının, birlikte yaşamayanlara göre tedaviye uyum süreçlerinin daha yüksek olduğu çalışmalarla belirlenmiştir (Pinikahana ve ark, 2002, s. 520). Ayrıca yaşam biçimi değişiklikleri ve yaşam kalitesi üzerinde psikososyal uyumun olumlu etkisi olduğu (Sullivan ve Hawthorne, 1996) ortaya konmuş olup günümüzde hastaların psikososyal sorunları ve uyumlarını ortaya koyan bu tarz çalışmalar daha çok önem kazanmaktadır.

Kronik psikiyatrik hastalığı olan bireylerin tedavisinde ailelere de yönelik müdahaleler gerekmektedir. Ailenin olumlu bir tutumla tedavi sürecine dahil olması, aile içi ilişkilerinin iyileştirilmesi ve işlevselliğinin arttırılmasının, hastaların tedaviye uyumlarını sağlayan önemli unsurlar olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (Duman ve Bademli 2013).

Uyum sorunlarının önlenmesinde sağlık ekibinin de önemli sorumlulukları bulunmaktadır. İyileşme kavramı, sağlık ekibinin öneri ve desteği sonucu bireyde istenen davranış değişikliğinin ortaya çıkmasının bir sonucudur (Dilbaz ve ark., 2006).

2.3. Benlik Saygısı

2.3.1. Benlik Kavramı

Benlik, doğuştan gelen yatkınlık ve çevresel faktörlere bağlı olarak kişinin kendisine dair oluşturduğu algılar bütünüdür. Kişinin iç dünyasında yer alan, kişiliğinin başlangıcını şekillendiren düşünce, davranış ve tutumları kapsamaktadır (Sam ve ark, 2010, s. 5). Bir başka tanımda göre ise var olan, arzu edilen, sosyal (sunulan) olarak üç temel alandan oluşan, kişinin bir nesne olarak kendine yönelttiği düşünce ve duygular bütünüdür (Rosenberg, 1976). Benlik kavramı, yaşam deneyimleri sonucu şekillenmektedir. Dolayısıyla benlik, kişiliğimizi oluşturmakta ve davranışlarımıza yön

vermektedir (Cevher ve Buluş, 2007). Ayrıca, dış dünyayı yorumlama biçimimizi ortaya koymaktadır (Kulaksızoğlu, 2000).

2.3.2. Benlik Saygısı Kavramı

Benlik saygısı, bireyin sahip olduğu içsel ve dışsal özellikleriyle mutlu olması, kendisini değerli ve iyi hissetmesi, kabul ve saygı görmesi, yaşamayı sevmesi, olayları olduğu gibi kabullenebilmesi, özgüvenli bir şekilde yetenek, bilgi ve becerileri ortaya koyabilmesi olarak ifade edilmektedir (Yörükoğlu, 2019). Bir başka tanıma göre, bireyin sahip olduğu benlik ile ulaşmayı hedeflediği ideal benlik arasındaki farkın kendisinde bıraktığı histir (Plummer, 2011). Rosenberg kişisel değer, beden algısı ve sosyal yeterlilik bileşenlerinden oluşan benlik saygısını, bireyin kendisine yönelik sahip olduğu olumlu ve olumsuz tutumlar bütünü olarak tanımlamaktadır. Bireyin kendini olumlu değerlendirmesi yüksek benlik saygısına, olumsuz değerlendirmesi ise düşük benlik saygısına sebep olmaktadır. Benlik saygısı yükseldikçe birey, kendini değerli görür, sever ve kendine saygı duyar (Rosenberg, 1965).

Benlik saygısının gelişmesini sağlayan üç temel kaynak mevcuttur: İlki, başkaları tarafından saygı görme, ikincisi yeterlilik, üçüncüsü bireyin ilk iki kaynağı kendisi için yorumlamasıdır, kısaca kendilik kazanmasıdır (Kohut, 1971).

Psikososyal yaklaşımlara göre, yüksek benlik saygısına sahip bireylerin kendisine dair olumlu bilgi alma, değer ve saygı görme, bireysel doyum, işe yarar olduğunu hissetme gereksinimlerinin karşılanma düzeyi düşük benlik saygısına sahip bireylere göre daha fazladır (Jones, 1973). Bu yaklaşımlar benlik saygısını, dört temel esas üzerinde bütüncül olarak ele almaktadırlar:

- **Temel Kabullenme:** Karşılaşılan olay ve durumları deneyimlemeye isteklilik ya da savunmaya geçerek reddetmedir.
- **Şarta Bağlı Kabullenme:** Bazı şartların yerine getirilmesiyle diğer bireyler tarafından kabul görme ihtiyacı karşılanır.
- **Gerçek ve İdeal Öz Uyum:** Bireyin şu an ne olduğu ve ne olmayı istediği arasında yapmış olduğu mukayesedir.
- **Kendini Değerlendirme:** Bireyin kendisini diğer bireyleri göz önüne alarak değerlendirmesidir (Hebeisen, 1976, s. 559).

Benlik saygısını, olumlu veya olumsuz etkileyen birçok faktör mevcuttur (Yavuzer, 2000). Bunlar: sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel düzey, anne veya babanın eğitim düzeyi ve mesleği, akademik başarı, cinsiyet, ebeveynlerin ilgisi, kardeş sayısı ve doğum sırası, olumsuz yaşam deneyimleri (ölüm, boşanma, hastalık, iş kaybı vb.), yaş, etnik kimlik, manevi yönelim, dış çevre tarafında kişi hakkında yapılan olumlu ve olumsuz değerlendirmeler vb. olarak sıralanabilir. Psikiyatrik hastalıklarda, bireyin sosyal dışlanmaya maruz kalması sonucu benlik saygısı örselenmektedir (Ersoy ve Varan, 2007, s. 170).

2.4. Yaşam Kalitesi

2.4.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi, bireyin fiziksel sağlık, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik, bağımsızlık düzeyi, aile ve sosyal ilişkiler, çevre koşulları, maneviyat ve kişisel inanç bileşenlerini kapsayan geniş bir kavramdır (Arslantaş ve ark., 2009). DSÖ yaşam kalitesini; bireyin hem amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları bağlamında hem de bulunduğu toplumun kültürel yapı ve değerler sistemi çerçevesinde yaşamdaki konumuna ilişkin kişisel algısı olarak tanımlamaktadır. Bireyin temel ihtiyaçlarının karşılanması, toplumun sunduğu fırsatlardan yararlanması ve toplumsal beklentilerinin gerçekleşmesi olarak da ifade edilmektedir (The Whoqol Group, 1995; WHO, 1993).

Yaşam kalitesin tanımları; bedensel sağlık durumu, ruhsal durum ve iyilik hali, ekonomik düzey, yeterli işlevsellik ve sosyal ilişkiler olarak beş temel alanı içermektedir (Becker ve Diamond, 1997). Campbell'a göre ise, yaşam kalitesine dair 12 alan mevcuttur. Bunlar: Aile yaşantı biçimi, yaşanılan konutun durumu, arkadaşlık, komşuluk, toplumsallık, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleki durum, sağlık, milliyet, yaşam standardı ve kendilik duygusudur (Campbell, 1976).

Yaşam kalitesi, objektif olarak bireyin günlük aktiviteleri, fiziksel sağlığı ve sosyal işlevlerini; sübjektif olarak ise farklı yaşam alanlarında sahip olduğu imkanlardan duyduğu kişisel tatmini (doyumu) içermektedir. Nesnel göstergeler; sağlık, eğitim, gelir düzeyi, barınma, sağlık vb. iken; öznel göstergeler, bireyde var olan bu olanaklardan hissettiği kişisel tatmindir (Torlak ve Yavuzçehre, 2008, s.30).

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi kuramına göre insan ihtiyaçları sırasıyla beş başlıkta ele alınmaktadır: Fizyolojik ihtiyaçlar, güvenlik ihtiyacı, sevgi ve ait olma

ihtiyacı, değer ihtiyaçları ve kendini gerçekleştirmedi (Maslow, 1970). Bu kuram, insanların yaşamını sürdürebilmesi için karşılanması gereken temel ihtiyaçlar üzerine odaklanırken yaşam kalitesi, bu ihtiyaçların niceliği kadar niteliğinin de önemini ortaya koymaktadır (Torlak ve Yavuzçehre, 2008, s. 23).

Günlük yaşamı ve işlevleri yeterli düzeyde yerine getirebilmeyi esas alan “sağlığa dair yaşam kalitesi” kavramı, bireyin sağlığının etkilendiği ve sağlığından etkilenen yaşam alanlarından duyulan doyum ve memnuniyet olarak tanımlanmaktadır (Toprak, 2002). Hastalık ve yaşam kalitesi arasındaki etkileşimi ortaya koyan WHO modeline göre, hastalık sonucu ortaya çıkan bozulma, sakatlık ve yetiyitimi bireyde işlevsel yetersizliklere ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açmaktadır (WHO, 1990).

1960’lı yıllar itibariyle psikiyatri hastalarının, tedavilerinin toplum içerisinde gerçekleştirilmesi ve hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel koşullarının bütüncül bir şekilde ele alınarak değerlendirilmesi gerektiği düşüncesi ön plana çıkmıştır. Bu gelişmeler sonucunda psikiyatrik hastalıklarda yaşam kalitesi önem kazanmış ve araştırmalar yapılmaya başlanmıştır (Katsching, 2000, s. 33).

2.4.2. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesine dair yapılan araştırmalar sonucu yaşam kalitesini etkileyen faktörler aşağıda ele alınmaktadır:

- **Yaş:** Yaşam kalitesindeki düşüşün en fazla olduğu yaşlılık dönemi, yaşam kalitesine dair yapılan çalışmalarda geniş bir şekilde ele alınmaktadır (Bilir ve ark., 2005).
- **Cinsiyet:** Nesnel ve öznel yaşam kalitesi ölçümlerinde cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında kuvvetli bir ilişki mevcuttur. Ancak öznel yaşam kalitesi ölçümlerinin yapıldığı bazı çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirtilmektedir (Ergen ve ark., 2011, s. 14).
- **Eğitim:** Eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı çalışmalarla ortaya konmaktadır (Torlak ve Yavuzçehre, 2008, s. 35).
- **Medeni Durum:** Yapılan çalışmalarda, evli olmanın yaşam kalitesini önemli düzeyde arttırdığını; boşanmış veya dul olmanın ise önemli düzeyde düşürdüğünü belirtilmektedir (Avcı ve Pala, 2004, s. 83).

- **Gelir:** Yapılan araştırmalarda, gelir düzeyinin yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktör olduğu vurgulanmaktadır (Torlak ve Yavuzçehre, 2008, s. 10).
- **Sağlık:** İveğen ve kronik hastalıklar ile bedensel hastalıkların yaşam kalitesinde düşüşe neden olduğu yürütölen araştırmalarla ortaya konmaktadır (Memik ve ark., 2007, s. 361).
- **Yaşanılan Konut Durumu:** Yapılan çalışmalarda, konut sahibi olmanın ve gelir artışına bağlı olarak daha iyi bir konutta yaşamanın yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmektedir (Aydıner, 2007, s. 106; Torlak ve Yavuzçehre, 2008, s. 36).
- **Mesleki Yaşam:** İş doyumunu ile yaşam doyumunu arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu yapılan araştırmalarla ortaya konmaktadır (Aşan ve Erenler, 2008, s. 211). Uzun süre yaşanan işsizlik ve iş bulamama durumu, zihinsel sağlığı etkileyerek yaşam kalitesinin düşüőüne neden olmaktadır (Demiral, 2001, s. 69).
- **Sosyal Destek:** Yapılan çalışmalarda bireyin destekleyici ve sağlıklı iletişim sürdüren bir aileye sahip olmasının yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmektedir (Özmete, 2010, s. 459).
- **Boş Zaman Aktiviteleri:** Boş zaman aktiviteleri, bireyin yaşam kalitesini arttırarak bireyin kendini yenilemesini ve keşfetmesini sağlamaktadır (Aslan ve Arslan Cansever, 2012, s. 24).

2.5. Psikiyatrik Sosyal Hizmet

2.5.1. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Kavramı

Uygulamaya dayalı bir meslek ve akademik bir disiplin olarak sosyal hizmet, insan hakları ve sosyal adalet çerçevesinde sosyal değişim ve gelişimi destekleyen, bireylerin güçlenmesini, özgürleşmesini ve sosyal uyum sağlamasını amaçlayan ve bu doğrultuda insan davranışı ve sosyal sistemlere ilişkin kuramlardan yararlanarak müdahaleler gerçekleştiren yardım temelli bir meslek ve disiplindir (IFSW-IASSW, 2014). Sosyal hizmet, koruyucu/önleyici, değiştirici/geliştirici, iyileştirici/rehabilite edici olarak üç ana fonksiyon üzerinden mikro, mezzo ve makro düzeyde mesleki uygulamaları gerçekleştirmektedir (Yıldırım, 2007).

Psikiyatrik (klinik) sosyal hizmet, Sosyal Hizmet Uzmanları Ulusal Birliği (NASW) tarafından, zihinsel ve duygusal bozukluklar da dahil olmak üzere psikososyal disfonksiyon, bozulma ve engelliğin önlenmesi ve tedavisinde sosyal hizmet teori ve yöntemlerinin profesyonel olarak uygulanması şeklinde ifade edilmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, klinik sosyal hizmet uygulamalarında “çevresi içinde birey” yaklaşımının odak noktası olduğuna hemfikirdir (Barker, 2003, s. 55).

Psikiyatrik sosyal hizmet; bilimsel mesleki bilgi ve yöntemler kullanılarak, müracaatçıların toplumsal yaşama psikososyal işlevselliğini yeniden kazanarak katılmasını hedefleyen, bu amaçla hasta, hastalık, aile, iş, çevre vb. tüm sistemleri bütüncül bir şekilde değerlendiren ve bu sistemdeki sorunların önlenmesinde birey, grup ve toplumlara yönelik yardım amaçlayan koruyucu, tedavi edici ve geliştirici profesyonel müdahaleler bütünüdür (Özdemir, 1999).

Psikososyal işlevselliğin somut bir tanımı yoktur, çünkü işlevsellik her birey için birçok faktöre bağlı olarak şekillenmektedir (Stubley ve McCroy, 2014). Ro ve Clark (2009), psikososyal işlevselliği içeren iki işlev alanı tanımlamaktadır: Birincisi, eğitim ve evlilik ilişkileri gibi günlük yaşamın mikro işlevleri; ikincisi ise gerçek ve memnuniyet arayışı gibi yaşamı kapsayan makro işlevlerdir.

2.5.2. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Müdahalesi

Psikiyatrik hastalıklarda başarılı bir tedavi süreci için ekip çalışması gerekmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, biyopsikososyal yaklaşım çerçevesinde multidisipliner olarak yürütülen tedavi süreçlerinde, sağlık ekibi içerisinde aktif ve önemli bir sorumluluk üstlenmektedir (Saruç ve Duyan, 2009). Hastalığın etkilerini azaltmaya ve klinik hizmetlerin faydalarını en üst düzeye çıkarmaya yardımcı olmaktadır (Hudson, 1982, s. 166).

Genelci sosyal hizmet uzmanları, müdahale sürecinde psikiyatrik hastalıkları üç düzeyde ele almaktadır (Kirst-Ashman, 2010, ss. 362-377):

a) Mikro düzeyde: Vaka yönetimi, danışmanlık (krize müdahale veya madde bağımlılığı danışmanlığı vb.) ve kronik psikiyatrik hastalarına yönelik yoğun psikoterapiler gerçekleştirilmektedir. Müdahale sürecinde; anksiyete, depresyon, istismar, konfüzyon ve bellek problemleri, kendinden devalüasyon, stres gibi duygusal bileşenler; sosyal izolasyon, sosyal ilişkilerden kopma, aile ile sosyal desteğin

kaybedilmesi, sosyal rolleri gerçekleştirmede yetersizlik, finansal problemler gibi sosyal bileşenler genel perspektifle ele alınmaktadır.

b) Mezzo düzeyde: Grup terapileri ve çeşitli aile tedavileri sağlanmaktadır. Tedavi grupları, bireylerin kişisel sorunları çözmelerine, istenmeyen davranışları değiştirmelerine, stresle başa çıkmalarına ve yaşam kalitesini iyileştirmelerine yardımcı olmaktadır. Bu gruplar; terapi, destek, eğitim, büyüme ve sosyalleşmeyi içermektedir.

c) Makro düzeyde: Geniş müracaatçı gruplarına yönelik sunulan hizmetleri iyileştirmek için örgütsel ve kamu politikalarında değişiklikler başlatılmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, herhangi bir düzeyde hizmet sunan kurumlarda idari veya denetleyici sorumluluklar da üstlenebilmektedir.

Stanton ve Revenson sağlık profesyonellerinin, sosyal bağları geliştirmeyi ve sürdürmeyi, başkalarının yardımını, duygusal teşvikini tanımayı ve kabul etmeyi ya da aldıkları destekle ilgili değerlendirmelerini değiştirmeyi öğreterek hastaların kişilerarası bağlamlarını geliştirebileceğini ileri sürmektedir. Psikososyal müdahaleler, bireysel düzeyde değişime yönelik olmalı ve bilişsel-davranışsal, eğitici ve kişilerarası destek bileşenlerini içermelidir (Stanton ve Revenson, 2007).

Ruh sağlığı alanında “medikal model” ve “sosyal model” olarak iki geleneksel yaklaşım mevcuttur. Medikal model, iki temel ilkeye dayanmaktadır. Tüm zihinsel hastalıklar, bir beyin bozukluğu; tüm zihinsel olaylar ise bir nörolojik olay olarak kabul edilmektedir. Bu modele göre, psikiyatrik hastalığa sahip olmak kişinin kendisinden kaynaklanmaktadır ve bu durum bireyde bir kusur, eksiklik olarak nitelendirilmektedir (Golightley, 2008, s. 34). Sosyal modele göre ise, psikiyatrik hastalığa sahip olmak nötr bir durum olarak ifade edilmekte ve bir fark olarak görülmektedir. Hastalığın, birey ve toplum arasındaki etkileşimden kaynaklandığı, sorunların bu etkileşimin değişmesi sonucunda çözülebileceği belirtilmektedir (Oral ve Tuncay, 2012, s. 99). Bu model, ilk psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları sonucu ortaya çıkmıştır (Abay ve Çölgeçen, 2018, s. 2163).

İki modelin de, tedavi sürecinde psikiyatrik hastaları bütüncül olarak ele almadığı yönünde tartışmalar yaşanmıştır. 1970’lerin sonunda modellerin birleştirilmesi düşüncesi ile “biyopsikososyal” model geliştirilmiştir. Engle (1977, 1980) biyopsikososyal model ile biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçleri; fiziksel hastalık ve sağlık, tıbbi tanı, tıbbi tedavi ve iyileşmeye entegre eden bir model tasarlamıştır (Suls ve

ark, 2010, s. 18). Bu modele tek bir etki alanı hakim değildir, bunun yerine herhangi bir tıbbi sorunu teşhis etmek, açıklamak ve tedavi etmek için çok düzeyli bir yaklaşım kullanılmaktadır. Böylelikle hastanın psikolojik, biyolojik ve sosyal alanlarına odaklanılarak bütüncül bir değerlendirme yapılması sağlanmaktadır (Kasapoğlu, 2008, s. 15). Engle'nin amacı, bütüncül bir analiz için tüm tamamlayıcı etkenleri ortaya koymaktır. Ayrıca, tüm alanları içeren herhangi bir müdahalenin, yalnızca bir etki alanına dayanan müdahaleden daha iyi sonuçlanacağı belirtilmektedir (Suls ve ark, 2010).

2.5.3. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları

Psikiyatri hastalarının, tedavi sürecinde medikal tedavi ve psikoterapi hizmetlerinin yanı sıra hastalığa dair psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi, uyum sorunlarının bütüncül bir yaklaşımla ele alınması ve önlenmesi, gerekli hizmet ve müdahale yaklaşımlarının uygulanması, risk altında olan bireylerin tedavi sonrasında da uyum düzeylerinin takibinin sağlanması gerekmektedir. Medikal tedavi ve psikoterapi etkin olarak uygulansa da tedavi süreci ve sonrasında psikososyal uyum ve sosyal destek sağlanamadığı takdirde hastalığın kronikleşme riski artmaktadır. Başarılı bir sağaltım için biyopsikososyal müdahale gerekmektedir (Abay ve Çölgeçen, 2018).

Psikososyal uyumun sağlanması, sorunla başa çıkma kapasitesi ile sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi, sosyal işlevselliğin artırılması, aile ve sosyal çevreyle olan ilişkilerin yeniden düzenlenmesi, iş ve eğitim yaşamının başarılı bir şekilde sürdürülmesi, sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması için sosyal hizmet uzmanlarının müdahalelerine ihtiyaç duyulmaktadır (Özdemir, 2000).

Sosyal hizmet müdahalelerinin önemini ortaya koyan birkaç çalışma ele alındığında; Goldberg ve Warburton (1979), sosyal hizmet uzmanlarının çalışmalarını inceleyerek “vaka inceleme sistemi” olan belirli bir kayıt tutma tarzı geliştirmiştir. Buna göre uzman, müdahalenin başlangıcında çözülmesi gereken sorunları ve planlanan eylemleri listeler. Gelişimi ve gelecek planları kaydetmek için belirli aralıklarla bu listeyi kontrol eder. Benzer şekilde, psikiyatride “problem odaklı” vaka inceleme sistemi uygulanmaktadır.

Özdemir (2000), Liyanage (2012), Başer ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmalarda, ruh sağlığı alanında sosyal hizmetin multidisipliner ekip içerisinde yeterli düzeyde yer almadığı saptanmış, gerekliliği ve önemi vurgulanmıştır.

Özden (2015), psikiyatrik sosyal hizmet temelinde şizofreni tanısı almış bireylerin aileleriyle yaptığı çalışmada, bireyleri olumsuz etkileyen faktörlerin önlenmesi ve ihtiyaçların giderilmesi amacıyla psikososyal uyumu sağlamaya yönelik bir sosyal hizmet müdahale modeli oluşturmuştur.

Zengin (2015) ise sosyal hizmet müdahalesinin, kronik hastaların psikososyal uyumlarına herhangi bir etkisinin olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada, sosyal hizmet müdahalesi sonrasında hastaların, kontrol grubunda yer alan hastalardan daha yüksek psikososyal uyum düzeyine sahip olduğunu tespit etmiştir.

Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının rolleri klinik ve toplumsal düzey olarak sınıflandırılmaktadır (Oral ve Tuncay, 2012, ss. 105-110):

A) Klinik Düzey Roller

- **Psikososyal Değerlendirme Yapma:** Aile ve çevresine yönelik sosyal inceleme yapmak, psikososyal değerlendirme ve müdahaleleri kapsayan sosyal inceleme raporu oluşturmak.
- **Psikoeğitim ve Danışmanlık Hizmetleri Sunma:** Hasta ve ailelerine hastalığın temel özellikleri, tedavi süreci, hastalığın etkilediği yaşam alanlarına (aile hayatı, eğitim/iş performansı, sosyal ilişkiler vb.) yönelik eğitimler vermek, bilgilendirici danışmanlık yapmak.
- **Taburculuk Planması Yapma:** Hasta ve ailenin ekonomik, konut, psikososyal vb. ihtiyaçlarını karşılayıp, yaşam alanında düzenlemeler yaparak taburculuğa hazırlamak. Taburculuk sonrası da bakım ve izleme sürecini oluşturmak.
- **Bireyle Çalışma Gerçekleştirme:** Psikolojik ve sosyal çevreden kaynaklı sorunlarla baş etme becerilerini arttırma, tedaviye uyum sağlama, düzenli ilaç kullanma, tedavi süreci sonrası sosyal yaşama katılım sağlama, aile ve sosyal çevre ilişkilerini düzenleme ve geliştirme gibi konularda hasta ve aile üyelerine terapötik bireysel uygulamalar gerçekleştirmek.

- **Grupla Çalışma Gerçekleştirme:** Hastaları, hastane süreci sonrasında sosyal yaşama yeniden katılmaya hazırlayan, hastaların sorun çözme, baş etme ve sosyal etkileşim becerilerini geliştiren, sosyal destek kaynaklarını arttıran terapötik grup çalışmaları yapmak.
- **Savunuculuk:** Hastanın, gerekli olan kurumsal hizmetlerle bağlantı kurmasına yardımcı olarak ihtiyacı olan toplumsal ve ekonomik kaynaklara ulaşması için savunuculuk yapmak.
- **Psikoterapi Verme:** Psikoterapi yaklaşımlarıyla tedavi amaçlı müdahale ve görüşmeler gerçekleştirmek. Bireysel ya da grup psikoterapileri uygulamak.
- **Hizmet İçi Eğitim Koordinasyonu:** Güncel bilgileri takip etmek ve multidisipliner çalışma içerisinde bilgi alışverişi sağlamak için hizmet içi eğitim birimlerinde çalışmak ya da bu eğitimlere katılmak.

B) Toplumsal Düzey Roller

- **Ruhsal Risk Taraması ve Araştırma:** Psikiyatrik hastalıklar ve sosyal sorunlar arasındaki problemleri ortaya koyan araştırmalar yapmak, ruhsal hastalık taramaları gerçekleştirmek.
- **Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri:** Ruh sağlığının korunması, hastalıkların önlenmesi ve tedavilerin gerçekleşmesi için ruh sağlığı alanında projeler üretmek.
- **Sosyal İçerme:** Toplumsal damgalamayı önlemek için sosyal politika girişimlerinde bulunmak, damgalamayı bütüncül bir şekilde ele alarak savunuculuk yapmak, sosyal destek grupları aracılığıyla birey ve toplumlara damgalama ile başa çıkabilmeleri konusunda yardımcı olmak.
- **Toplum Eğitimi:** Psikiyatrik hastalıklara yönelik olumsuz düşünce, yargı ve tutumları önlemek amacıyla eğitim çalışmaları yürütmek.
- **Hizmet Geliştirme:** Savunmasız ve korunmasız gruplar için psikososyal destek programları düzenlemek. Risk grubunun; ruh sağlığının korunması, hastalıkları önlenmesi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanmasında aktif yer almak.

Hope, psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının sorumluluklarını aşağıdaki şekilde ifade etmiştir (Hope, 2004):

- 1) Sosyal hizmet uzmanı, müdahaleleri işbirliği içerisinde çalışarak gerçekleştirir.
- 2) Sosyal hizmet uzmanı, dil, din, ırk, kültür, engellilik, cinsiyet vb. ayrım yapmaksızın çeşitliliğe saygı duyar.
- 3) Sosyal hizmet uzmanı, etik ilkelere bağlı bir şekilde çalışmayı sürdürür.
- 4) Sosyal hizmet uzmanı, etiketlenme (damgalanma), ayrımcılık, dışlanma ve eşitsizliklere karşı çıkar ve bunlarla mücadele eder.
- 5) Sosyal hizmet uzmanı, iyileştirmeyi hedefleyerek müracaatçıyı güçlendirir ve değişimin sağlanmasına yardımcı olur.
- 6) Sosyal hizmet uzmanı, profesyonel bir mesleki ilişki çerçevesinde hastanın gereksinimlerini ve güçlü yönlerini belirler.
- 7) Sosyal hizmet uzmanı, müracaatçı odaklı hizmetler gerçekleştirir.
- 8) Sosyal hizmet uzmanı, hizmetlerin en iyi şekilde sunulmasından ve kolayca erişim sağlanmasından sorumludur.
- 9) Sosyal hizmet uzmanı, müracaatçıyı güvenli ve olumlu risk alabilmesi için teşvik eder ve yönlendirir.
- 10) Sosyal hizmet uzmanı, uygulamalardaki değişiklikleri takip eder, süpervizyon ile kişisel ve mesleki gelişimini sürdürür.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde; psikiyatri hastalarının psikososyal uyum, benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesine yönelik kullanılan araştırma modeli, çalışma grubu ve özelliklerine, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ile araştırmaya dair verilerin analizi için kullanılan istatistik teknikler hakkında bilgi verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada, psikiyatri hastalarının psikososyal uyum, benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeylerinin bazı değişkenler bakımından ilişkisel ve karşılaştırmalı olarak incelenmesi amaçlandığından çalışma, betimsel temelli ilişkisel tarama modelli bir araştırma biçiminde planlanmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Bu çalışmanın evrenini OKB, anksiyete, depresyon, bipolar bozukluk ve şizofreni tanısıyla bir sağlık kuruluşunun polikliniğinde ayaktan veya kliniğinde yatarak tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, İstanbul Anadolu Yakası'nda yer alan, özel bir psikiyatri hastanesi olan NPIstanbul Beyin Hastanesi'nde 1 Eylül 2019-1 Ocak 2020 tarihleri arasında ayaktan ve yatarak tedavi gören, araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 187 hasta oluşturmaktadır. Örneklem 105 poliklinik (ayaktan), 105 klinik (yatan) olmak üzere 210 hasta olarak planlanmıştır. Ancak 23 yatan hasta, atak döneminde olması, içgörü yetersizliği veya 18 yaş altı olması sebebiyle çalışmaya dahil edilmemiştir.

Çalışma grubunda yer alan psikiyatrik hastaların demografik ve hastalıklarına ilişkin özellikleri Tablo 3-1 ve Tablo 3-2'de özetlenmiştir.

Tablo 3-1: Hastaların genel demografik özelliklerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımları

Değişken	Grup	<i>f</i>	%
Cinsiyet	Kadın	105	56,1
	Erkek	82	43,9
Yaş	20 yaş ve altı	34	18,2
	21-30 yaş	52	27,8
	31-40 yaş	40	21,4
	41-50 yaş	37	19,8
	51 yaş ve üstü	24	12,8
Eğitim durumu	İlköğretim mezunu	41	21,9
	Lise mezunu	55	29,4
	Yükseköğretim mezunu	91	48,7
Medeni durum	Evli	74	39,6
	Bekar	95	50,8
	Boşanmış	18	9,6
Çocuk	Var	79	42,2
	Yok	108	57,8
Çalışma durumu	Çalışıyor	63	33,7
	Çalışmıyor	124	66,3

Çalışmaya gönüllü olarak katılan hastaların %56,1'i (n=105) kadın olup en büyük yaş grubunu, %27,8 (n=52) ile 21-30 yaşında olanlar oluşturmaktadır ve ortalama yaş $34,27 \pm 12,38$ olarak hesaplanmıştır (kadınların yaş ortalaması $34,17 \pm 12,84$; erkeklerin ise $34,39 \pm 11,84$). Hastaların büyük bölümü, %48,7 (n=91) ile yükseköğretim mezunudur. Katılımcıların 39,6'sı (n=74) evli olup %42,2'sinin (n=79) çocuğu vardır. Son olarak, hastalarının sadece %33,7'si (n=63) çalışmaktadır. Örnekleme oluşturan grup yüksek bir gelire sahiptir. Dolayısıyla gelir düzeyleri arasında karşılaştırma yapılabilmesi için yeterli sayı elde edilememiş, bu demografik özellik tanıtıcı bilgi formundan çıkarılmıştır.

Tablo 3-2: Hastaların hastalıklarına ilişkin frekans ve yüzde dağılımları

Değişken	Grup	f	%
Tedavi alış şekli	Poliklinik (ayakta tedavi)	105	56,1
	Yatarak	82	43,9
Ailede psikiyatrik hastalığı olan	Var	97	51,9
	Yok	90	48,1
Psikiyatrik tanı	Depresyon	33	17,6
	Kaygı Bozukluğu (Anksiyete)	31	16,6
	Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	28	15,0
	Bipolar Bozukluk	65	34,8
	Şizofreni	30	16,0
Psikiyatrik hastalık dışında kronik başka bir hastalık	Evet	37	19,8
	Hayır	150	80,2
Bu hastalığın ne kadar süredir mevcut olduğu	0-6 ay	18	9,6
	6-12 ay	18	9,6
	1-5 yıl	55	29,4
	5-10 yıl	48	25,7
	10-20 yıl	32	17,1
	20 yıldan fazla	16	8,6
Bu hastalık için ne kadar süredir tedavi görülüyor	0-6 ay	34	18,2
	6-12 ay	25	13,4
	1-5 yıl	46	24,6
	5-10 yıl	42	22,5
	10-20 yıl	30	16,0
	20 yıldan fazla	10	5,3
Daha önce psikiyatri kliniğinde 2 geceyi aşan yatılı tedavi	Evet	75	40,1
	Hayır	112	59,9
Evet ise kaç defa	1 defa	36	47,9
	2 defa	23	30,7
	3 defa ve üstü	16	21,4
Bugün kliniğe gelme şekli	Kendi isteğim ile	87	46,5
	Ailemin/çevremim isteği ile	66	35,3
	Ailemin/çevremim zorlaması ile	34	18,2
Tedavi sürecinde kimin/kimlerin olumlu desteğini görmektesiniz?	Hiç kimse	13	7,0
	Aile	68	36,3
	Aile, Aile Dışı	17	9,1
	Aile, Tedavi Ekibi	62	33,2
	Tedavi Ekibi	7	3,7
	Aile, Aile Dışı, Tedavi Ekibi	14	7,5
	Aile Dışı	6	3,2
Bu hastalık nasıl bir hastalıktır	Bir süre sonra geçip gidecek bir durum	65	34,8
	Hayatınızın bir parçası	65	34,8
	Ara ara gelen bir durum	57	30,4
Sosyal hizmet müdahalesi gerekli midir?	Evet	131	70,1
	Hayır	56	29,9
Aile ve sosyal çevreden alınan destek önemli midir?	Evet	142	75,9
	Hayır	13	7,0
	Kısmen	32	17,1
Aile görüşmeleri önemli midir?	Evet	117	62,6
	Hayır	14	7,5
	Kısmen	56	29,9

Çalışmaya katılan hastaların %56,1'i (n=105) ayakta %43,9'u (n=82) ise yatakta tedavi görmektedir. Hastaların psikiyatrik tanı dağılımlarına bakıldığında üçte %34,8'inin (n=65) bipolar bozukluk tanısı aldığı, %17,6'sının (n=33) depresyon,

%16,6'sının kaygı bozukluğu (n=31), %15'inin OKB (n=28) ve %16,0 sının (n=30) şizofreni tanısı aldığı görülmektedir. Hastaların %51,9'u (n=97) ailesinde psikiyatrik hastalığı olan birinin olduğunu belirtmiştir. Hastalara kliniğe gelme şekilleri sorulduğunda, %46,5'i (n=87) kendi istekleri ile geldiğini söylemiştir. Hastaların büyük bir bölümü, %70,1 (n=131) ile hastalığın tedavisi için sosyal hizmet müdahalesi gerektiğini, %75,9'u (n=142) aile ve sosyal çevreden alının desteğin önemli olduğunu ve %62,6'sı (n=117) aile görüşmelerinin önemli olduğunu düşündüklerini belirtmiştir. "2 geceyi aşan yatılı tedavi"; klinik yatılı tedaviyi, 1 gece olarak tanımlanan müşahede yatışından ayırmak amacıyla kullanılan bir kavramdır.

3.3. Verilerin Toplanması

Çalışmaya başlamadan önce Üsküdar Üniversitesi'ne bağlı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 61351342-/2019-207 sayılı izin belgesi ve NİSTANBUL Hastanesi'nde çalışmanın uygulanabileceğine dair yazılı izin onay belgesi alınmıştır. Çalışma, hastanede görev yapan sosyal hizmet uzmanının danışmanlığında yürütülmüştür. Çalışmaya katılacak kişilere bilgilendirilmiş gönüllü onam formu verilerek çalışmanın içeriğinden bahsedilmiş ve onamları alınmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmaya katılmada gönüllülük esası dikkate alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada dört ayrı veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlar;

1. Tanıtıcı Bilgi Formu
2. Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)
3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)
4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) Kısa Formu

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmaya katılan hastaların demografik özelliklerini belirlemek üzere araştırmacı tarafından hazırlanan tanıtıcı bilgi formunda, hastaların genel demografik özelliklerine yönelik altı (cinsiyeti, yaşı, eğitim ve medeni durumu, çocuk ve çalışma durumu) psikiyatrik durumu ile ilgili ise 14 soru (tedaviyi alış şekli, ailede psikiyatrik

hastalığı olan aile bireyi olması, alınan tanı vb.) olmak üzere toplam 20 soru yer almaktadır.

3.4.2. Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)

Araştırmaya katılan psikiyatri hastalarının psikososyal uyum düzeylerini belirlemek üzere Derogatis ve Lopez (1983) tarafından geliştirilen ve Adaylar (1995) tarafından Türkçeye uyarlanan, yedi boyutlu Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği kullanılmıştır. Tezin bundan sonraki bölümlerinde “Psikososyal Uyum Ölçeği” olarak bahsedilecektir. Ölçek 46 ifade/madde ile 7 farklı alanda hastaların psikososyal uyum düzeylerini ölçmektedir (Derogatis, 1975; Derogatis ve Derogatis, 1990). Ölçeğin psikososyal uyum alanları ve alanlara ilişkin maddeler şöyledir;

- **Sağlık Bakımına Oryantasyon:** İlk alan, hastanın sağlık sorunları konusundaki tutumunu ve bu tutumun hastalığa uyum sağlamasıyla ilişkisini ortaya koyan sekiz maddeden (1,2,3,4,5,6,7,8) oluşmaktadır. Genel olarak, sağlık hizmetlerine ilişkin hastanın tutumları, tıbbi bakım ve tıbbi personele yönelik algıları, tedavi sürecine dair bilgilendirilme düzeyi, hastalığı ve tedavisi hakkındaki beklentilerinin niteliği değerlendirilmektedir (Derogatis, 1986, s. 78).
- **Mesleki Çevre:** Bu alanın altı maddesi (9,10,11,12,13,14) hastalığın mesleki ortam (iş, okul, ev vb.) üzerindeki etkisini incelemektedir. Hastalık süreci içerisinde; mesleki memnuniyet, mesleki performansın algılanan kalitesi, kaybedilen zaman ve mesleki ilgiyi belirtmeleri istenmektedir (Derogatis, 1986, s. 78).
- **Aile Çevresi:** Üçüncü alan, aile konularında uyum düzeyini incelemektedir. Bu alanın sekiz maddesi (15,16,17,18,19,20,21,22) hastalığın mali etkisi de dahil olmak üzere ilişkilerin kalitesi, aile iletişimi ve fiziksel yetersizlikler gibi aile yaşamının bir takım yönlerini değerlendirmektedir (Derogatis, 1986, s. 78).
- **Cinsel Yaşam:** Dördüncü alanın altı maddesi (23,24,25,26,27,28), hastalığın cinsel yaşam ve memnuniyeti üzerindeki etkisini incelemektedir (Derogatis, 1986, s. 78).
- **Geniş Aile İlişkileri:** Beş maddeden (29,30,31,32,33) oluşan bu alan, hastaların geniş aile üyeleriyle yaşayabilecekleri güçlükleri

değerlendirmektedir. İletişimde uyum, ilişkilerin kalitesi, geniş aile üyeleriyle etkileşime duyulan ilgi ele alınmaktadır (Derogatis, 1986, s. 78).

- **Sosyal Çevre:** Bu alan, hastaların sosyal faaliyetler alanındaki uyumunu incelemektedir. Altı madde (34,35,36,37,38,39), sosyal faaliyetlere duyulan ilgi ve katılım düzeylerini değerlendirmektedir (Derogatis, 1986, s. 78-79).
- **Psikolojik Distres:** Son alan, hastalık nedeniyle ortaya çıkabilecek psikolojik sıkıntıları ölçmektedir. Yedi madde (40,41,42,43,44,45,46); kaygı, depresyon, düşmanlık, benlik saygısı, beden imajı sorunları, suçluluk hissetme gibi psikolojik sıkıntıların başlıca duygusal göstergelerini ortaya koymaktadır (Derogatis, 1986, s. 79).

Psikososyal Uyum Ölçeği, bir hastalığın yaşamının farklı alanlarına etkileri hakkında niceliksel bilgi sağladığı için tıbbi ortamlarda önem arz etmektedir (Stubbing ve ark, 1998). Pais-SR ölçeğinin kardiyak bypass, diyabet, multiple skleroz ve kanser hastaları için standardize skorları vardır (Kolokotroni, 2014). Günümüzde birçok farklı kronik hastalıklarda psikososyal uyumu ölçmek için kullanılmaktadır.

Ölçekte yer alan her bir madde için uyum seviyesini 0 ile 3 arasında belirleyen 4 ifade yer almaktadır. Soruya verilen olumlu ifade '0' puan, olumsuz ifade ise '3' puan ile puanlandırılmaktadır. PAIS-SR ile yapılan çalışmalarda 35 puanın altı psikososyal uyumun iyi, 35-51 arası puan psikososyal uyumun orta ve 51'in üstündeki puanlar ise psikososyal uyumun kötü olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 138 arasındadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan Adaylar (1995) test ve tekrar test yöntemi ile iki uygulama arasında .89 ile .99 arasında değişen yüksek korelasyon değerleri elde ettiğini, madde-toplam korelasyon katsayılarını .40 ile .77 arasında bulduğunu ve iki madde (Madde 1 ve 2) hariç tüm maddelerin ayırt edici özellik gösterdiğini belirtmiş ve geçerlik çalışmasını desteklemek üzere akut (n=30) ve kronik (n=60) hastalığı olan 90 kişi ile yapılan çalışmanın sonucunda tüm hastalar için ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı .94, alt gruplarda ise .80-.95 arasında, kronik hastalar için ise ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı .92, alt gruplarda ise .78-.96 arasında olduğunu rapor etmiştir (Adaylar, 1995, s. 33-53).

Psikososyal Uyum Ölçeğinin bu araştırmaya yönelik güvenirlik düzeyini belirlemek üzere Cronbach Alfa modeli kullanılmıştır.

Tablo 3-3: Psikososyal Uyum Ölçeğine ilişkin güvenirlik analizi sonuçları

Boyut/Ölçek	Madde Sayısı	Cronbach Alfa (α) Katsayısı
PSU Sağlık Bakımına Oryantasyonu	8	0,844
PSU Mesleki Çevre	6	0,761
PSU Aile Çevresi	8	0,833
PSU Cinsel Yaşam	6	0,905
PSU Geniş Aile İlişkileri	5	0,815
PSU Sosyal Çevre	6	0,887
PSU Psikolojik Distres	7	0,846
PSU Genel	46	0,959

Tablo 3-3'te yedi alt psikososyal uyum alanı olan Psikososyal Uyum Ölçeğine ilişkin yapılan güvenirlik analizi sonucu verilmiştir.

Psikososyal Uyum Ölçeğinin ilk boyutu *Sağlık Bakımına Oryantasyonu* için güvenirlik katsayısı (Cronbach's Alfa) 0,844; ikinci alt boyutu *Mesleki Çevre* için 0,761; üçüncü alt boyutu *Aile Çevresi* için 0,833; dördüncü alt boyutu *Cinsel Yaşam* için 0,905; beşinci alt boyut *Geniş Aile İlişkileri* için 0,815; altıncı alt boyut *Sosyal Çevre* için 0,887 ve yedinci alt boyut *Psikolojik Distres* için 0,846 olarak hesap edilmiştir. Bu güvenirlik katsayıları, Psikososyal Uyum Ölçeğinin alt boyutlarında yer alan maddeler arasında iç-tutarlılığın (güvenirliğin) oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

Psikososyal Uyum Ölçeğinin genel güvenirlik katsayısının (46 madde analize birlikte dahil edildiğinde) 0,959 olduğu bulunmuştur. Buna göre, Psikososyal Uyum Ölçeğinin geneli açısından da güvenirlik düzeyi çok yüksektir. Psikososyal Uyum Ölçeği ve yedi alt boyutu/alanı için yapılan güvenirlik analizleri sonrası ölçek ve alt boyutlarının güvenirlik düzeylerinin bu araştırma için yeterli olduğu anlaşılmıştır.

3.4.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) Kısa Formu

Araştırmaya katılan psikiyatri hastalarının kendi algılarına göre benlik saygısı düzeylerini belirlemek üzere, Rosenberg (1965) tarafından geliştirilen ve Çuhadaroglu (1986) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) Kısa Formu (bundan böyle kısaca "Benlik Saygısı Ölçeği" denilecektir) kullanılmıştır. Dört dereceli likert tipi ölçek toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Benlik Saygısı Ölçeğinin 1, 2, 4, 6 ve 7 numaralı maddeleri olumlu; 3, 5, 8, 9 ve 10 numaralı maddeleri olumsuz yüklemlidir. Elde edilen toplam puana göre düşük puan, yüksek benlik saygısına; yüksek puan ise düşük benlik

saygısına işaret etmektedir. Buna göre; 0-1 puan yüksek, 2-4 puan orta ve 5-6 puan düşük benlik saygısı düzeyi olarak saptanmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır.

Benlik saygısı ölçeği 10 sorudan oluşmaktadır. Sorular Guttman değerlendirme yöntemiyle puanlanmaktadır. Puanlama şu şekilde yapılmaktadır:

- a) 1., 2. ve 3. sorular, 4. ve 5. soru, 9. ve 10. sorular birlikte değerlendirilmektedir.
- b) İlk üç sorudan herhangi ikisinden puan alıyorsa (2/3) bu kümeden bir puan almış olur.
- c) 4 ve 5. sorudan herhangi birinde puan alan şıklardan birini işaretlemişse yine bu kümeden de bir puan alır.
- d) 9. ve 10. sorular da 4. ve 5. gibi değerlendirilir.
- e) 6., 7. ve 8. soruların her biri kendi başlarına puan alır.

Türkçe versiyonunun geçerlilik düzeyi 0,71 olup, 1 ay içinde tekrarlanan test-tekrar test yöntemi ile güvenirlik katsayısı 0,75 olarak bulunmuştur (Çuhadaroğlu, 1986).

Benlik Saygısı Ölçeğinin bu araştırmaya yönelik güvenirlik düzeyini belirlemek üzere bir madde analizi ile Cronbach Alfa değeri hesaplanmıştır (Tablo 3-4).

Tablo 3-4: Benlik Saygısı Ölçeğine ilişkin güvenirlik analizi sonuçları

Boyut/Ölçek	Madde Sayısı	Cronbach Alfa (α) Katsayısı
Benlik Saygısı	10	0,791

Tablo 3-4'te tek boyutlu Benlik Saygısı Ölçeğine ilişkin yapılan güvenirlik analizi sonucu verilmiştir. Buna göre ölçeğin güvenirlik katsayısı (Cronbach's Alfa) 0,791 olarak hesap edilmiştir. Bu güvenirlik katsayısı Benlik Saygısı Ölçeğinde yer alan maddeler arasında iç-tutarlılığın (güvenirliğin) yüksek olduğunu ve bu araştırma için yeterli olduğunu göstermektedir.

3.4.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR)

Araştırmaya katılan psikiyatri hastalarının kendi algılarına göre yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek üzere, Eser vd. (1999) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik

ve güvenilirlik çalışması yapılan DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır. Tezin bundan sonraki bölümlerinde “Yaşam Kalitesi Ölçeği” olarak bahsedilecektir. Ölçek, toplam 27 soru ile dört farklı alanda hastaların kendi algılarına göre yaşam kalitesi düzeylerini ölçmektedir. Bu ölçeğin de toplam skoru yoktur. Her bir alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Boyut skorlaması hesaplanmadan önce 3, 4, 26 ve 27.inci sorular ters skorlanır. Boyutların herhangi bir kesme noktası yoktur. 27. soru ulusal sorudur, kullanıldığı takdirde çevre alan skoru Çevre-TR olarak adlandırılır. Ölçeğin alt yaşam kalitesi alanları/boyutları şu şekildedir;

- Bedensel Alan (3,4,10,15,16,17,18.sorular): Gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, bedensel hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü.
- Ruhsal Alan (5,6,7,11,19,26.sorular): Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, bellek, dikkatini toplama.
- Sosyal İlişkiler Alanı (20,21,22.sorular): Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam.
- Çevre-TR Alanı (8,9,12,13,14,23,24,25,27.sorular): Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, ev ortamı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatı, fiziksel çevre ve ulaşım, sosyal baskı (ulusal soru-27).

Eser ve arkadaşları (1999) tarafından Yaşam Kalitesi Ölçeğine yönelik olarak yapılan Türkçeye uyarlama çalışması sonucunda Bedensel alan için güvenilirlik katsayısı (Cronbach Alfa) 0,83; sosyal ilişkiler alanı için 0,53; ruhsal alan için 0,66 ve çevre-TR alanı için 0,73 bulunmuştur.

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin bu araştırmaya yönelik güvenilirlik düzeyini belirlemek üzere bir madde analizi ile Cronbach Alfa değerleri hesaplanmıştır (Tablo 3-5).

Tablo 3-5: Yaşam Kalitesi Ölçeğine ilişkin güvenirlik analizi sonuçları

Boyut/Ölçek	Madde Sayısı	Cronbach Alfa (α) Katsayısı
YK Bedensel	7	0,913
YK Sosyal İlişkiler Boyutu	3	0,783
YK Ruhsal Boyut	6	0,862
YK Çevre (TR) Boyutu	9	0,796

Tablo 3-5'te dört alt alanı olan Yaşam Kalitesi Ölçeğine ilişkin yapılan güvenirlik analizi sonucu verilmiştir. Buna göre;

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin ilk boyutu *Bedensel* alan için güvenirlik katsayısı (Cronbach's Alfa) 0,913; ikinci alt boyutu *Sosyal İlişkiler* alanı için 0,783; üçüncü alt boyutu *Ruhsal* alan için 0,862 ve dördüncü alt boyutu *Çevre-TR* alanı için 0,796 olarak hesap edilmiştir. Bu güvenirlik katsayıları, Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarında yer alan maddeler arasında iç-tutarlılığım (güvenirliğin) oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin dört alt boyutu/alanı için yapılan güvenirlik analizleri sonrası ölçek ve alt boyutlarının güvenirlik düzeylerinin bu araştırma için yeterli olduğu anlaşılmıştır. Boyutlarda/alanlarda yer alan maddelerin boyut/alan ile olan ilişki düzeylerini gösterir madde-toplam korelasyon katsayılarının da bir madde hariç [madde 24 ($r=0,284$)] 0,334 ile 0,836 arasında değiştiği bulunmuş ve maddeler ile boyutların geneli arasında yeterli düzeyde ilişki ($r \geq 0,30$) olduğu görülmüştür.

3.5. Verilerin Çözümlemesi

Araştırma için psikiyatri hastalarından Psikososyal Uyum Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Benlik Saygısı Ölçeği ile elde edilen verilere yönelik istatistiksel analizler SPSS versiyon 23.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Araştırmanın belirlenen amacına bağlı olarak, analizlere başlanmadan önce kullanılacak istatistikî tekniklere (parametrik veya parametrik olmayan) karar vermek üzere Kolmogorov-Smirnova (K-S) ve Shapiro-Wilk (S-W) testleriyle ölçek puanlarının normallik dağılımları incelenmiştir. Bağımsız değişken gruplarındaki (demografik ve hastalıklara ilişkin özellikler) birey sayılarının 50'den küçük olduğu durumlarda normallik dağılımı incelemesinde Shapiro-Wilk (S-W), 50 ve daha yüksek olduğunda ise Kolmogorov-Smirnova (K-S) testi sonuçları dikkate alınmıştır (Bursal, 2017, s. 45).

Yapılan normallik testleri sonrası, psikiyatri hastalarının, Psikososyal Uyum Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının bağımsız değişken (grupları) için normallik dağılımı göstermediği bulunduğundan aşağıdaki non-parametrik fark testleri uygulanmıştır. Araştırmanın amacına bağlı olarak aşağıdaki analizler yapılmıştır;

- 1) Psikiyatri hastalarının, demografik/kişisel özelliklerini özetlemek amacıyla Tanıtıcı Bilgi Formu ile elde edilen verilerin frekans (f) ve yüzde (%) dağılımları hesaplanmıştır.
- 2) Psikiyatri hastalarının, psikososyal uyum, yaşam kalitesi ve benlik saygısı düzeylerini belirlemek üzere, Psikososyal Uyum Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puanlarının ortalaması ($\bar{X}$) ve standart sapma (ss) değerleri hesaplanmıştır.
- 3) Psikiyatri hastalarının; psikososyal uyum düzeylerinin, benlik saygısı düzeylerinin ve yaşam kalitesi düzeylerinin değişkenlere bağlı olarak anlamlı fark olup olmadığını araştırmak üzere ikili grupların karşılaştırılmasında bağımsız gruplar Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis H testi yapılmıştır.
- 4) Psikiyatri hastalarının, psikososyal uyum, yaşam kalitesi ve benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişkileri belirlemek üzere ise Pearson momentler çarpımı korelasyonu katsayıları (r) hesaplanmıştır.

Tüm istatistiksel hesaplamalarda anlamlılık düzeyi .05 olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, psikiyatri hastalarının demografik ve hastalıklarına ilişkin özellikleri ile psikososyal uyum, benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeylerinin araştırmanın amacına bağlı olarak genel ve bazı değişkenler bakımından incelenmesine yönelik yapılan istatistiksel analizlerle elde edilen bulgular sunulmuştur.

4.1. Hastaların Psikososyal Uyum Düzeylerine Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılan psikiyatri hastalarının psikososyal uyum düzeylerini belirlemek üzere yedi boyutlu Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 46 madde ile 7 farklı alanda hastaların psikososyal uyum düzeylerini ölçmektedir. PAIS-SR ile yapılan çalışmalarda 35 puanın altı psikososyal uyumun iyi, 35-51 arası puan psikososyal uyumun orta ve 51'in üstündeki puanlar ise psikososyal uyumun kötü olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 138 arasındadır (Adaylar, 1995, s. 23).

Araştırmaya katılan hastaların psikososyal uyum boyutlarından ve genelinden aldıkları puanlar aşağıda Tablo 4-1'de, hastaların genel psikososyal uyum düzeylerine ilişkin dağılımları ise Tablo 4-2'de sunulmuştur.

Tablo 4-1: Hastaların psikososyal uyum düzeylerine ilişkin puanları (N=187)

Boyut/Ölçek	Alınabilecek Puan	Hasta Puanları			
		Min.Maks.	$\bar{X}$	ss	Orantı
Sağlık Bakımına Oryantasyon	0-24	0-21	9,71	4,67	40,5
Mesleki Çevre	0-18	0-16	7,00	4,04	38, 9
Aile Çevresi	0-24	0-21	9,65	5,16	40,2
Cinsel Yaşam	0-18	0-18	7,48	4,38	41, 6
Geniş Aile İlişkileri	0-15	0-14	6,01	3,32	40,1
Sosyal Çevre	0-18	0-18	8,08	4,74	44, 9
Psikolojik Distres	0-21	0-20	10,83	4,80	51,6
Psikososyal Uyum (Genel)	0-138	9-109	58,76	25,25	42,6

Hastaların psikososyal uyum düzeylerine ilişkin ortalama puanlar ve standart sapma değerleri Tablo 4-1'de özetlenmiştir. Boyutlara ilişkin kesme noktaları olmamakla birlikte alınabilecek en yüksek ve en düşük puanlar (ve orta noktaları) ve düşük puanın yüksek uyuma işaret ettiği göz önünde bulundurulduğunda, çalışmaya

katılan hastaların *sağlık bakımına oryantasyon* ($9,71\pm4,67$), *mesleki çevre* ($7,00\pm4,04$), *aile çevresi* ($9,65\pm5,16$), *cinsel yaşam* ($7,48\pm4,38$), *geniş aile ilişkileri* ($6,01\pm3,32$), *sosyal çevre* ($8,08\pm4,74$) ve *psikolojik distres* ($10,83\pm4,80$) düzeylerinin çok yüksek (kötü) olmadığı söylenebilir. Alınan ortalama puanlara bağlı olarak boyutlardan alınabilecek en yüksek puanlara göre oranlama yapıldığında çalışmaya katılan hastaların en iyi psikososyal uyumu *mesleki çevre* (%38,9) en kötü psikososyal uyumu ise *psikolojik distres* (%51,6) için gösterdikleri anlaşılmaktadır. Hastaların genel psikososyal uyum düzeylerinin de ($58,76\pm25,25$) çok kötü olmadığı söylenebilir. Kesme puanlarına göre hastaların belirlenen genel psikososyal düzeyleri aşağıda Tablo 4-2’de verilmiştir.

Tablo 4-2: Hastaların psikososyal düzeylerine ilişkin dağılım tablosu

Uyum Düzeyi	<i>f</i>	%
İyi/yüksek uyum (<35)	35	18,7
Orta düzeyde uyum (35-51)	42	22,5
Kötü/düşük uyum (51>)	110	58,8

Çalışmaya katılan hastaların %18,7’sinin (n=35) psikososyal uyum düzeylerinin iyi, %22,5’inin (n=42) orta düzeyde ve kalan %58,8’inin (n=110) düşük olduğu bulunmuştur. Hastaların demografik ve hastalıklarına ilişkin özelliklerine bağlı olarak psikososyal uyum düzeyleri arasında anlamlı farklılaşmalar olup olmadığı aşağıda incelenmiştir.

Tablo 4-3: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin tedavi alış şekline göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	Tedavi alış şekli	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Sağlık B. Oryantasyon	Ayakta	105	75,18	7894,00	2329,00	-5,39	0,000***	0,39
	Yatarak	82	118,10	9684,00				
Mesleki Çevre	Ayakta	105	71,50	7507,00	1942,00	-6,45	0,000***	0,47
	Yatarak	82	122,82	10071,00				
Aile Çevresi	Ayakta	105	70,82	7436,00	1871,00	-6,64	0,000***	0,49
	Yatarak	82	123,68	10142,00				
Cinsel Yaşam	Ayakta	105	72,60	7623,00	2058,00	-6,14	0,000***	0,45
	Yatarak	82	121,40	9955,00				
Geniş Aile İlişkileri	Ayakta	105	80,60	8463,00	2898,00	-3,85	0,000***	0,28
	Yatarak	82	111,16	9115,00				
Sosyal Çevre	Ayakta	105	74,47	7819,00	2254,00	-5,60	0,000***	0,41
	Yatarak	82	119,01	9759,00				
Psikolojik Distres	Ayakta	105	71,64	7522,00	1957,00	-6,41	0,000***	0,47
	Yatarak	82	122,63	10056,00				
Psikososyal Uyum (Genel)	Ayakta	105	68,74	7217,50	1652,50	-7,22	0,000***	0,53
	Yatarak	82	126,35	10360,50				

***p<.001

Hastaların, tedavi alış şekline bağlı olarak psikosoyal uyum düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olup olmadığı non-parametrik bağımsız gruplar Mann-Whitney U testi ile incelenmiş ve tedavi alış şeklinin psikososyal uyumun geneli ve tüm alt boyutları bakımından da farklılaşmaya neden olduğu bulunmuştur (Tablo 4-3). Yapılan fark testi sonucu anlamlı fark bulunduğu durumda, test edilen bağımsız değişkenin etki düzeyi de hesaplanmıştır. Etki düzeyinin değerlendirilmesine yönelik r katsayısı ($r=Z/\sqrt{N}$) hesaplanmış ve “ r katsayısı .10 etki düzeyi ‘küçük’, .30 etki düzeyi ‘orta’, .50 olduğunda etki düzeyi ‘büyük’ ve .70 ile üstü olduğunda etki düzeyi ‘çok büyük’” kabul edilmiştir (Leech ve diğerleri, 2005, s. 56). Buna göre;

Ayakta (poliklinikte) ve yatarak tedavi gören hastaların *sağlık bakımına oryantasyonu* düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın kadın hastaları lehine olduğu bulunmuştur ($U=2329,00$; $p<.001$). Gruplara ait sıra ortalamalarına bakıldığında, ayakta tedavi gören hastaların *sağlık bakımına oryantasyon* düzeylerinin,

yatarak tedavi gören hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $Ayakta=75,18$; Sıra ortalaması $Yatarak=118,10$). Tedavi alış şeklinin, hastaların *sağlık bakımına oryantasyon* uyum düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ olduğu görülmektedir ($r=0,39$).

Ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların *mesleki çevre* uyum düzeyleri arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine ayakta tedavi gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=1942,00$; $p<.001$). Gruplara ait sıra ortalamalarına bakıldığında, ayakta tedavi gören hastaların *mesleki çevre* uyum düzeylerinin yatarak tedavi gören hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $Ayakta=71,50$; Sıra ortalaması $Yatarak=122,82$). Tedavi alış şeklinin hastaların *mesleki çevre* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ olduğu görülmektedir ($r=0,47$).

Ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların *aile çevresi* uyum düzeyleri arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine ayakta tedavi gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=1871$; $p<.001$). Ayakta tedavi gören hastaların *aile çevresi* uyum düzeylerinin yatarak tedavi gören hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $Ayakta=70,82$; Sıra ortalaması $Yatarak=123,68$). Tedavi alış şeklinin, hastaların *aile çevresi* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ olduğu görülmektedir ($r=0,49$).

Ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların *cinsel yaşam* uyum düzeyleri arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine ayakta tedavi gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2058,00$; $p<.001$). Ayakta tedavi gören hastaların *cinsel yaşam* uyum düzeylerinin yatarak tedavi gören hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $Ayakta=72,60$; Sıra ortalaması $Yatarak=121,40$). Tedavi alış şeklinin, hastaların *cinsel yaşam* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ olduğu görülmektedir ($r=0,45$).

Ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyleri arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine ayakta tedavi gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2898,00$; $p<.001$). Ayakta tedavi gören hastaların *geniş aile ilişkileri* uyum düzeylerinin yatarak tedavi gören hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $Ayakta=80,60$; Sıra ortalaması $Yatarak=111,16$). Tedavi alış şeklinin, hastaların *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,28$).

Ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların *sosyal çevre* uyum düzeyleri arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine ayakta tedavi gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2254,00$; $p<.001$). Ayakta tedavi gören hastaların *sosyal çevre* uyum düzeylerinin yatarak tedavi gören hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $_{\text{Ayakta}}=74,47$; Sıra ortalaması $_{\text{Yatarak}}=119,01$). Tedavi alış şeklinin, hastaların *sosyal çevre* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ olduğu görülmektedir ($r=0,41$).

Ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların *psikolojik distres* uyum düzeyleri arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine ayakta tedavi gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=1957,00$; $p<.001$). Ayakta tedavi gören hastaların *psikolojik distres* uyum düzeylerinin yatarak tedavi gören hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $_{\text{Ayakta}}=71,64$; Sıra ortalaması $_{\text{Yatarak}}=122,63$). Tedavi alış şeklinin, hastaların *psikolojik distres* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ olduğu görülmektedir ($r=0,47$).

Son olarak, ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların genel psikososyal uyum düzeyleri arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine ayakta tedavi gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=1652,50$; $p<.001$). Ayakta tedavi gören hastaların psikososyal uyum düzeylerinin yatarak tedavi gören hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $_{\text{Ayakta}}=68,74$; Sıra ortalaması $_{\text{Yatarak}}=126,63$). Tedavi alış şeklinin, hastaların genel psikososyal uyum düzeyi üzerindeki etkisinin ise anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($r=0,53$).

Tablo 4-4: Hastaların psikosozal uyum düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	Cinsiyet	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	Kadın	105	84,98	8923,00	3358,00	-2,58	0,010*	0,19
	Erkek	82	105,55	8655,00				
Mesleki Çevre	Kadın	105	81,38	8544,50	2979,50	-3,62	0,000***	0,26
	Erkek	82	110,16	9033,50				
Aile Çevresi	Kadın	105	85,25	8951,50	3386,50	-2,51	0,012*	0,18
	Erkek	82	105,20	8626,50				
Cinsel Yaşam	Kadın	105	84,32	8853,50	3288,50	-2,78	0,005**	0,20
	Erkek	82	106,40	8724,50				
Geniş Aile İlişkileri	Kadın	105	88,83	9327,00	3762,00	-1,49	0,137	-
	Erkek	82	100,62	8251,00				
Sosyal Çevre	Kadın	105	86,97	9132,00	3567,00	-2,01	0,044*	0,15
	Erkek	82	103,00	8446,00				
Psikolojik Distres	Kadın	105	91,51	9609,00	4044,00	-0,71	0,476	-
	Erkek	82	97,18	7969,00				
Psikososyal Uyum (Genel)	Kadın	105	83,97	8816,50	3251,50	-2,87	0,004**	0,21
	Erkek	82	106,85	8761,50				

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Çalışmaya katılan hastaların, cinsiyete bağlı olarak psikososyal uyum düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olup olmadığı non-parametrik bağımsız gruplar Mann-Whitney U testi ile incelenmiş ve cinsiyetin psikososyal uyumun beş alt boyutu ve geneli bakımından farklılaşmaya neden olduğu bulunmuştur (Tablo 4-4). Buna göre;

Kadın ve erkek hastaların *sağlık bakımına oryantasyonu* düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın kadın hastaları lehine olduğu bulunmuştur ($U=3358,00$; $p=0,010$). Gruplara ait sıra ortalamalarına bakıldığında, kadın hastaların *sağlık bakımına oryantasyon* (uyum) düzeylerinin erkek hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $Kadın=84,98$; Sıra ortalaması $Erkek=105,55$). Cinsiyetin, hastaların *sağlık bakımına oryantasyon* uyum düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,19$).

Kadın ve erkek hastaların *mesleki çevre* uyum düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine kadın hastaları lehine olduğu bulunmuştur ($U=2979,50$; $p<.001$). Kadın hastaların *mesleki çevre* (uyum) düzeylerinin erkek hastalardan daha iyi

olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması Kadın=81,38; Sıra ortalaması Erkek=110,16). Cinsiyetin, hastaların *mesleki çevre* uyum düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,26$).

Kadın ve erkek hastaların *aile çevresi* uyum düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine kadın hastaları lehine olduğu bulunmuştur ($U=3386,50$; $p=0,012$). Kadın hastaların *aile çevresi* (uyum) düzeylerinin erkek hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması Kadın=85,25; Sıra ortalaması Erkek=105,20). Cinsiyetin, hastaların *aile çevresi* uyum düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,18$).

Kadın ve erkek hastaların *cinsel yaşam* uyum düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine kadın hastaları lehine olduğu bulunmuştur ($U=3288,50$; $p=0,005$). Kadın hastaların *cinsel yaşam* (uyum) düzeylerinin erkek hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması Kadın=84,32; Sıra ortalaması Erkek=106,40). Cinsiyetin, hastaların *cinsel yaşam* uyum düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,20$).

Kadın ve erkek hastaların *sosyal çevre* uyum düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine kadın hastaları lehine olduğu bulunmuştur ($U=3567,00$; $p=0,044$). Kadın hastaların *sosyal çevre* (uyum) düzeylerinin erkek hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması Kadın=86,97; Sıra ortalaması Erkek=103,00). Cinsiyetin, hastaların *sosyal çevre* uyum düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,15$).

Son olarak, kadın ve erkek hastaların genel psikososyal uyum düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine kadın hastaları lehine olduğu bulunmuştur ($U=3251,50$; $p=0,004$). Kadın hastaların genel psikososyal uyum düzeylerinin erkek hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması Kadın=83,97; Sıra ortalaması Erkek=106,85). Cinsiyetin, hastaların genel psikososyal uyum düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,21$).

Hastaların, *geniş aile ilişkileri* ve *psikolojik distres* uyum düzeyleri ise cinsiyete göre farklılaşmamaktadır ($p>.05$).

Tablo 4-5: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin yaşa göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Yaş	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W (Fark)	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	≥ 20 yaş (1)	34	99,60	1,56	4	0,817	-	-
	21-30 yaş (2)	52	91,80					
	31-40 yaş (3)	40	86,98					
	41-50 yaş (4)	37	94,93					
	$51 \geq$ yaş (5)	24	101,10					
Mesleki Çevre	≥ 20 yaş (1)	34	87,56	2,83	4	0,587	-	-
	21-30 yaş (2)	52	94,61					
	31-40 yaş (3)	40	87,15					
	41-50 yaş (4)	37	97,65					
	$51 \geq$ yaş (5)	24	107,60					
Aile Çevresi	≥ 20 yaş (1)	34	79,84	3,73	4	0,444	-	-
	21-30 yaş (2)	52	94,23					
	31-40 yaş (3)	40	98,29					
	41-50 yaş (4)	37	94,43					
	$51 \geq$ yaş (5)	24	105,75					
Cinsel Yaşam	≥ 20 yaş (1)	34	79,78	4,05	4	0,399	-	-
	21-30 yaş (2)	52	96,18					
	31-40 yaş (3)	40	99,60					
	41-50 yaş (4)	37	90,69					
	$51 \geq$ yaş (5)	24	105,19					
Geniş Aile İlişkileri	≥ 20 yaş (1)	34	81,13	3,09	4	0,544	-	-
	21-30 yaş (2)	52	99,76					
	31-40 yaş (3)	40	93,50					
	41-50 yaş (4)	37	100,11					
	$51 \geq$ yaş (5)	24	91,17					
Sosyal Çevre	≥ 20 yaş (1)	34	79,94	4,09	4	0,394	-	-
	21-30 yaş (2)	52	93,61					
	31-40 yaş (3)	40	92,56					
	41-50 yaş (4)	37	102,38					
	$51 \geq$ yaş (5)	24	104,25					
Psikolojik Distres	≥ 20 yaş (1)	34	69,26	11,62	4	0,020*	1 ile 3, 4	0,062
	21-30 yaş (2)	52	94,83					
	31-40 yaş (3)	40	104,80					
	41-50 yaş (4)	37	108,11					
	$51 \geq$ yaş (5)	24	87,50					
Psikososyal Uyum (Genel)	≥ 20 yaş (1)	34	80,43	3,18	4	0,528	-	-
	21-30 yaş (2)	52	94,19					
	31-40 yaş (3)	40	95,29					
	41-50 yaş (4)	37	98,61					
	$51 \geq$ yaş (5)	24	103,56					

* $p < .05$

Çalışmaya katılan psikiyatri hastalarının, psikosoyal uyum düzeylerinin (puanlarının), yaşlarına bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis H testine göre, hastaların yaşı

psikososyal uyumun sadece *psikolojik distres* uyum boyutu bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-5). Buna göre;

Hastaların, *psikolojik distrese* ilişkin uyum düzeylerinin yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(4)}=11,62$; $p=0,020$). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; 20 yaş ve altı grubundaki hastaların (Sıra Ortalaması 20 yaş ve altı=69,26) *psikolojik distrese* ilişkin uyum düzeyleri 31-40 ve 41-50 yaş grubu hastalarından (Sıra Ortalaması 31-41 yaş=104,80; Sıra Ortalaması 41-50 yaş=108,11) daha iyidir. Fark testi sonrası anlamlı fark bulunduğu durumda, bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etki derecesini (effect size) belirlemek üzere Eta-kare (η^2) değeri hesaplanmıştır. Green ve Salkind'e (2014) göre, " η^2 (Eta) değeri 0,010-0,060 arası 'küçük', 0,060-0,140 arası 'orta' ve 0,140'ten yukarısı 'büyük' etki derecesini göstermektedir" (Green ve Salkind, 2014, s. 158). Buna göre, hastaların yaşının, *psikolojik distres* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve 'orta' düzeyde olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,062$).

Hastaların yaşının, genel psikososyal uyum ve diğer altı alt uyum boyutu düzeylerinin ise yaşa göre farklılaşmadığı bulunmuştur ($p>.05$).

Tablo 4-6: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin eğitim durumuna göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Eğitim durumu	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	İlköğretim (1)	41	113,18	8,33	2	0,016*	1 ile 2, 3	0,045
	Lise (2)	55	86,12					
	Yüksek Ö. (3)	91	84,08					
Mesleki Çevre	İlköğretim (1)	41	117,91	13,46	2	0,001**	1 ile 3	0,072
	Lise (2)	55	97,47					
	Yüksek Ö. (3)	91	81,13					
Aile Çevresi	İlköğretim (1)	41	117,32	12,61	2	0,002**	1 ile 3	0,068
	Lise (2)	55	97,13					
	Yüksek Ö. (3)	91	81,60					
Cinsel Yaşam	İlköğretim (1)	41	106,89	6,82	2	0,033*	1, 2 ile 3	0,037
	Lise (2)	55	101,61					
	Yüksek Ö. (3)	91	83,59					
Geniş Aile İlişkileri	İlköğretim (1)	41	110,80	5,75	2	0,057	-	-
	Lise (2)	55	93,81					
	Yüksek Ö. (3)	91	86,54					
Sosyal Çevre	İlköğretim (1)	41	114,65	10,84	2	0,004**	1 ile 3	0,058
	Lise (2)	55	98,42					
	Yüksek Ö. (3)	91	82,03					
Psikolojik Distres	İlköğretim (1)	41	119,91	16,62	2	0,000***	1 ile 2, 3 2 ile 3	0,089
	Lise (2)	55	98,94					
	Yüksek Ö. (3)	91	79,34					
Psikososyal Uyum (Genel)	İlköğretim (1)	41	119,26	15,59	2	0,000***	1 ile 3	0,084
	Lise (2)	55	98,65					
	Yüksek Ö. (3)	91	79,81					

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Çalışmaya katılan psikiyatri hastalarının, psikosoyal uyum düzeylerinin (puanlarının), eğitim durumlarına bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan Kruskal-Wallis testine göre, eğitim durumu, *geniş aile ilişkileri* boyutu hariç diğer altı alt boyut ve genel uyum bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-6). Buna göre;

Hastaların, *sağlık bakımına oryantasyonu* uyum düzeylerinin eğitim durumuna bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(2)}=8,33$; $p=0,016$).

Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; lise ve yükseköğretim mezunu hastaların (Sıra Ortalaması $Lise=86,12$; Sıra Ortalaması $Yükseköğretim=84,08$) *sağlık bakımına oryantasyonu* uyum düzeyleri, ilköğretim mezunu hastalardan (Sıra Ortalaması $İlköğretim=113,18$) daha iyidir. Fark testi sonrası anlamlı fark bulunduğu durumda, bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etki derecesini (effect size) belirlemek üzere Eta-kare (η^2) değeri hesaplanmıştır. Buna göre; hastaların eğitim durumunun, *psikolojik sağlık bakımına oryantasyon* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,045$).

Hastaların, *mesleki çevre* uyum düzeylerinin de eğitim durumuna bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(2)}=13,46$; $p=0,001$). Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; yükseköğretim mezunu hastaların (Sıra Ortalaması $Yükseköğretim=81,13$) *mesleki çevre* uyum düzeyleri, ilköğretim mezunu hastalardan (Sıra Ortalaması $İlköğretim=117,91$) daha iyidir. Hastaların eğitim durumunun, *mesleki çevre* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,072$).

Hastaların, *aile çevresi* uyum düzeylerinin de eğitim durumuna bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(2)}=12,61$; $p=0,002$). Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; yükseköğretim mezunu hastaların (Sıra Ortalaması $Yükseköğretim=81,60$) *aile çevresi* uyum düzeyleri, ilköğretim mezunu hastalardan (Sıra Ortalaması $İlköğretim=117,32$) daha iyidir. Hastaların eğitim durumunun, *aile çevresi* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,068$).

Hastaların, *cinsel yaşam* uyum düzeylerinin de eğitim durumuna bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(2)}=6,82$; $p=0,033$). Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; yükseköğretim mezunu hastaların (Sıra Ortalaması $Yükseköğretim=83,59$) *cinsel yaşam* uyum düzeyleri, ilköğretim ve lise mezunu hastalardan (Sıra Ortalaması $İlköğretim=106,89$; Sıra Ortalaması $Lise=101,61$) daha iyidir. Hastaların eğitim durumunun, *cinsel yaşam* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,037$).

Hastaların, *sosyal çevre* uyum düzeylerinin de eğitim durumuna bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(2)}=10,84$; $p=0,004$). Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; yükseköğretim mezunu hastaların (Sıra Ortalaması

Yükseköğretim=82,03) *sosyal çevre* uyum düzeyleri, ilköğretim mezunu hastalardan (Sıra Ortalaması İlköğretim=114,65) daha iyidir. Hastaların eğitim durumunun, *sosyal çevre* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,058$).

Hastaların, *psikolojik distres* uyum düzeylerinin de eğitim durumuna bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(2)}=16,62$; $p<.001$). Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) Lise ve yükseköğretim mezunu hastaların (Sıra Ortalaması Lise=98,84; Sıra Ortalaması Yükseköğretim=79,34) *sağlık bakımına oryantasyonu* uyum düzeyleri, ilköğretim mezunu hastalardan (Sıra Ortalaması İlköğretim=119,91) b) yükseköğretim mezunlarının *psikolojik distres* uyum düzeylerinin ise lise mezunu öğretmenlerden daha iyidir. Hastaların eğitim durumunun, *psikolojik distres* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,089$).

Son olarak psikiyatri hastalarının genel psikosoyal uyum düzeylerinin de eğitim durumuna bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(2)}=15,59$; $p<.001$). Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; yükseköğretim mezunu hastaların (Sıra Ortalaması Yükseköğretim=79,81) genel psikosoyal uyum düzeyleri, ilköğretim mezunu hastalardan (Sıra Ortalaması İlköğretim=119,26) daha iyidir. Hastaların eğitim durumunun, psikosoyal uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,084$).

Hastaların, *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyleri ise eğitim durumlarına göre farklılaşmamaktadır ($p>.05$).

Tablo 4-7: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin medeni duruma göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Medeni durum	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	Evli (1)	74	88,97	2,16	2	0,340	-	-
	Bekar (2)	95	94,98					
	Boşanmış (3)	18	109,50					
Mesleki Çevre	Evli (1)	74	83,94	5,35	2	0,069	-	-
	Bekar (2)	95	98,28					
	Boşanmış (3)	18	112,78					
Aile Çevresi	Evli (1)	74	83,47	9,60	2	0,008**	1, 2 ile 3	0,052
	Bekar (2)	95	95,98					
	Boşanmış (3)	18	126,86					
Cinsel Yaşam	Evli (1)	74	83,73	9,90	2	0,007**	1, 2 ile 3	0,053
	Bekar (2)	95	95,56					
	Boşanmış (3)	18	127,97					
Geniş Aile İlişkileri	Evli (1)	74	86,91	2,20	2	0,332	-	-
	Bekar (2)	95	98,04					
	Boşanmış (3)	18	101,86					
Sosyal Çevre	Evli (1)	74	87,71	2,16	2	0,339	-	-
	Bekar (2)	95	96,55					
	Boşanmış (3)	18	106,39					
Psikolojik Distres	Evli (1)	74	100,01	12,51	2	0,002**	1, 3 ile 2	0,067
	Bekar (2)	95	82,74					
	Boşanmış (3)	18	108,75					
Psikososyal Uyum (Genel)	Evli (1)	74	86,59	5,73	2	0,057	-	-
	Bekar (2)	95	94,74					
	Boşanmış (3)	18	120,53					

** $p < .01$

Çalışmaya katılan psikiyatri hastalarının, psikosoyal uyum düzeylerinin (puanlarının), medeni durumlarına bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis testine göre, medeni durum, ölçeğin üç alt boyutu (*aile çevresi*, *cinsel yaşam* ve *psikolojik distres*) bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-7). Buna göre;

Hastaların, *aile çevresi* uyum düzeylerinin medeni duruma bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(2)}=9,60$; $p=0,008$). Farklılığın kaynağını bulmak

üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; evli ve bekar hastaların (Sıra Ortalaması $_{Evli}=83,47$; Sıra Ortalaması $_{Bekar}=95,98$) *aile çevresi* uyum düzeyleri, boşanmış hastalardan (Sıra Ortalaması $_{Boşanmış}=126,86$) daha iyidir. Hastaların medeni durumunun, *aile çevresi* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,052$).

Hastaların, *cinsel yaşam* uyum düzeylerinin de medeni duruma bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(2)}=9,90$; $p=0,007$). Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; evli ve bekar hastaların (Sıra Ortalaması $_{Evli}=83,47$; Sıra Ortalaması $_{Bekar}=95,98$) *cinsel yaşam* uyum düzeyleri, boşanmış hastalardan (Sıra Ortalaması $_{Boşanmış}=127,97$) daha iyidir. Hastaların medeni durumunun, *cinsel yaşam* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,053$).

Son olarak, hastaların, *psikolojik distres* uyum düzeylerinin de medeni duruma bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(2)}=12,51$; $p=0,002$). Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; bekar hastaların (Sıra Ortalaması $_{Bekar}=82,74$) *psikolojik distres* uyum düzeyleri, evli ve boşanmış hastalardan (Sıra Ortalaması $_{Evli}=100,01$; Sıra Ortalaması $_{Boşanmış}=108,75$) daha iyidir. Hastaların medeni durumunun, *psikolojik distres* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,067$).

Hastaların, *sağlık bakımına oryantasyonu*, *mesleki çevre*, *geniş aile ilişkileri*, *sosyal çevre* ve genel psikosoyal uyum düzeyleri ise medeni durumlarına göre farklılaşmamaktadır ($p>.05$).

Tablo 4-8: Hastaların psikosozal uyum düzeylerinin çocuk olmasına göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	Çocuk	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Sağlık Bakımına O.	Var	79	92,41	7300,50	4140,50	-0,34	0,731	-
	Yok	108	95,16	10277,50				
Mesleki Çevre	Var	79	86,55	6837,50	3677,50	-1,61	0,106	-
	Yok	108	99,45	10740,50				
Aile Çevresi	Var	79	88,68	7006,00	3846,00	-1,15	0,250	-
	Yok	108	97,89	10572,00				
Cinsel Yaşam	Var	79	93,52	7388,00	4228,00	-0,10	0,917	-
	Yok	108	94,35	10190,00				
Geniş Aile İlişkileri	Var	79	86,59	6841,00	3681,00	-1,61	0,108	-
	Yok	108	99,42	10737,00				
Sosyal Çevre	Var	79	90,36	7138,50	3978,50	-0,79	0,431	-
	Yok	108	96,66	10439,50				
Psikolojik Distres	Var	79	104,78	8277,50	3414,50	-2,34	0,020*	0,17
	Yok	108	86,12	9300,50				
Psikososyal Uyum (Genel)	Var	79	91,68	7242,50	4082,50	-0,50	0,616	-
	Yok	108	95,70	10335,50				

* $p < .05$

Çalışmaya katılan hastaların, çocukları olmasına bağlı olarak psikososyal uyum düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olup olmadığı non-parametrik bağımsız gruplar Mann-Whitney U testi ile incelenmiş ve çocuk olmasının sadece *psikolojik distres* uyum boyutu bakımından farklılaşmaya neden olduğu bulunmuştur ($U=3414,50$; $p=0,020$) (Tablo 4-8). Buna göre, çocuğu olmayan hastaların *psikolojik distres* uyum düzeylerinin çocuğu olan hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $_{Var}=104,78$; Sıra ortalaması $_{Yok}=86,12$). Çocuk olmasının, hastaların *psikolojik distres* uyum düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,17$).

Tablo 4-9: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	Çalışma durumu	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Sağlık B. Oryantasyon	Çalışıyor	63	77,09	4856,50	2840,50	-3,05	0,002**	0,22
	Çalışmıyor	124	102,59	12721,50				
Mesleki Çevre	Çalışıyor	63	68,96	4344,50	2328,50	-4,52	0,000***	0,33
	Çalışmıyor	124	106,72	13233,50				
Aile Çevresi	Çalışıyor	63	76,94	4847,50	2831,50	-3,08	0,002**	0,22
	Çalışmıyor	124	102,67	12730,50				
Cinsel Yaşam	Çalışıyor	63	79,82	5028,50	3012,50	-2,56	0,010*	0,19
	Çalışmıyor	124	101,21	12549,50				
Geniş Aile İlişkileri	Çalışıyor	63	81,96	5163,50	3147,50	-2,18	0,029*	0,16
	Çalışmıyor	124	100,12	12414,50				
Sosyal Çevre	Çalışıyor	63	76,94	4847,50	2831,50	-3,08	0,002**	0,23
	Çalışmıyor	124	102,67	12730,50				
Psikolojik Distres	Çalışıyor	63	87,51	5513,00	3497,00	-1,17	0,241	-
	Çalışmıyor	124	97,30	12065,00				
Psikososyal Uyum (Genel)	Çalışıyor	63	74,95	4722,00	2706,00	-3,43	0,001**	0,25
	Çalışmıyor	124	103,68	12856,00				

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Hastaların, çalışma durumlarına bağlı olarak psikosoyal uyum düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olup olmadığı non-parametrik bağımsız gruplar Mann-Whitney U testi ile incelenmiş ve çalışma durumunun psikolojik distres hariç diğer tüm alt boyutları ve genel uyum bakımından da farklılaşmaya neden olduğu bulunmuştur (Tablo 4-9). Buna göre;

Çalışan ve çalışmayan hastaların *sağlık bakımına oryantasyon* düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olduğu ve bu farkın çalışan hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2840,50$; $p=0,002$). Çalışan hastaların *sağlık bakımına oryantasyon* düzeyleri (Sıra ortalaması Çalışıyor=77,09), çalışmayan hastalardan (Sıra ortalaması Çalışmıyor=102,59) daha iyidir. Çalışma durumunun hastaların *sağlık bakımına oryantasyon* düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,22$).

Çalışan ve çalışmayan hastaların *mesleki çevre* uyum düzeyleri arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine çalışan hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2328,50$; $p<.001$). Çalışan hastaların *mesleki çevre* uyum düzeyleri (Sıra ortalaması Çalışıyor=68,96), çalışmayan hastalardan (Sıra ortalaması Çalışmıyor=106,72) daha iyidir. Çalışma durumunun hastaların *mesleki çevre* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ olduğu görülmektedir ($r=0,33$).

Çalışan ve çalışmayan hastaların *aile çevresi* uyum düzeyleri arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine çalışan hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2831,50$; $p=0,002$). Çalışan hastaların *aile çevresi* uyum düzeyleri (Sıra ortalaması Çalışıyor=76,94), çalışmayan hastalardan (Sıra ortalaması Çalışmıyor=102,67) daha iyidir. Çalışma durumunun hastaların *aile çevresi* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,22$).

Çalışan ve çalışmayan hastaların *cinsel yaşam* uyum düzeyleri arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine çalışan hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=3012,50$; $p=0,010$). Çalışan hastaların *cinsel yaşam* uyum düzeyleri (Sıra ortalaması Çalışıyor=79,82), çalışmayan hastalardan (Sıra ortalaması Çalışmıyor=101,21) daha iyidir. Çalışma durumunun hastaların *cinsel yaşam* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,19$).

Çalışan ve çalışmayan hastaların *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyleri arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine çalışan hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=3147,50$; $p=0,029$). Çalışan hastaların *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyleri (Sıra ortalaması Çalışıyor=81,96), çalışmayan hastalardan (Sıra ortalaması Çalışmıyor=100,12) daha iyidir. Çalışma durumunun hastaların *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,16$).

Çalışan ve çalışmayan hastaların *sosyal çevre* uyum düzeyleri arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine çalışan hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2831,50$; $p=0,002$). Çalışan hastaların *sosyal çevre* uyum düzeyleri (Sıra ortalaması Çalışıyor=76,94), çalışmayan hastalardan (Sıra ortalaması Çalışmıyor=102,67) daha iyidir. Çalışma durumunun hastaların *sosyal çevre* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,23$).

Son olarak, çalışan ve çalışmayan hastaların genel psikososyal uyum düzeyleri arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine çalışan hastalar lehine olduğu

bulunmuştur ($U=2706,00$; $p=0,001$). Çalışan hastaların psikosozal uyum düzeyleri (Sıra ortalaması Çalışıyor=74,95), çalışmayan hastalardan (Sıra ortalaması Çalışmıyor=103,68) daha iyidir. Çalışma durumunun hastaların *psikosozal* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,25$).

Hastaların, *psikolojik distres* uyum düzeyleri ise çalışma durumlarına göre farklılaşmamaktadır ($p>.05$).

Tablo 4-10: Hastaların psikosozal uyum düzeylerinin ailede psikiyatrik başka hasta olmasına göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Olçek	Ailede psikiyatrik hasta	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Sağlık Bakımına O.	Var	97	106,14	10295,50	3187,50	-3,19	0,001**	0,23
	Yok	90	80,92	7282,50				
Mesleki Çevre	Var	97	106,09	10291,00	3192,00	-3,18	0,001**	0,23
	Yok	90	80,97	7287,00				
Aile Çevresi	Var	97	106,87	10366,50	3116,50	-3,38	0,001**	0,25
	Yok	90	80,13	7211,50				
Cinsel Yaşam	Var	97	112,51	10913,00	2570,00	-4,87	0,000***	0,36
	Yok	90	74,06	6665,00				
Geniş Aile İlişkileri	Var	97	103,39	10029,00	3454,00	-2,48	0,013*	0,18
	Yok	90	83,88	7549,00				
Sosyal Çevre	Var	97	107,26	10404,50	3078,50	-3,49	0,000***	0,25
	Yok	90	79,71	7173,50				
Psikolojik Distres	Var	97	113,40	11000,00	2483,00	-5,10	0,000***	0,37
	Yok	90	73,09	6578,00				
Psikosozal Uyum	Var	97	111,58	10823,50	2659,50	-4,61	0,000***	0,34
	Yok	90	75,05	6754,50				

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Çalışmaya katılan hastaların, ailede başka bir psikiyatrik hasta olmasına bağlı olarak psikososyal uyum düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olup olmadığı non-parametrik bağımsız gruplar Mann-Whitney U testi ile incelenmiş ve ailede başka psikiyatrik hasta olmasının psikososyal uyumun geneli ve tüm alt boyutları bakımından farklılaşmaya neden olduğu bulunmuştur (Tablo 4-10). Buna göre;

Ailesinde başka psikiyatrik hasta olan ve olmayan hastaların *sağlık bakımına oryantasyonu* düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın ailesinde başka

psikiyatrik hasta olmayan hastaları lehine olduğu bulunmuştur ($U=3187,50$; $p=0,001$). Gruplara ait sıra ortalamalarına bakıldığında, ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaların *sağlık bakımına oryantasyon* (uyum) düzeylerinin olan hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $_{var}=106,14$; Sıra ortalaması $_{Yok}=80,92$). Ailede başka bir psikiyatrik hasta olmasının, hastaların *sağlık bakımına oryantasyon* uyum düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,23$).

Ailesinde başka psikiyatrik hasta olan ve olmayan hastaların *mesleki çevre* uyum düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaları lehine olduğu bulunmuştur ($U=3192,50$; $p=0,001$). Ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaların *mesleki çevre* (uyum) düzeylerinin, olan hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $_{var}=106,09$; Sıra ortalaması $_{Yok}=80,97$). Ailede başka bir psikiyatrik hasta olmasının, hastaların *mesleki çevre* uyum düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,23$).

Ailesinde başka psikiyatrik hasta olan ve olmayan hastaların *aile çevresi* uyum düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaları lehine olduğu bulunmuştur ($U=3116,50$; $p=0,001$). Ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaların *aile çevresi* (uyum) düzeylerinin, olan hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $_{var}=106,87$; Sıra ortalaması $_{Yok}=80,13$). Ailede başka bir psikiyatrik hasta olmasının, hastaların *aile çevresi* uyum düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,25$).

Ailesinde başka psikiyatrik hasta olan ve olmayan hastaların *cinsel yaşam* uyum düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaları lehine olduğu bulunmuştur ($U=2570,00$; $p<0,001$). Ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaların *cinsel yaşam* (uyum) düzeylerinin, olan hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $_{var}=112,51$; Sıra ortalaması $_{Yok}=74,06$). Ailede başka bir psikiyatrik hasta olmasının, hastaların *cinsel yaşam* uyum düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,36$).

Ailesinde başka psikiyatrik hasta olan ve olmayan hastaların *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine ailesinde başka

psikiyatrik hasta olmayan hastaları lehine olduğu bulunmuştur ($U=3454,00$; $p=0,013$). Ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaların *geniş aile ilişkileri* (uyum) düzeylerinin, olan hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $v_{ar}=103,39$; Sıra ortalaması $Y_{ok}=83,88$). Ailede başka bir psikiyatrik hasta olmasının, hastaların *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,18$).

Ailesinde başka psikiyatrik hasta olan ve olmayan hastaların *sosyal çevre* uyum düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaları lehine olduğu bulunmuştur ($U=3078,50$; $p<0,001$). Ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaların *sosyal çevre* (uyum) düzeylerinin, olan hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $v_{ar}=107,26$; Sıra ortalaması $Y_{ok}=79,71$). Ailede başka bir psikiyatrik hasta olmasının, hastaların *sosyal çevre* uyum düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,25$).

Ailesinde başka psikiyatrik hasta olan ve olmayan hastaların *psikolojik distres* uyum düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaları lehine olduğu bulunmuştur ($U=2483,00$; $p<0,001$). Ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaların *psikolojik distres* (uyum) düzeylerinin, olan hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $v_{ar}=113,40$; Sıra ortalaması $Y_{ok}=73,09$). Ailede başka bir psikiyatrik hasta olmasının, hastaların *psikolojik distres* uyum düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,37$).

Son olarak, ailesinde başka psikiyatrik hasta olan ve olmayan hastaların genel psikososyal uyum düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaları lehine olduğu bulunmuştur ($U=2659,50$; $p<0,001$). Ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaların genel psikososyal uyum düzeylerinin, olan hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $v_{ar}=111,58$; Sıra ortalaması $Y_{ok}=75,05$). Ailede başka bir psikiyatrik hasta olmasının, hastaların genel psikososyal uyum düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,34$).

Tablo 4-11: Hastaların psikososyal uyum düzeylerinin aldıkları tanıya göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Psikiyatrik tanı	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	Depresyon (1)	33	106,59	50,10	4	0,000***	1, 4, 5 ile 2,3 1, 4 ile 5	0,269
	Kaygı B. (2)	31	54,18					
	Obsesif KB (3)	28	61,34					
	Bipolar B. (4)	65	100,13					
	Şizofreni (5)	30	138,50					
Mesleki Çevre	Depresyon (1)	33	93,21	72,20	4	0,000***	1, 4, 5 ile 2, 3 1, 4 ile 5	0,388
	Kaygı B. (2)	31	48,05					
	Obsesif KB (3)	28	57,89					
	Bipolar B. (4)	65	105,21					
	Şizofreni (5)	30	151,77					
Aile Çevresi	Depresyon (1)	33	94,39	60,49	4	0,000***	1, 4, 5 ile 2,3 1, 4 ile 5	0,325
	Kaygı B. (2)	31	45,18					
	Obsesif KB (3)	28	63,16					
	Bipolar B. (4)	65	109,72					
	Şizofreni (5)	30	138,73					
Cinsel Yaşam	Depresyon (1)	33	79,30	53,19	4	0,000***	1, 2, 3 ile 4,5 4 ile 5	0,286
	Kaygı B. (2)	31	61,42					
	Obsesif KB (3)	28	63,89					
	Bipolar B. (4)	65	106,16					
	Şizofreni (5)	30	145,58					
Geniş Aile İlişkileri	Depresyon (1)	33	96,82	44,64	4	0,000***	1, 4, 5 ile 2,3 1, 4 ile 5	0,240
	Kaygı B. (2)	31	58,15					
	Obsesif KB (3)	28	68,13					
	Bipolar B. (4)	65	98,68					
	Şizofreni (5)	30	141,97					
Sosyal Çevre	Depresyon (1)	33	88,24	61,35	4	0,000***	2, 3 ile 4,5 1, 4 ile 5	0,330
	Kaygı B. (2)	31	55,68					
	Obsesif KB (3)	28	62,18					
	Bipolar B. (4)	65	102,35					
	Şizofreni (5)	30	151,55					
Psikolojik Distres	Depresyon (1)	33	91,74	41,23	4	0,000***	1, 2, 3 ile 4,5 1, 3 ile 2	0,222
	Kaygı B. (2)	31	49,60					
	Obsesif KB (3)	28	70,27					
	Bipolar B. (4)	65	113,49					
	Şizofreni (5)	30	122,18					
Psikososyal Uyum (Genel)	Depresyon (1)	33	91,36	79,18	4	0,000***	1, 4, 5 ile 2,3 1, 4 ile 5	0,426
	Kaygı B. (2)	31	43,11					
	Obsesif KB (3)	28	58,84					
	Bipolar B. (4)	65	107,45					
	Şizofreni (5)	30	153,17					

*** $p < .001$

Çalışmaya katılan psikiyatri hastalarının, psikosoyal uyum düzeylerinin (puanlarının), psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan Kruskal-Wallis H testine göre, psikiyatrik tanı, ölçeğin geneli ve tüm alt boyutlar bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-11). Buna göre;

Hastaların, *sağlık bakımına oryantasyonu* uyum düzeylerinin psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(4)}=50,10$; $p<.001$). Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; a) kaygı ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların (Sıra ortalaması Kaygı B.=54,18; Sıra ortalaması OKB=61,34) *sağlık bakımına oryantasyonu* uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra ortalaması Depresyon=106,59; Sıra ortalaması Bipolar B.=100,13; Sıra ortalaması Şizofreni=138,50); b) depresyon ve bipolar bozukluğu tanısı almış hastaların ise şizofreni hastalarından daha iyidir. Hastaların aldığı psikiyatrik tanının, *psikolojik sağlık bakımına oryantasyon* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,269$).

Hastaların, *mesleki çevre* uyum düzeylerinin de psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(4)}=72,20$; $p<.001$). Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; a) kaygı ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların (Sıra ortalaması Kaygı B.=48,05; Sıra ortalaması OKB=57,89) *mesleki çevre* uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra ortalaması Depresyon=93,21; Sıra ortalaması Bipolar B.=105,21; Sıra ortalaması Şizofreni=151,77); b) depresyon ve bipolar bozukluğu tanısı almış hastaların ise şizofreni hastalarından daha iyidir. Hastaların aldığı psikiyatrik tanının, *mesleki çevre* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,388$).

Hastaların, *aile çevresi* uyum düzeylerinin de psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(4)}=60,49$; $p<.001$). Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; a) kaygı ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların (Sıra ortalaması Kaygı B.=45,18; Sıra ortalaması OKB=63,16) *aile çevresi* uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra ortalaması Depresyon=94,39; Sıra ortalaması Bipolar B.=109,72; Sıra ortalaması Şizofreni=138,73); b) depresyon ve bipolar bozukluğu tanısı almış hastaların ise şizofreni hastalarından daha iyidir. Hastaların aldığı psikiyatrik tanının, *aile çevresi* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,325$).

Hastaların, *cinsel yaşam* uyum düzeylerinin de psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(4)}=53,19$; $p<.001$). Post-hoc Mann-

Whitney *U* testine göre; a) depresyon, kaygı ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların (Sıra ortalaması Depresyon=79,30; Sıra ortalaması Kaygı B.=61,42; Sıra ortalaması OKB=63,89) *cinsel yaşam* uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra ortalaması Bipolar B.=106,16; Sıra ortalaması Şizofreni=145,58); b) bipolar bozukluğu tanısı almış hastaların ise şizofreni hastalarından daha iyidir. Hastaların aldığı psikiyatrik tanının, *cinsel yaşam* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,286$).

Hastaların, *geniş aile ilişkileri* uyum düzeylerinin de psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(4)}=44,64$; $p<.001$). Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) kaygı ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların (Sıra ortalaması Kaygı B.=58,15; Sıra ortalaması OKB=68,13) *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra ortalaması Depresyon=96,82; Sıra ortalaması Bipolar B.=98,68; Sıra ortalaması Şizofreni=141,97); b) depresyon ve bipolar bozukluğu tanısı almış hastaların ise şizofreni hastalarından daha iyidir. Hastaların aldığı psikiyatrik tanının, *geniş aile ilişkileri* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,240$).

Hastaların, *sosyal çevre* uyum düzeylerinin de psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(4)}=61,35$; $p<.001$). Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) kaygı ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların (Sıra ortalaması Kaygı B.=55,68; Sıra ortalaması OKB=62,18) *sosyal çevre* uyum düzeyleri, bipolar bozukluğu ve şizofreni olan hastalardan (Sıra ortalaması Bipolar B.=102,35; Sıra ortalaması Şizofreni=151,55); b) depresyon (Sıra ortalaması Depresyon=88,24) ve bipolar bozukluğu tanısı almış hastaların ise şizofreni hastalarından daha iyidir. Hastaların aldığı psikiyatrik tanının, *sosyal çevre* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,330$).

Hastaların, *psikolojik distres* uyum düzeylerinin de psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(4)}=41,23$; $p<.001$). Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) depresyon, kaygı bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların (Sıra ortalaması Depresyon=91,74; Sıra ortalaması Kaygı B.=49,60; Sıra ortalaması OKB=70,27) *psikolojik distres* uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra ortalaması Bipolar B.=113,49; Sıra ortalaması Şizofreni=122,18); b) kaygı bozukluğu tanısı almış hastaların ise depresyon ve obsesif kompulsif bozukluğu hastalarından daha

iyidir. Hastaların aldığı psikiyatrik tanının, *psikolojik distres* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,222$).

Son olarak psikiyatri hastalarının genel psikosoyal uyum düzeylerinin de psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_4=79,18$; $p<.001$). Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; a) kaygı ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların (Sıra ortalaması $Kaygı\ B.=43,11$; Sıra ortalaması $OKB=58,84$) genel psikosoyal uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra ortalaması $Depresyon=91,36$; Sıra ortalaması $Bipolar\ B.=107,45$; Sıra ortalaması $Şizofreni=153,17$); b) depresyon ve bipolar bozukluğu tanısı almış hastaların ise şizofreni hastalarından daha iyidir. Hastaların aldığı psikiyatrik tanının, psikosoyal uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,426$).

Tablo 4-12: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin kronik başka bir hastalık olması durumuna göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	Kronik b. hastalık	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	Evet	37	103,46	3828,00	2425,00	-1,19	0,234	-
	Hayır	150	91,67	13750,00				
Mesleki Çevre	Evet	37	103,00	3811,00	2442,00	-1,13	0,257	-
	Hayır	150	91,78	13767,00				
Aile Çevresi	Evet	37	94,76	3506,00	2747,00	-0,10	0,924	-
	Hayır	150	93,81	14072,00				
Cinsel Yaşam	Evet	37	103,77	3839,50	2413,50	-1,23	0,219	-
	Hayır	150	91,59	13738,50				
Geniş Aile İlişkileri	Evet	37	96,03	3553,00	2700,00	-0,26	0,798	-
	Hayır	150	93,50	14025,00				
Sosyal Çevre	Evet	37	113,77	4209,50	2043,50	-2,49	0,013*	0,18
	Hayır	150	89,12	13368,50				
Psikolojik Distres	Evet	37	98,04	3627,50	2625,50	-0,51	0,611	-
	Hayır	150	93,00	13950,50				
Psikososyal Uyum (Genel)	Evet	37	105,11	3889,00	2364,00	-1,39	0,163	-
	Hayır	150	91,26	13689,00				

* $p<.05$

Hastaların, kronik başka bir hastalığı olmasına bağlı olarak psikosoyal uyum düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olup olmadığı non-parametrik Mann-Whitney U testi ile incelenmiş ve kronik başka bir hastalığın olmasının sadece *sosyal çevre* (uyum) boyutu bakımından farklılaşmaya neden olduğu bulunmuştur ($U=2043,50$; $p=0,013$) (Tablo4-12). Buna göre, kronik başka bir hastalığı olmayan hastaların *sosyal çevre* (uyum) düzeylerinin daha iyi olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $E_{\text{vet}}=113,77$; Sıra ortalaması $H_{\text{ayır}}=89,12$) daha iyidir. Kronik başka bir hastalığın olmasının, hastaların *sosyal çevre* düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,18$).



Tablo 4-13:Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin hastalığın ne kadar süredir olduğuna göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Ne zamandır	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	0-6 ay (1)	18	102,22	1,77	5	0,880	-	-
	6-12 ay (2)	18	89,22					
	1-5 yıl (3)	55	93,51					
	5-10 yıl (4)	48	97,10					
	10-20 yıl (5)	32	85,22					
	20 yıl $\geq$ (6)	16	100,06					
Mesleki Çevre	0-6 ay (1)	18	78,75	8,68	5	0,123	-	-
	6-12 ay (2)	18	68,86					
	1-5 yıl (3)	55	93,25					
	5-10 yıl (4)	48	96,44					
	10-20 yıl (5)	32	105,17					
	20 yıl $\geq$ (6)	16	112,38					
Aile Çevresi	0-6 ay (1)	18	88,44	13,47	5	0,019*	1, 2, 3 ile 4,5, 6	0,072
	6-12 ay (2)	18	82,86					
	1-5 yıl (3)	55	86,39					
	5-10 yıl (4)	48	107,44					
	10-20 yıl (5)	32	114,38					
	20 yıl $\geq$ (6)	16	110,38					
Cinsel Yaşam	0-6 ay (1)	18	87,47	9,39	5	0,094	-	-
	6-12 ay (2)	18	62,53					
	1-5 yıl (3)	55	90,78					
	5-10 yıl (4)	48	103,61					
	10-20 yıl (5)	32	100,23					
	20 yıl $\geq$ (6)	16	106,50					
Geniş Aile İlişkileri	0-6 ay (1)	18	86,47	9,98	5	0,076	-	-
	6-12 ay (2)	18	66,36					
	1-5 yıl (3)	55	86,94					
	5-10 yıl (4)	48	104,50					
	10-20 yıl (5)	32	107,13					
	20 yıl $\geq$ (6)	16	100,09					
Sosyal Çevre	0-6 ay (1)	18	86,31	11,79	5	0,038*	diğer hepsi ile 2 1 ile 6	0,063
	6-12 ay (2)	18	57,67					
	1-5 yıl (3)	55	92,25					
	5-10 yıl (4)	48	100,92					
	10-20 yıl (5)	32	103,05					
	20 yıl $\geq$ (6)	16	110,72					
Psikolojik Distres	0-6 ay (1)	18	73,00	11,94	5	0,036*	1, 2 ile 4,5	0,064
	6-12 ay (2)	18	74,31					
	1-5 yıl (3)	55	90,84					
	5-10 yıl (4)	48	106,73					
	10-20 yıl (5)	32	110,22					
	20 yıl $\geq$ (6)	16	80,03					
Psikososyal Uyum (Genel)	0-6 ay (1)	18	83,78	10,43	5	0,064	-	-
	6-12 ay (2)	18	62,81					
	1-5 yıl (3)	55	89,84					
	5-10 yıl (4)	48	102,41					
	10-20 yıl (5)	32	105,47					
	20 yıl $\geq$ (6)	16	106,75					

* $p < .05$

Çalışmaya katılan psikiyatri hastalarının, psikosoyal uyum düzeylerinin (puanlarının), hastalığın ne kadar süredir mevcut olduğuna bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis testine göre, hastalığın mevcut olduğu süre, üç alt boyutu (*aile çevresi*, *sosyal çevre* ve *psikolojik distres*) bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-13). Buna göre;

Hastaların, *aile çevresi* uyum düzeylerinin hastalığın mevcut olduğu süreye bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(5)}=13,47$; $p=0,019$). Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; 5 yıldan daha kısa süredir hastalığı olanların (Sıra ortalaması 0-6 ay=88,44; Sıra ortalaması 6-12 ay=82,86; Sıra ortalaması 1-5 yıl=86,39) *aile çevresi* uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra ortalaması 5-10 yıl=107,44; Sıra ortalaması 10-20 yıl=114,38; Sıra ortalaması 20 yıl ve üstü=110,38) daha iyidir. Hastalığın mevcut olduğu sürenin, *aile çevresi* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,072$).

Hastaların, *sosyal çevre* uyum düzeylerinin de hastalığın mevcut olduğu süreye bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(5)}=11,79$; $p=0,038$). Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) 6-12 aydır hastalığı olanların (Sıra ortalaması 6-12 ay=57,67) *sosyal çevre* uyum düzeyleri, diğer tüm hastalardan (Sıra ortalaması 0-6 ay=86,31; Sıra ortalaması 1-5 yıl=92,25; Sıra ortalaması 5-10 yıl=100,92; Sıra ortalaması 10-20 yıl=103,05; Sıra ortalaması 20 yıl ve üstü=110,72); b) 0-6 aydır hastalığı olanların ise 20 ve üstü yıldır hastalığı olanlardan daha iyidir. Hastalığın mevcut olduğu sürenin, *sosyal çevre* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,063$).

Son olarak, hastaların, *psikolojik distres* uyum düzeylerinin de hastalığın mevcut olduğu süreye bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(5)}=11,94$; $p=0,036$). Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; 12 aydan daha kısa süredir hastalığı olanların (Sıra ortalaması 0-6 ay=73,00; Sıra ortalaması 6-12 ay=74,31) *psikolojik distres* uyum düzeyleri, 5-10 ile 10-20 yıldır hasta olanlardan (Sıra ortalaması 5-10 yıl=106,73; Sıra ortalaması 10-20 yıl=110,22) daha iyidir. Hastalığın mevcut olduğu sürenin, *psikolojik distres* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,064$).

Tablo 4-14: Hastaların psikosoyol uyum düzeylerinin hastalık için ne kadar süredir tedavi görüldüğüne göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Tedavi süresi	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	0-6 ay (1)	34	95,16	3,01	5	0,699	-	-
	6-12 ay (2)	25	80,58					
	1-5 yıl (3)	46	91,26					
	5-10 yıl (4)	42	103,04					
	10-20 yıl (5)	30	93,23					
	20 yıl $\geq$ (6)	10	100,55					
Mesleki Çevre	0-6 ay (1)	34	71,28	13,19	5	0,022*	1, 2 ile 4,5,6	0,071
	6-12 ay (2)	25	83,92					
	1-5 yıl (3)	46	92,75					
	5-10 yıl (4)	42	102,80					
	10-20 yıl (5)	30	116,18					
	20 yıl $\geq$ (6)	10	100,70					
Aile Çevresi	0-6 ay (1)	34	72,54	17,04	5	0,004**	1, 2, 3 ile 4,5,6	0,092
	6-12 ay (2)	25	80,32					
	1-5 yıl (3)	46	82,58					
	5-10 yıl (4)	42	103,29					
	10-20 yıl (5)	30	118,92					
	20 yıl $\geq$ (6)	10	116,95					
Cinsel Yaşam	0-6 ay (1)	34	71,32	13,90	5	0,016*	1, 2 ile 3,4,5,6	0,075
	6-12 ay (2)	25	74,74					
	1-5 yıl (3)	46	100,29					
	5-10 yıl (4)	42	108,32					
	10-20 yıl (5)	30	103,13					
	20 yıl $\geq$ (6)	10	102,75					
Geniş Aile İlişkileri	0-6 ay (1)	34	73,04	16,71	5	0,005**	1, 2, 3 ile 4,5,6	0,090
	6-12 ay (2)	25	77,40					
	1-5 yıl (3)	46	82,76					
	5-10 yıl (4)	42	113,37					
	10-20 yıl (5)	30	111,25					
	20 yıl $\geq$ (6)	10	114,35					
Sosyal Çevre	0-6 ay (1)	34	72,96	16,50	5	0,006**	1, 2 ile 4, 5	0,089
	6-12 ay (2)	25	78,36					
	1-5 yıl (3)	46	89,39					
	5-10 yıl (4)	42	112,35					
	10-20 yıl (5)	30	113,70					
	20 yıl $\geq$ (6)	10	89,70					
Psikolojik Distres	0-6 ay (1)	34	67,21	18,37	5	0,003**	1, 2 ile 3,4,5,6	0,099
	6-12 ay (2)	25	72,50					
	1-5 yıl (3)	46	105,09					
	5-10 yıl (4)	42	116,65					
	10-20 yıl (5)	30	104,12					
	20 yıl $\geq$ (6)	10	103,35					
Psikososyal Uyum (Genel)	0-6 ay (1)	34	70,59	17,08	5	0,004**	1, 2 ile 4,5,6	0,092
	6-12 ay (2)	25	76,62					
	1-5 yıl (3)	46	91,08					
	5-10 yıl (4)	42	111,57					
	10-20 yıl (5)	30	111,97					
	20 yıl $\geq$ (6)	10	102,80					

* $p < .05$, ** $p < .01$

Çalışmaya katılan psikiyatri hastalarının, psikosoyol uyum düzeylerinin (puanlarının), hastalık için ne kadar süredir tedavi görüldüğüne bağlı olarak anlamlı bir

farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan Kurskal-Wallis H testine göre, tedavi görme süresi, ölçeğin geneli ve altı alt boyutu bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-14). Buna göre;

Hastaların, *mesleki çevre* uyum düzeylerinin tedavi süresine bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(5)}=13,19$; $p=0,022$). Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; 12 aydan daha kısa süredir tedavi gören hastaların (Sıra ortalaması 0-6 ay=71,28; Sıra ortalaması 6-12 ay=83,92) *mesleki çevre* uyum düzeyleri, 5-10 yıl, 10-20 yıl ve 20 yıl üstü tedavi gören hastalardan (Sıra ortalaması 5-10 yıl=102,80; Sıra ortalaması 10-20 yıl=116,18; Sıra ortalaması 20 yıl ve üstü=100,70) daha iyidir. Tedavi görme süresinin, *mesleki çevre* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,071$).

Hastaların, *aile çevresi* uyum düzeylerinin tedavi süresine bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(5)}=17,04$; $p=0,004$). Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; 5 yıl ve daha kısa süredir tedavi gören hastaların (Sıra ortalaması 0-6 ay=72,54; Sıra ortalaması 6-12 ay=80,32; Sıra ortalaması 1-5 yıl=82,58) *aile çevresi* uyum düzeyleri, 5-10 yıl, 10-20 yıl ve 20 yıl üstü tedavi gören hastalardan (Sıra ortalaması 5-10 yıl=103,29; Sıra ortalaması 10-20 yıl=118,92; Sıra ortalaması 20 yıl ve üstü=116,95) daha iyidir. Tedavi görme süresinin, *aile çevresi* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,092$).

Hastaların, *cinsel yaşam* uyum düzeylerinin tedavi süresine bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(5)}=13,90$; $p=0,016$). Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; 12 aydan daha kısa süredir tedavi gören hastaların (Sıra ortalaması 0-6 ay=71,32; Sıra ortalaması 6-12 ay=74,74) *cinsel yaşam* uyum düzeyleri, 1-5 yıl, 5-10 yıl, 10-20 yıl ve 20 yıl üstü tedavi gören hastalardan (Sıra ortalaması 1-5 yıl=100,29; Sıra ortalaması 5-10 yıl=108,32; Sıra ortalaması 10-20 yıl=103,13; Sıra ortalaması 20 yıl ve üstü=102,75) daha iyidir. Tedavi görme süresinin, *cinsel yaşam* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,075$).

Hastaların, *geniş aile ilişkileri* uyum düzeylerinin tedavi süresine bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(5)}=16,71$; $p=0,005$). Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; 5 yıldan daha kısa süredir tedavi gören hastaların (Sıra ortalaması 0-6 ay=73,04; Sıra ortalaması 6-12 ay=77,40; Sıra ortalaması 1-5 yıl=82,76) *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyleri, 5-10 yıl, 10-20 yıl ve 20 yıl üstü tedavi gören hastalardan

(Sıra ortalaması 5-10 yıl=113,37; Sıra ortalaması 10-20 yıl=111,25; Sıra ortalaması 20 yıl ve üstü=114,35) daha iyidir. Tedavi görme süresinin, *geniş aile ilişkileri* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,090$).

Hastaların, *sosyal çevre* uyum düzeylerinin de tedavi süresine bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(5)}=16,50$; $p=0,006$). Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; 12 aydan daha kısa süredir tedavi gören hastaların (Sıra ortalaması 0-6 ay=72,96; Sıra ortalaması 6-12 ay=78,36) *sosyal çevre* uyum düzeyleri, 5-10 yıl ve 10-20 yıldır tedavi gören hastalardan (Sıra ortalaması 5-10 yıl=112,35; Sıra ortalaması 10-20 yıl=113,70) daha iyidir. Tedavi görme süresinin, *sosyal çevre* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,089$).

Hastaların, *psikolojik distres* düzeylerinin de tedavi süresine bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(5)}=18,37$; $p=0,003$). Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; 12 aydan daha kısa süredir tedavi gören hastaların (Sıra ortalaması 0-6 ay=67,21; Sıra ortalaması 6-12 ay=72,50) *psikolojik distres* düzeyleri, diğer tüm hastalardan (Sıra ortalaması 1-5 yıl=105,09; Sıra ortalaması 5-10 yıl=116,65; Sıra ortalaması 10-20 yıl=104,12; Sıra ortalaması 20 yıl ve üstü=103,35) daha iyidir. Tedavi görme süresinin, *psikolojik distres* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,099$).

Son olarak, hastaların, genel psikososyal uyum düzeylerinin tedavi süresine bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($X^2_{(5)}=17,08$; $p=0,004$). Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; 12 aydan daha kısa süredir tedavi gören hastaların (Sıra ortalaması 0-6 ay=70,59; Sıra ortalaması 6-12 ay=76,62) genel psikososyal uyum düzeyleri, 5-10 yıl, 10-20 yıl ve 20 yıl üstü tedavi gören hastalardan (Sıra ortalaması 5-10 yıl=111,57; Sıra ortalaması 10-20 yıl=111,97; Sıra ortalaması 20 yıl ve üstü=102,80) daha iyidir. Tedavi görme süresinin, hastaların genel psikososyal uyum üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,092$).

Tablo 4-15: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin daha önce iki geceyi aşan yatılı tedavi görmelerine göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	2 geceyi aşan tedavi	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	Evet	75	105,26	7894,50	3355,50	-2,33	0,020*	0,17
	Hayır	112	86,46	9683,50				
Mesleki Çevre	Evet	75	115,93	8695,00	2555,00	-4,55	0,000***	0,33
	Hayır	112	79,31	8883,00				
Aile Çevresi	Evet	75	116,05	8704,00	2546,00	-4,57	0,000***	0,33
	Hayır	112	79,23	8874,00				
Cinsel Yaşam	Evet	75	114,15	8561,50	2688,50	-4,18	0,000***	0,31
	Hayır	112	80,50	9016,50				
Geniş Aile İlişkileri	Evet	75	113,39	8504,00	2746,00	-4,03	0,000***	0,29
	Hayır	112	81,02	9074,00				
Sosyal Çevre	Evet	75	112,88	8466,00	2784,00	-3,91	0,000***	0,29
	Hayır	112	81,36	9112,00				
Psikolojik Distres	Evet	75	110,76	8307,00	2943,00	-3,47	0,001**	0,25
	Hayır	112	82,78	9271,00				
Psikososyal Uyum (Genel)	Evet	75	117,31	8798,50	2451,50	-4,82	0,000***	0,35
	Hayır	112	78,39	8779,50				

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Hastaların, daha önce psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi görmelerine bağlı olarak psikosoyal uyum düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olup olmadığı bağımsız gruplar Mann-Whitney U testi ile incelenmiş ve iki geceyi aşan yatılı tedavi görenin psikososyal uyumun geneli ve tüm alt boyutları bakımından da farklılaşmaya neden olduğu bulunmuştur (Tablo 4-15). Buna göre;

İki geceyi aşan yatılı tedavi gören ve görmeyen hastaların *sağlık bakımına oryantasyon* düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olduğu ve bu farkın iki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=3355,50$; $p=0,020$). İki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastaların *sağlık bakımına oryantasyon* düzeyleri (Sıra ortalaması $_{Hayır}=86,46$), iki geceyi aşan yatılı tedavi gören hastalardan (Sıra ortalaması $_{Evet}=105,26$) daha iyidir. Psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi görenin hastaların *sağlık bakımına oryantasyon* düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,17$).

İki geceyi aşan yatılı tedavi gören ve görmeyen hastaların *mesleki çevre* uyum düzeyleri (puanları) arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine iki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2555,00$; $p<.001$). İki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastaların *mesleki çevre* uyum düzeyleri (Sıra ortalaması $_{Hayır}=79,31$), iki geceyi aşan yatılı tedavi gören hastalardan (Sıra ortalaması $_{Evet}=115,93$) daha iyidir. Psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi görenin hastaların *mesleki çevre* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ olduğu görülmektedir ($r=0,33$).

İki geceyi aşan yatılı tedavi gören ve görmeyen hastaların *aile çevresi* uyum düzeyleri (puanları) arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine iki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2546,00$; $p<.001$). İki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastaların *aile çevresi* uyum düzeyleri (Sıra ortalaması $_{Hayır}=79,23$), iki geceyi aşan yatılı tedavi gören hastalardan (Sıra ortalaması $_{Evet}=116,05$) daha iyidir. Psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi görenin hastaların *aile çevresi* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ olduğu görülmektedir ($r=0,33$).

İki geceyi aşan yatılı tedavi gören ve görmeyen hastaların *cinsel yaşam* uyum düzeyleri (puanları) arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine iki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2688,50$; $p<.001$). İki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastaların *cinsel yaşam* uyum düzeyleri (Sıra ortalaması $_{Hayır}=80,50$), iki geceyi aşan yatılı tedavi gören hastalardan (Sıra ortalaması $_{Evet}=114,15$) daha iyidir. Psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi görenin hastaların *cinsel yaşam* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ olduğu görülmektedir ($r=0,31$).

İki geceyi aşan yatılı tedavi gören ve görmeyen hastaların *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyleri (puanları) arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine iki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2746,00$; $p<.001$). İki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastaların *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyleri (Sıra ortalaması $_{Hayır}=81,02$), iki geceyi aşan yatılı tedavi gören hastalardan (Sıra ortalaması $_{Evet}=113,39$) daha iyidir. Psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi görenin hastaların *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,29$).

İki geceyi aşan yatılı tedavi gören ve görmeyen hastaların *sosyal çevre* uyum düzeyleri (puanları) arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine iki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2784,00$; $p<.001$). İki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastaların *sosyal çevre* uyum düzeyleri (Sıra ortalaması_{Hayır}=81,36), iki geceyi aşan yatılı tedavi gören hastalardan (Sıra ortalaması_{Evet}=112,88) daha iyidir. Psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi görmenin hastaların *sosyal çevre* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,29$).

İki geceyi aşan yatılı tedavi gören ve görmeyen hastaların *psikolojik distres* düzeyleri (puanları) arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine iki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2943,00$; $p=0,001$). İki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastaların *psikolojik distres* düzeyleri (Sıra ortalaması_{Hayır}=82,78), iki geceyi aşan yatılı tedavi gören hastalardan (Sıra ortalaması_{Evet}=110,76) daha iyidir. Psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi görmenin hastaların *psikolojik distres* düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,25$).

Son olarak, hastaların genel psikososyal uyum düzeyleri arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine iki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2451,50$; $p<.001$). İki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastaların psikososyal uyum düzeyleri (Sıra ortalaması_{Hayır}=78,39),), iki geceyi aşan yatılı tedavi gören hastalardan (Sıra ortalaması_{Evet}=117,31) daha iyidir. Psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi görmenin hastaların psikososyal uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ olduğu görülmektedir ($r=0,35$).

Tablo 4-16: Hastaların psikosozal uyum düzeylerinin daha önce iki geceyi aşan yatılı tedavi görme sayılarına göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Kaç defa	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	1 defa (1)	36	34,46	1,57	2	0,457	-	-
	2 defa (2)	23	41,48					
	3 defa $\geq$ (3)	16	36,07					
Mesleki Çevre	1 defa (1)	36	31,24	5,03	2	0,081	-	-
	2 defa (2)	23	42,87					
	3 defa $\geq$ (3)	16	41,43					
Aile Çevresi	1 defa (1)	36	25,74	6,56	2	0,038*	1 ile 2,3	0,091
	2 defa (2)	23	45,07					
	3 defa $\geq$ (3)	16	44,23					
Cinsel Yaşam	1 defa (1)	36	33,83	1,67	2	0,433	-	-
	2 defa (2)	23	40,98					
	3 defa $\geq$ (3)	16	38,30					
Geniş Aile İlişkileri	1 defa (1)	36	34,94	1,56	2	0,459	-	-
	2 defa (2)	23	41,54					
	3 defa $\geq$ (3)	16	34,83					
Sosyal Çevre	1 defa (1)	36	31,33	4,91	2	0,086	-	-
	2 defa (2)	23	42,98					
	3 defa $\geq$ (3)	16	41,07					
Psikolojik Distres	1 defa (1)	36	36,10	1,48	2	0,478	-	-
	2 defa (2)	23	41,04					
	3 defa $\geq$ (3)	16	32,90					
Psikososyal Uyum (Genel)	1 defa (1)	36	31,84	4,76	2	0,092	-	-
	2 defa (2)	23	44,22					
	3 defa $\geq$ (3)	16	37,97					

* $p < .05$

Hastaların, daha önce psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi görme sayılarına bağlı olarak psikososyal uyum düzeylerinin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis H testine göre, iki geceyi aşan yatılı tedavi görme sayısı, psikososyal uyumun sadece *aile çevresi* uyum boyutu bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır ($X^2_{(2)}=6,56$; $p=0,038$) (Tablo 4-16). Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; sadece 1 defa iki geceyi aşan yatılı tedavi gören hastaların (Sıra ortalaması 1 defa=25,74) *aile çevresi* uyum düzeyleri,

diğer hastalardan (Sıra ortalaması 2 defa=45,07; Sıra ortalaması 3 defa ve üstü=44,23) daha iyidir. İki geceyi aşan yatılı tedavi görme sıklığının, *aile çevresi* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,091$).

Tablo 4-17: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin kliniğe geliş şekline göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Bugün kliniğe gelme şekli	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		<i>n</i>	Sıra Ort.	χ^2	<i>sd</i>	<i>p</i>		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	Kendi ist. (1)	87	63,31	63,76	2	0,000****	1, 2 ile 3 2 ile 3	0,343
	A/Ç ist. (2)	66	107,71					
	A/Ç zor. (3)	34	145,91					
Mesleki Çevre	Kendi ist. (1)	87	67,64	53,20	2	0,000****	1, 2 ile 3 2 ile 3	0,286
	A/Ç ist. (2)	66	102,23					
	A/Ç zor. (3)	34	145,46					
Aile Çevresi	Kendi ist. (1)	87	63,81	68,83	2	0,000****	1, 2 ile 3 2 ile 3	0,370
	A/Ç ist. (2)	66	103,79					
	A/Ç zor. (3)	34	152,25					
Cinsel Yaşam	Kendi ist. (1)	87	66,44	49,16	2	0,000****	1, 2 ile 3 2 ile 3	0,264
	A/Ç ist. (2)	66	107,95					
	A/Ç zor. (3)	34	137,44					
Geniş Aile İlişkileri	Kendi ist. (1)	87	71,43	47,51	2	0,000****	1, 2 ile 3 2 ile 3	0,255
	A/Ç ist. (2)	66	96,84					
	A/Ç zor. (3)	34	146,24					
Sosyal Çevre	Kendi ist. (1)	87	69,93	45,29	2	0,000****	1, 2 ile 3 2 ile 3	0,244
	A/Ç ist. (2)	66	100,98					
	A/Ç zor. (3)	34	142,03					
Psikolojik Distres	Kendi ist. (1)	87	69,98	33,29	2	0,000****	1 ile 2, 3	0,179
	A/Ç ist. (2)	66	110,87					
	A/Ç zor. (3)	34	122,72					
Psikososyal Uyum (Genel)	Kendi ist. (1)	87	61,16	75,99	2	0,000****	1, 2 ile 3 2 ile 3	0,409
	A/Ç ist. (2)	66	107,01					
	A/Ç zor. (3)	34	152,79					

*** $p < .001$

Çalışmaya katılan psikiyatri hastalarının, psikosoyal uyum düzeylerinin (puanlarının), kliniğe (bugün) nasıl geldiklerine bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis *H* testine göre, hastaların kliniğe gelme şekli psikososyal uyumun geneli ve tüm alt boyutları bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-17). Buna göre;

Hastaların, *sağlık bakımına oryantasyonu* uyum düzeylerinin kliniğe gelme şekline bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=63,76$; $p<.001$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) kliniğe kendi isteği ve ailesinin/çevresinin isteği ile gelen hastaların (Sıra Ortalaması Kendi isteğiyle=63,31; Sıra Ortalaması Aile/Çevrenin isteğiyle=107,71) *sağlık bakımına oryantasyonu* uyum düzeyleri, kliniğe ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalardan (Sıra Ortalaması Ailenin/Çevrenin zorlamasıyla=145,91); b) kliniğe ailesinin/çevresinin isteği ile gelen hastaların ise kliniğe ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalarından daha iyidir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, *sağlık bakımına oryantasyon* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,343$).

Hastaların, *mesleki çevre* uyum düzeylerinin de kliniğe gelme şekline bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=53,20$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) kliniğe kendi isteği ve ailesinin/çevresinin isteği ile gelen hastaların (Sıra Ortalaması Kendi isteğiyle=67,64; Sıra Ortalaması Aile/Çevrenin isteğiyle=102,23) *mesleki çevre* uyum düzeyleri, kliniğe ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalardan (Sıra Ortalaması Ailenin/Çevrenin zorlamasıyla=145,46); b) kliniğe ailesinin/çevresinin isteği ile gelen hastaların ise kliniğe ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalarından daha iyidir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, *mesleki çevre* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,286$).

Hastaların, *aile çevresi* uyum düzeylerinin de kliniğe gelme şekline bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=68,83$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) kliniğe kendi isteği ve ailesinin/çevresinin isteği ile gelen hastaların (Sıra Ortalaması Kendi isteğiyle=63,81; Sıra Ortalaması Aile/Çevrenin isteğiyle=103,79) *aile çevresi* uyum düzeyleri, kliniğe ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalardan (Sıra Ortalaması Ailenin/Çevrenin zorlamasıyla=152,25); b) kliniğe ailesinin/çevresinin isteği ile gelen hastaların ise kliniğe ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalarından daha iyidir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, *aile çevresi* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,370$).

Hastaların, *cinsel yaşam* uyum düzeylerinin de kliniğe gelme şekline bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=49,16$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) kliniğe kendi isteği ve ailesinin/çevresinin isteği ile

gelen hastaların (Sıra Ortalaması Kendi isteğiyle=66,44; Sıra Ortalaması Aile/Çevrenin isteğiyle=107,95) *cinsel yaşam* uyum düzeyleri, kliniğe ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalardan (Sıra Ortalaması Ailenin/Çevrenin zorlamasıyla=137,44); b) kliniğe ailesinin/çevresinin isteği ile gelen hastaların ise kliniğe ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalarından daha iyidir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, *cinsel yaşam* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,264$).

Hastaların, *geniş aile ilişkileri* uyum düzeylerinin de kliniğe gelme şekline bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=47,51$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) kliniğe kendi isteği ve ailesinin/çevresinin isteği ile gelen hastaların (Sıra Ortalaması Kendi isteğiyle=71,43; Sıra Ortalaması Aile/Çevrenin isteğiyle=96,84) *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyleri, kliniğe ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalardan (Sıra Ortalaması Ailenin/Çevrenin zorlamasıyla=146,24); b) kliniğe ailesinin/çevresinin isteği ile gelen hastaların ise kliniğe ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalarından daha iyidir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, *geniş aile ilişkileri* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,255$).

Hastaların, *sosyal çevre* uyum düzeylerinin de kliniğe gelme şekline bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=45,29$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) kliniğe kendi isteği ve ailesinin/çevresinin isteği ile gelen hastaların (Sıra Ortalaması Kendi isteğiyle=69,93; Sıra Ortalaması Aile/Çevrenin isteğiyle=100,98) *sosyal çevre* uyum düzeyleri, kliniğe ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalardan (Sıra Ortalaması Ailenin/Çevrenin zorlamasıyla=142,03); b) kliniğe ailesinin/çevresinin isteği ile gelen hastaların ise kliniğe ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalarından daha iyidir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, *sosyal çevre* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,244$).

Hastaların, *psikolojik distres* düzeylerinin de kliniğe gelme şekline bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=33,29$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; kliniğe kendi isteği ile gelen hastaların (Sıra Ortalaması Kendi isteğiyle=69,98) *psikolojik distres* düzeyleri, kliniğe ailesinin/çevresinin isteği ve ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalardan (Sıra Ortalaması Aile/Çevrenin isteğiyle=110,87; Sıra Ortalaması Ailenin/Çevrenin zorlamasıyla=122,72) daha iyidir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, *psikolojik distres* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,179$).

Son olarak psikiyatri hastalarının genel psikosoyal uyum düzeylerinin de kliniğe gelme şekline bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=75,99$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; a) kliniğe kendi isteği ve ailesinin/çevresinin isteği ile gelen hastaların (Sıra Ortalaması Kendi isteğiyle=61,16; Sıra Ortalaması Aile/Çevrenin isteğiyle=107,01) psikosoyal uyum düzeyleri, kliniğe ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalardan (Sıra Ortalaması Ailenin/Çevrenin zorlamasıyla=152,79); b) kliniğe ailesinin/çevresinin isteği ile gelen hastaların ise kliniğe ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalarından daha iyidir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, psikosoyal uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,409$).

Tablo 4-18: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek aldığına göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Olumlu destek	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	Hiç kimse (1)	13	147,88	29,65	6	0,000***	1 ile diğer 2, 7 ile 3, 4, 5, 6	0,159
	Aile (2)	68	106,76					
	Aile, Aile D. (3)	17	80,00					
	Aile, TE (4)	62	79,48					
	Tedavi Ekibi (5)	7	80,21					
	Aile, Aile D., TE (6)	14	59,79					
	Aile Dışı (7)	6	118,25					
Mesleki Çevre	Hiç kimse (1)	13	129,62	23,36	6	0,001**	1, 5 ile 2, 3, 4, 6 5 ile 3, 6	0,126
	Aile (2)	68	98,76					
	Aile, Aile D. (3)	17	59,71					
	Aile, TE (4)	62	96,27					
	Tedavi Ekibi (5)	7	120,36					
	Aile, Aile D., TE (6)	14	52,32					
	Aile Dışı (7)	6	103,08					
Aile Çevresi	Hiç kimse (1)	13	147,69	31,82	6	0,000***	1 ile 2, 3, 4, 6 5, 7 ile 3, 6	0,171
	Aile (2)	68	96,07					
	Aile, Aile D. (3)	17	49,53					
	Aile, TE (4)	62	94,18					
	Tedavi Ekibi (5)	7	123,21					
	Aile, Aile D., TE (6)	14	63,68					
	Aile Dışı (7)	6	115,08					
Cinsel Yaşam	Hiç kimse (1)	13	115,35	9,89	6	0,130	-	-
	Aile (2)	68	96,57					
	Aile, Aile D. (3)	17	69,62					
	Aile, TE (4)	62	92,60					
	Tedavi Ekibi (5)	7	116,36					
	Aile, Aile D., TE (6)	14	75,43					
	Aile Dışı (7)	6	119,33					
Geniş Aile İlişkileri	Hiç kimse (1)	13	138,73	31,35	6	0,000***	1, 5 ile diğerleri 2, 4, 7 ile 3, 6	0,169
	Aile (2)	68	94,47					
	Aile, Aile D. (3)	17	59,97					
	Aile, TE (4)	62	98,57					
	Tedavi Ekibi (5)	7	139,86					
	Aile, Aile D., TE (6)	14	48,43					
	Aile Dışı (7)	6	93,75					
Sosyal Çevre	Hiç kimse (1)	13	118,08	15,22	6	0,019*	3, 6 ile diğerleri	0,082
	Aile (2)	68	101,08					
	Aile, Aile D. (3)	17	67,85					
	Aile, TE (4)	62	95,44					
	Tedavi Ekibi (5)	7	99,57					
	Aile, Aile D., TE (6)	14	55,43					
	Aile Dışı (7)	6	104,33					
Psikolojik Distres	Hiç kimse (1)	13	118,35	20,39	6	0,002**	3, 6 ile 1, 4, 5, 7	0,110
	Aile (2)	68	92,89					
	Aile, Aile D. (3)	17	62,06					
	Aile, TE (4)	62	103,94					
	Tedavi Ekibi (5)	7	111,00					
	Aile, Aile D., TE (6)	14	53,39					
	Aile Dışı (7)	6	116,58					
Psikososyal Uyum (Genel)	Hiç kimse (1)	13	138,81	28,07	6	0,000***	3, 6 ile diğerleri	0,151
	Aile (2)	68	99,43					
	Aile, Aile D. (3)	17	58,68					
	Aile, TE (4)	62	93,90					
	Tedavi Ekibi (5)	7	114,64					
	Aile, Aile D., TE (6)	14	49,93					
	Aile Dışı (7)	6	115,33					

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Çalışmaya katılan psikiyatri hastalarının, psikosoyal uyum düzeylerinin (puanlarının), tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek aldığına bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis H testine göre, destek, psikososyal uyumun geneli ve beş alt boyutu bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-18). Buna göre;

Hastaların, *sağlık bakımına oryantasyonu* uyum düzeylerinin destek alınan kişiye bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(6)}=29,65$; $p<.001$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; a) kimseden destek almayan/görmeyen hastaların (Sıra Ortalaması Hiç kimse=147,88) *sağlık bakımına oryantasyonu* uyum düzeyleri, diğer tüm hastalardan (Sıra Ortalaması Aile=106,76; Sıra Ortalaması Aile, Aile Dışı=80,00; Sıra Ortalaması Aile, TE=79,48; Sıra Ortalaması Tedavi Ekibi=80,21; Sıra Ortalaması Aile, Aile D., TE=59,79; Sıra Ortalaması Aile Dışı=118,25); b) sadece aile ve sadece aile dışı destek alan hastaların ise aile + aile dışı, aile + tedavi ekibi, tedavi ekibi ve aile + aile dışı + tedavi ekibinden destek alan/gören hastalardan daha düşüktür/kötüdür. Tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek alındığının, hastaların *sağlık bakımına oryantasyon* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,159$).

Hastaların, *mesleki çevre* uyum düzeylerinin de destek alınan kişiye bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(6)}=23,36$; $p=0,001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; a) kimseden destek almayan ve tedavi ekibinden destek alan hastaların (Sıra Ortalaması Hiç kimse=129,62; Sıra Ortalaması Tedavi Ekibi=120,36) *mesleki çevre* uyum düzeyleri, sadece aile, aile + aile dışı, aile + tedavi ekibi ve aile + aile dışı + tedavi ekibinden destek alan/gören hastalarından (Sıra Ortalaması Aile=98,76; Sıra Ortalaması Aile, Aile Dışı=59,71; Sıra Ortalaması Aile, TE=96,27; Sıra Ortalaması Aile, Aile D., TE=52,32); b) sadece tedavi ekibinden destek alan hastaların ise aile + aile dışı ve aile + aile dışı + tedavi ekibinden destek alan/gören hastalardan daha düşüktür. Tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek alındığının, hastaların *mesleki çevre* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,126$).

Hastaların, *aile çevresi* uyum düzeylerinin de destek alınan kişiye bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(6)}=31,82$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; a) kimseden destek almayan hastaların (Sıra Ortalaması Hiç kimse=147,69) *mesleki çevre* uyum düzeyleri, sadece aile, aile + aile dışı, aile + tedavi

ekibi ve aile + aile dışı + tedavi ekibinden destek alan/gören hastalarından (Sıra Ortalaması Aile=96,07; Sıra Ortalaması Aile, Aile Dışı=49,53; Sıra Ortalaması Aile, TE=94,18; Sıra Ortalaması Aile, Aile D., TE=63,68); b) sadece tedavi ekibinden (Sıra Ortalaması Tedavi Ekibi=123,21) ve aile dışı (Sıra Ortalaması Aile Dışı=115,08) destek alan hastaların ise aile + aile dışı ve aile + aile dışı + tedavi ekibinden destek alan/gören hastalardan daha düşüktür. Tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek alındığının, hastaların *aile çevresi* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,171$).

Hastaların, *geniş aile ilişkileri* uyum düzeylerinin de destek alınan kişiye bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(6)}=31,35$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) kimseden destek almayan ve tedavi ekibinden destek alan hastaların (Sıra Ortalaması Hiç kimse=138,73; Sıra Ortalaması Tedavi Ekibi=139,86) *mesleki çevre* uyum düzeyleri, diğer tüm hastalardan (Sıra Ortalaması Aile=94,47; Sıra Ortalaması Aile, Aile Dışı=59,97; Sıra Ortalaması Aile, TE=98,57; Sıra Ortalaması Aile, Aile D., TE=48,43; Sıra Ortalaması Aile Dışı=93,75); b) aileden, aile + tedavi ekibinden ve aile dışından destek alan hastaların ise aile + aile dışından ve aile + aile dışı + tedavi ekibinden destek alan hastalardan daha düşüktür. Tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek alındığının, hastaların *geniş aile ilişkileri* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,169$).

Hastaların, *sosyal çevre* uyum düzeylerinin de destek alınan kişiye bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(6)}=15,22$; $p=0,019$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; aile + aile dışından ve aile + aile dışı + tedavi ekibinden destek alan hastaların (Sıra Ortalaması Aile, Aile Dışı=67,85; Sıra Ortalaması Aile, Aile Dışı, Tedavi Ekibi=55,43) *sosyal çevre* uyum düzeyleri, diğer tüm hastalardan (Sıra Ortalaması Hiç kimse=118,08; Sıra Ortalaması Aile=101,08; Sıra Ortalaması Aile, Tedavi Ekibi=95,44; Sıra Ortalaması Tedavi Ekibi=99,57; Sıra Ortalaması Aile Dışı=104,33) daha iyidir. Tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek alındığının, hastaların *sosyal çevre* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,082$).

Hastaların, *psikolojik distres* düzeylerinin de destek alınan kişiye bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(6)}=20,39$; $p=0,002$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; aile + aile dışından ve aile + aile dışı + tedavi ekibinden destek alan hastaların (Sıra Ortalaması Aile, Aile Dışı=62,06; Sıra Ortalaması Aile, Aile Dışı, Tedavi Ekibi=53,39) *psikolojik distres* düzeyleri, hiç kimseden, aile + tedavi ekibi, tedavi ekibi

ve aile dışından destek alan hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{iç}$ kimse=118,35; Sıra Ortalaması Aile, Tedavi Ekibi=103,94; Sıra Ortalaması Tedavi Ekibi=111,00; Sıra Ortalaması Aile Dışı=116,58) daha iyidir. Tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek alındığının, hastaların *psikolojik distres* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,110$).

Son olarak psikiyatri hastalarının genel psikosoyal uyum düzeylerinin de destek alınan kişiye bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(6)}=28,07$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; aile + aile dışından ve aile + aile dışı + tedavi ekibinden destek alan hastaların (Sıra Ortalaması Aile, Aile Dışı=58,68; Sıra Ortalaması Aile, Aile Dışı, Tedavi Ekibi=49,93) psikosoyal uyum düzeyleri, diğer tüm hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{iç}$ kimse=138,81; Sıra Ortalaması Aile=99,43; Sıra Ortalaması Aile, Tedavi Ekibi=93,90; Sıra Ortalaması Tedavi Ekibi=114,64; Sıra Ortalaması Aile Dışı=115,33) daha iyidir. Tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek alındığının, hastaların psikosoyal uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,151$).

Tablo 4-19: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin hastalığın nasıl algılandığına göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Nasıl bir hastalık	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	Geçici (1)	65	75,89	11,62	2	0,003***	1 ile 2,3	0,062
	Kalıcı (2)	65	106,62					
	Ara ara (3)	57	100,26					
Mesleki Çevre	Geçici (1)	65	75,59	13,03	2	0,001**	1 ile 2,3	0,070
	Kalıcı (2)	65	109,29					
	Ara ara (3)	57	107,55					
Aile Çevresi	Geçici (1)	65	70,03	20,52	2	0,000***	1 ile 2,3	0,110
	Kalıcı (2)	65	111,15					
	Ara ara (3)	57	101,78					
Cinsel Yaşam	Geçici (1)	65	68,33	24,72	2	0,000***	1 ile 2,3	0,133
	Kalıcı (2)	65	114,42					
	Ara ara (3)	57	109,99					
Geniş Aile İlişkileri	Geçici (1)	65	75,57	12,41	2	0,002**	1 ile 2,3	0,067
	Kalıcı (2)	65	107,72					
	Ara ara (3)	57	109,38					
Sosyal Çevre	Geçici (1)	65	72,12	18,29	2	0,000***	1 ile 2,3	0,098
	Kalıcı (2)	65	112,00					
	Ara ara (3)	57	108,43					
Psikolojik Distres	Geçici (1)	65	73,28	14,67	2	0,001**	1 ile 2,3	0,079
	Kalıcı (2)	65	105,11					
	Ara ara (3)	57	104,96					
Psikososyal Uyum (Genel)	Geçici (1)	65	67,70	24,74	2	0,000***	1 ile 2,3	0,133
	Kalıcı (2)	65	113,06					
	Ara ara (3)	57	102,25					

** $p < .01$, *** $p < .001$

Çalışmaya katılan psikiyatri hastalarının, psikosoyal uyum düzeylerinin (puanlarının), hastalığın nasıl algılandığına bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis H testine göre, hastalık algısı, ölçeğin geneli ve tüm alt boyutlar bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-19). Buna göre;

Hastaların, *sağlık bakımına oryantasyonu* uyum düzeylerinin psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=11,62$; $p=0,003$]. Post-

hoc Mann-Whitney U testine göre; hastalığını geçici bir durum olarak gören hastaların (Sıra Ortalaması $_{Geçici}=75,89$) *sağlık bakımına oryantasyonu* uyum düzeyleri, hastalığını kalıcı ve ara ara gelen bir durum olarak gören hastalardan (Sıra Ortalaması $_{Kalıcı}=106,62$; Sıra Ortalaması $_{Ara\ ara}=100,26$) daha iyidir. Hastalığın nasıl algılandığının, *psikolojik sağlık bakımına oryantasyon* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,062$).

Hastaların, *mesleki çevre* uyum düzeylerinin de psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=13,03$; $p=0,001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; hastalığını geçici bir durum olarak gören hastaların (Sıra Ortalaması $_{Geçici}=75,59$) *mesleki çevre* uyum düzeyleri, hastalığını kalıcı ve ara ara gelen bir durum olarak gören hastalardan (Sıra Ortalaması $_{Kalıcı}=109,29$; Sıra Ortalaması $_{Ara\ ara}=107,55$) daha iyidir. Hastalığın nasıl algılandığının, *mesleki çevre* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,070$).

Hastaların, *aile çevresi* uyum düzeylerinin de psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=20,52$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; hastalığını geçici bir durum olarak gören hastaların (Sıra Ortalaması $_{Geçici}=70,03$) *aile çevresi* uyum düzeyleri, hastalığını kalıcı ve ara ara gelen bir durum olarak gören hastalardan (Sıra Ortalaması $_{Kalıcı}=111,15$; Sıra Ortalaması $_{Ara\ ara}=101,78$) daha iyidir. Hastalığın nasıl algılandığının, *aile çevresi* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,110$).

Hastaların, *cinsel yaşam* uyum düzeylerinin de psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=24,72$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; hastalığını geçici bir durum olarak gören hastaların (Sıra Ortalaması $_{Geçici}=68,33$) *cinsel yaşam* uyum düzeyleri, hastalığını kalıcı ve ara ara gelen bir durum olarak gören hastalardan (Sıra Ortalaması $_{Kalıcı}=114,42$; Sıra Ortalaması $_{Ara\ ara}=109,99$) daha iyidir. Hastalığın nasıl algılandığının, *cinsel yaşam* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,133$).

Hastaların, *geniş aile ilişkileri* uyum düzeylerinin de psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=12,41$; $p=0,002$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; hastalığını geçici bir durum olarak gören hastaların (Sıra Ortalaması $_{Geçici}=75,57$) *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyleri, hastalığını kalıcı ve ara ara gelen bir durum olarak gören hastalardan (Sıra Ortalaması $_{Kalıcı}=107,72$; Sıra Ortalaması

Ara ara=109,38) daha iyidir. Hastalığın nasıl algılandığının, *geniş aile ilişkileri* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,067$).

Hastaların, *sosyal çevre* uyum düzeylerinin de psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=18,29$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; hastalığını geçici bir durum olarak gören hastaların (Sıra Ortalaması Geçici=72,12) *sosyal çevre* uyum düzeyleri, hastalığını kalıcı ve ara ara gelen bir durum olarak gören hastalardan (Sıra Ortalaması Kalıcı=112,00; Sıra Ortalaması Ara ara=108,43) daha iyidir. Hastalığın nasıl algılandığının, *sosyal çevre* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,098$).

Hastaların, *psikolojik distres* uyum düzeylerinin de psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=14,67$; $p=0,001$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; hastalığını geçici bir durum olarak gören hastaların (Sıra Ortalaması Geçici=73,28) *psikolojik distres* uyum düzeyleri, hastalığını kalıcı ve ara ara gelen bir durum olarak gören hastalardan (Sıra Ortalaması Kalıcı=105,11; Sıra Ortalaması Ara ara=104,96) daha iyidir. Hastalığın nasıl algılandığının, *psikolojik distres* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,079$).

Son olarak psikiyatri hastalarının genel psikosoyal uyum düzeylerinin de psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=24,74$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; hastalığını geçici bir durum olarak gören hastaların (Sıra Ortalaması Geçici=67,70) genel psikosoyal uyum düzeyleri, hastalığını kalıcı ve ara ara gelen bir durum olarak gören hastalardan (Sıra Ortalaması Kalıcı=113,06; Sıra Ortalaması Ara ara=102,25) daha iyidir. Hastalığın nasıl algılandığının, psikosoyal uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,133$).

Tablo 4-20: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin sosyal hizmet müdahalesinin gerekli görülmesine göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	SHM gerekliliği	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	Evet	131	86,37	11314,00	2668,00	-2,96	0,003**	0,22
	Hayır	56	111,86	6264,00				
Mesleki Çevre	Evet	131	86,27	11301,50	2655,50	-3,00	0,003**	0,22
	Hayır	56	112,08	6276,50				
Aile Çevresi	Evet	131	82,63	10824,50	2178,50	-4,40	0,000***	0,32
	Hayır	56	120,60	6753,50				
Cinsel Yaşam	Evet	131	87,08	11408,00	2762,00	-2,68	0,007**	0,20
	Hayır	56	110,18	6170,00				
Geniş Aile İlişkileri	Evet	131	81,17	10633,50	1987,50	-4,99	0,000***	0,36
	Hayır	56	124,01	6944,50				
Sosyal Çevre	Evet	131	86,85	11377,50	2731,50	-2,77	0,006**	0,20
	Hayır	56	110,72	6200,50				
Psikolojik Distres	Evet	131	84,13	11020,50	2374,50	-3,83	0,000***	0,28
	Hayır	56	117,10	6557,50				
Psikososyal Uyum (Genel)	Evet	131	83,18	10896,00	2250,00	-4,18	0,000***	0,31
	Hayır	56	119,32	6682,00				

p<.01, *p<.001

Hastaların, sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmelerine bağlı olarak psikosoyal uyum düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olup olmadığı non-parametrik bağımsız gruplar Mann-Whitney U testi ile incelenmiş ve sosyal hizmet müdahalesini gerekli görenin psikososyal uyumun geneli ve tüm alt boyutları bakımından da farklılaşmaya neden olduğu bulunmuştur (Tablo 4-20). Buna göre;

Sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmelerine bağlı olarak hastaların *sağlık bakımına oryantasyon* düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olduğu ve bu farkın sosyal hizmet müdahalesini gerekli gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2668,00$; $p=0,003$). Sosyal hizmet müdahalesini gerekli gören hastaların *sağlık bakımına oryantasyon* düzeyleri (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=86,37$), diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=111,86$) daha iyidir. Sosyal hizmet müdahalesini gerekli görenin hastaların *sağlık bakımına oryantasyon* düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,22$).

Sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmelerine bağlı olarak hastaların *mesleki çevre* uyum düzeyleri (puanları) arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine sosyal hizmet müdahalesini gerekli gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2655,50$; $p=0,003$). Sosyal hizmet müdahalesini gerekli gören hastaların *mesleki çevre* uyum düzeyleri (Sıra Ortalaması_{Evet}=86,27), diğer hastalardan (Sıra Ortalaması_{Hayır}=112,08) daha iyidir. Sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmenin hastaların *mesleki çevre* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,22$).

Sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmelerine bağlı olarak hastaların *aile çevresi* uyum düzeyleri (puanları) arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine sosyal hizmet müdahalesini gerekli gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2178,50$; $p<.001$). Sosyal hizmet müdahalesini gerekli gören hastaların *aile çevresi* uyum düzeyleri (Sıra Ortalaması_{Evet}=82,63), diğer hastalardan (Sıra Ortalaması_{Hayır}=120,60) daha iyidir. Sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmenin hastaların *aile çevresi* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ olduğu görülmektedir ($r=0,32$).

Sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmelerine bağlı olarak hastaların *cinsel yaşam* uyum düzeyleri (puanları) arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine sosyal hizmet müdahalesini gerekli gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2762,00$; $p=0,007$). Sosyal hizmet müdahalesini gerekli gören hastaların *cinsel yaşam* uyum düzeyleri (Sıra Ortalaması_{Evet}=87,08), diğer hastalardan (Sıra Ortalaması_{Hayır}=110,18) daha iyidir. Sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmenin hastaların *cinsel yaşam* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,20$).

Sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmelerine bağlı olarak hastaların *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyleri (puanları) arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine sosyal hizmet müdahalesini gerekli gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=1987,50$; $p<.001$). Sosyal hizmet müdahalesini gerekli gören hastaların *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyleri (Sıra Ortalaması_{Evet}=81,17), diğer hastalardan (Sıra Ortalaması_{Hayır}=124,01) daha iyidir. Sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmenin hastaların *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ olduğu görülmektedir ($r=0,36$).

Sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmelerine bağlı olarak hastaların *sosyal çevre* uyum düzeyleri (puanları) arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine sosyal hizmet müdahalesini gerekli gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2731,50$; $p=0,006$). Sosyal hizmet müdahalesini gerekli gören hastaların *sosyal çevre* uyum düzeyleri (Sıra Ortalaması $_{\text{Evet}}=86,85$), diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $_{\text{Hayır}}=110,72$) daha iyidir. Sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmenin hastaların *sosyal çevre* uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,20$).

Sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmelerine bağlı olarak hastaların *psikolojik distres* düzeyleri (puanları) arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine sosyal hizmet müdahalesini gerekli gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2374,50$; $p<.001$). Sosyal hizmet müdahalesini gerekli gören hastaların *psikolojik distres* düzeyleri (Sıra Ortalaması $_{\text{Evet}}=84,13$), diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $_{\text{Hayır}}=117,10$) daha iyidir. Sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmenin hastaların *psikolojik distres* düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,28$).

Son olarak, hastaların genel psikososyal uyum düzeyleri arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine sosyal hizmet müdahalesini gerekli gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2250,00$; $p<.001$). Sosyal hizmet müdahalesini gerekli gören hastaların psikososyal uyum düzeyleri (Sıra Ortalaması $_{\text{Evet}}=83,18$), diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $_{\text{Hayır}}=119,32$) daha iyidir. Sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmenin hastaların psikososyal uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ olduğu görülmektedir ($r=0,31$).

Tablo 4-21: Hastaların psikosozal uyum düzeylerinin aile ve sosyal çevre desteğinin önemine göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Sosyal desteğin önemi	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		<i>n</i>	Sıra Ort.	χ^2	<i>sd</i>	<i>p</i>		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	Evet (1)	142	80,68	35,94	2	0,000***	1 ile 2, 3	0,193
	Hayır (2)	13	133,54					
	Kısmen (3)	32	137,05					
Mesleki Çevre	Evet (1)	142	84,61	17,91	2	0,000***	1 ile 2, 3	0,096
	Hayır (2)	13	126,19					
	Kısmen (3)	32	122,59					
Aile Çevresi	Evet (1)	142	82,98	24,63	2	0,000***	1 ile 2, 3	0,132
	Hayır (2)	13	125,38					
	Kısmen (3)	32	130,17					
Cinsel Yaşam	Evet (1)	142	85,75	14,21	2	0,001**	1 ile 2, 3	0,076
	Hayır (2)	13	112,08					
	Kısmen (3)	32	123,28					
Geniş Aile İlişkileri	Evet (1)	142	85,28	16,68	2	0,000***	1 ile 2, 3	0,090
	Hayır (2)	13	119,73					
	Kısmen (3)	32	127,11					
Sosyal Çevre	Evet (1)	142	86,09	14,90	2	0,001**	1 ile 3	0,080
	Hayır (2)	13	100,04					
	Kısmen (3)	32	126,64					
Psikolojik Distres	Evet (1)	142	90,12	6,32	2	0,043*	2 ile 3	0,034
	Hayır (2)	13	83,42					
	Kısmen (3)	32	115,52					
Psikososyal Uyum (Genel)	Evet (1)	142	82,77	26,49	2	0,000***	1 ile 2, 3	0,142
	Hayır (2)	13	125,15					
	Kısmen (3)	32	134,83					

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Çalışmaya katılan psikiyatri hastalarının, psikosozal uyum düzeylerinin (puanlarının), aile ve sosyal çevreden alınan desteğin önemine ilişkin görüşlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis *H* testine göre, aile ve sosyal çevreden alınan destek, psikosozal uyumun geneli ve tüm alt boyutları bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-21). Buna göre;

Hastaların, *sağlık bakımına oryantasyonu* uyum düzeylerinin aile ve sosyal çevreden alınan desteğe bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=35,94$; $p < .001$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; aile ve sosyal çevreden alınan desteği önemli bulan hastaların

(Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=80,68$) *sağlık bakımına oryantasyonu* uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=133,54$; Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=137,05$) daha iyidir. Hastaların aile ve sosyal çevreden alınan desteğin önemine ilişkin görüşlerinin, *sağlık bakımına oryantasyon* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,193$).

Hastaların, *mesleki çevre* uyum düzeylerinin de aile ve sosyal çevreden alınan desteğe bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=17,91$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; aile ve sosyal çevreden alınan desteği önemli bulan hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=84,61$) *mesleki çevre* uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=126,19$; Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=122,59$) daha iyidir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, *mesleki çevre* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,096$).

Hastaların, *aile çevresi* uyum düzeylerinin de aile ve sosyal çevreden alınan desteğe bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=24,63$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; aile ve sosyal çevreden alınan desteği önemli bulan hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=82,98$) *aile çevresi* uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=125,38$; Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=130,17$) daha iyidir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, *aile çevresi* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,132$).

Hastaların, *cinsel yaşam* uyum düzeylerinin de aile ve sosyal çevreden alınan desteğe bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=14,21$; $p=0,001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; aile ve sosyal çevreden alınan desteği önemli bulan hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=85,75$) *cinsel yaşam* uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=112,08$; Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=123,28$) daha iyidir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, *cinsel yaşam* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,076$).

Hastaların, *geniş aile ilişkileri* uyum düzeylerinin de aile ve sosyal çevreden alınan desteğe bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=16,68$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; aile ve sosyal çevreden alınan desteği önemli bulan hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=85,28$) *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=119,73$; Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=127,11$) daha

iyidir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, *geniş aile ilişkileri* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,090$).

Hastaların, *sosyal çevre* uyum düzeylerinin de aile ve sosyal çevreden alınan desteğe bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=14,90$; $p=0,001$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; aile ve sosyal çevreden alınan desteği önemli bulan hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=86,09$) *sosyal çevre* uyum düzeyleri, aile ve sosyal çevreden alınan desteği kısmen önemli bulan hastalardan (Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=126,64$) daha iyidir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, *sosyal çevre* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,080$).

Hastaların, *psikolojik distres* düzeylerinin de aile ve sosyal çevreden alınan desteğe bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=6,32$; $p=0,043$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; aile ve sosyal çevreden alınan desteği önemli bulmayan hastaların (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=83,42$) *psikolojik distres* düzeyleri, aile ve sosyal çevreden alınan desteği kısmen önemli bulan hastalardan (Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=115,52$) daha iyidir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, *psikolojik distres* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,034$).

Son olarak psikiyatri hastalarının genel psikosoyal uyum düzeylerinin de aile ve sosyal çevreden alınan desteğe bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=26,49$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; aile ve sosyal çevreden alınan desteği önemli bulan hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=82,77$) psikosoyal uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=125,15$; Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=134,83$) daha iyidir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, psikosoyal uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,142$).

Tablo 4-22: Hastaların psikosoyal uyum düzeylerinin aile görüşmelerinin önemine göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Aile görüş. önemi	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	Evet (1)	117	81,21	17,56	2	0,000***	1 ile 2,3	0,094
	Hayır (2)	14	116,86					
	Kısmen (3)	56	115,02					
Mesleki Çevre	Evet (1)	117	81,00	19,03	2	0,000***	1 ile 2,3	0,102
	Hayır (2)	14	127,82					
	Kısmen (3)	56	112,71					
Aile Çevresi	Evet (1)	117	77,28	29,92	2	0,000***	1 ile 2,3	0,161
	Hayır (2)	14	122,75					
	Kısmen (3)	56	121,74					
Cinsel Yaşam	Evet (1)	117	82,48	14,59	2	0,001**	1 ile 2,3	0,078
	Hayır (2)	14	120,75					
	Kısmen (3)	56	111,38					
Geniş Aile İlişkileri	Evet (1)	117	80,00	21,31	2	0,000***	1 ile 2,3	0,115
	Hayır (2)	14	112,32					
	Kısmen (3)	56	118,67					
Sosyal Çevre	Evet (1)	117	83,35	12,22	2	0,002**	1 ile 2,3	0,066
	Hayır (2)	14	108,36					
	Kısmen (3)	56	112,65					
Psikolojik Distres	Evet (1)	117	84,70	9,95	2	0,007**	1 ile 3	0,053
	Hayır (2)	14	98,93					
	Kısmen (3)	56	112,20					
Psikososyal Uyum (Genel)	Evet (1)	117	78,74	24,87	2	0,000***	1 ile 2,3	0,134
	Hayır (2)	14	120,25					
	Kısmen (3)	56	119,33					

*** $p < .01$, **** $p < .001$

Çalışmaya katılan psikiyatri hastalarının, psikosoyal uyum düzeylerinin (puanlarının), aile görüşmelerine verdikleri öneme bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis H testine göre, aile görüşmelerinin önemi, ölçeğin geneli ve tüm alt boyutlar bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-22). Buna göre;

Hastaların, *sağlık bakımına oryantasyonu* uyum düzeylerinin aile görüşmelerine verdikleri öneme bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=17,56$;

$p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; aile görüşmelerine önem veren hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=81,21$) *sağlık bakımına oryantasyonu* uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=116,86$; Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=115,02$) daha iyidir. Aile görüşmelerine verilen önemin, hastaların *psikolojik sağlık bakımına oryantasyon* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,094$).

Hastaların, *mesleki çevre* uyum düzeylerinin de aile görüşmelerine verdikleri öneme bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=19,03$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; aile görüşmelerine önem veren hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=81,00$) *mesleki çevre* uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=127,82$; Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=112,71$) daha iyidir. Aile görüşmelerine verilen önemin, hastaların *mesleki çevre* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,102$).

Hastaların, *aile çevresi* uyum düzeylerinin de aile görüşmelerine verdikleri öneme bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=29,92$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; aile görüşmelerine önem veren hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=77,28$) *aile çevresi* uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=122,75$; Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=121,74$) daha iyidir. Aile görüşmelerine verilen önemin, hastaların *aile çevresi* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,161$).

Hastaların, *cinsel yaşam* uyum düzeylerinin de aile görüşmelerine verdikleri öneme bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=14,59$; $p=0,001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; aile görüşmelerine önem veren hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=82,48$) *cinsel yaşam* uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=120,75$; Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=111,38$) daha iyidir. Aile görüşmelerine verilen önemin, hastaların *cinsel yaşam* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,078$).

Hastaların, *geniş aile ilişkileri* uyum düzeylerinin de aile görüşmelerine verdikleri öneme bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=21,31$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; aile görüşmelerine önem veren hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=80,00$) *geniş aile ilişkileri* uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=112,32$; Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=118,67$) daha iyidir.

Aile görüşmelerine verilen önemin, hastaların *geniş aile ilişkileri* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,115$).

Hastaların, *sosyal çevre* uyum düzeylerinin de aile görüşmelerine verdikleri öneme bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=12,22$; $p=0,002$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; aile görüşmelerine önem veren hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=83,35$) *sosyal çevre* uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=108,36$; Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=112,65$) daha iyidir. Aile görüşmelerine verilen önemin, hastaların *sosyal çevre* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,066$).

Hastaların, *psikolojik distres* uyum düzeylerinin de aile görüşmelerine verdikleri öneme bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=9,95$; $p=0,007$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; aile görüşmelerine önem veren hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=84,70$) *psikolojik distres* uyum düzeyleri, aile görüşmelerine kısmen önem veren hastalardan (Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=112,20$) daha iyidir. Aile görüşmelerine verilen önemin, hastaların *psikolojik distres* (boyutu) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,053$).

Son olarak psikiyatri hastalarının genel psikosoyal uyum düzeylerinin de aile görüşmelerine verdikleri öneme bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=24,87$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; aile görüşmelerine önem veren hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=78,74$) genel psikosoyal uyum düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=120,25$; Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=119,33$) daha iyidir. Aile görüşmelerine verilen önemin, hastaların psikosoyal uyum düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,134$).

4.2. Hastaların Benlik Saygısı Düzeylerine Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılan psikiyatri hastalarının kendi algılarına göre benlik saygısı düzeylerini belirlemek üzere Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) Kısa Formu kullanılmıştır. Dört dereceli likert tipi ölçek toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Elde edilen toplam puana göre düşük puan, yüksek benlik saygısına, yüksek puan ise düşük benlik saygısına işaret etmektedir. Buna göre; 0-1 puan yüksek, 2-4 puan orta ve 5-6 puan düşük benlik saygısı düzeyi olarak saptanmıştır.

Tablo 4-23: Hastaların benlik saygısı düzeylerine ilişkin betimsel istatistikler (N=187)

Puan	Min.Maks.	$\bar{X}$	ss	f	%
Benlik Saygısı (Genel)	0-6	2,94	1,87		
<i>Düşük BS</i>				46	24,6
<i>Orta BS</i>				85	45,5
<i>Yüksek BS</i>				56	29,9

Çalışmaya katılan hastaların benlik düzeylerine ilişkin ortalama puanlar ve standart sapma değerleri Tablo 4-23'te sunulmuştur. Hastaların ortalama benlik saygısı puanı $2,94 \pm 1,87$ olarak hesaplanmıştır. Bu da, çalışmaya katılan hastaların genel benlik saygılarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Hastaların %24,6'sı (n=46) düşük, %45,5'i orta (n=85) ve kalan %29,9'u (n=56) ise yüksek benlik saygısına sahiptir.

Hastaların demografik ve hastalıklarına ilişkin özelliklerine bağlı olarak benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı farklılaşmalar olup olmadığı aşağıda incelenmiştir.

Tablo 4-24: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin tedavi alışı şekline göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	Tedavi alışı şekli	Betimsel Ist.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Benlik Saygısı Ölçeği	Ayakta	105	68,45	7187,00	1622,00	-7,42	0,000***	0,54
	Yatarak	82	126,72	10391,00				

*** $p < .001$

Ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın ayakta tedavi gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=1622,00$; $p < .001$). Ayakta tedavi gören hastaların benlik saygısı düzeyleri, yatarak tedavi gören hastalardan daha yüksektir (Sıra ortalaması $_{\text{Ayakta}}=68,45$; Sıra ortalaması $_{\text{Yatarak}}=126,72$). Tedavi görme şeklinin, hastaların benlik saygısı düzeyleri (puanları) üzerindeki etkisinin anlamlı ve 'büyük' olduğu görülmektedir ($r=0,54$).

Tablo 4-25: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	Cinsiyet	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Benlik Saygısı Ölçeği	Kadın	105	86,63	9096,00	3531,00	-2,14	0,032*	0,16
	Erkek	82	103,44	8482,00				

*** $p < .001$

Kadın ve erkek hastaların benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın kadın hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=3531,00$; $p=0,032$). Kadın hastaların benlik saygısı düzeyleri, erkek hastalardan daha yüksektir (Sıra ortalaması $Kadın=86,63$; Sıra ortalaması $Erkek=103,44$). Cinsiyetin, hastaların benlik saygısı düzeyleri (puanları) üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,16$).

Tablo 4-26: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin yaşa göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Yaş	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Benlik Saygısı Ölçeği	≥ 20 yaş (1)	34	89,50	2,36	4	0,671	-	-
	21-30 yaş (2)	52	86,51					
	31-40 yaş (3)	40	97,80					
	41-50 yaş (4)	37	100,30					
	51 ≥ yaş (5)	24	100,56					

Hastaların, yaşına bağlı olarak, benlik saygısı düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > .05$) (Tablo 4-26).

Tablo 4-27: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin eğitim durumuna göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Eğitim durumu	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Benlik Saygısı Ölçeği	İlköğretim (1)	41	130,24	42,17	2	0,000***	1, 2 ile 3	0,227
	Lise (2)	55	107,78					
	Yüksek Ö. (3)	91	69,34					

*** $p < .001$

Psikiyatri hastalarının, benlik saygısı düzeylerinin eğitim durumuna bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=42,17$; $p < .001$] (Tablo 4-27).

Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; yükseköğretim mezunu hastaların (Sıra Ortalaması Yükseköğretim=69,34) benlik saygısı düzeyleri, ilköğretim ve lise mezunu hastalardan (Sıra Ortalaması İlköğretim=130,24; Sıra Ortalaması Lise=107,78) daha yüksektir. Eğitimin, hastaların benlik saygısı düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,227$).

Tablo 4-28: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin medeni duruma göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Medeni durum	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Benlik Saygısı Ölçeği	Evli (1)	74	88,47	11,41	2	0,003**	1, 2 ile 3	0,061
	Bekar (2)	95	90,69					
	Boşanmış (3)	18	134,19					

** $p<.01$

Psikiyatri hastalarının, benlik saygısı düzeylerinin medeni durumlarına bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=11,41$; $p=0,003$] (Tablo 4-28). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; evli ve bekar hastaların (Sıra Ortalaması Evli=88,47; Sıra Ortalaması Bekar=90,69) benlik saygısı düzeyleri, boşanmış hastalardan (Sıra Ortalaması Boşanmış=134,19) daha yüksektir. Medeni durumun, hastaların benlik saygısı düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,061$).

Tablo 4-29: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin çocuk olmasına göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	Çocuk	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Benlik Saygısı Ölçeği	Var	79	96,92	7656,50	4035,50	-0,64	0,522	-
	Yok	108	91,87	9921,50				

Hastaların, çocuklarının olmasına bağlı olarak, benlik saygısı düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>.05$) (Tablo 4-29).

Tablo 4-30: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	Çalışma durumu	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Benlik Saygısı Ölçeği	Çalışıyor	63	72,38	4560,00	2544,00	-3,96	0,000***	0,29
	Çalışmıyor	124	104,98	13018,00				

*** $p < .001$

Çalışan ve çalışmayan hastaların benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın çalışan hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2544,00$; $p < .001$) (Tablo 4-30). Çalışan hastaların benlik saygısı düzeyleri, çalışmayan hastalardan daha yüksektir (Sıra ortalaması $\text{Çalışıyor}=72,38$; Sıra ortalaması $\text{Çalışmıyor}=104,98$). Çalışma durumunun, hastaların benlik saygısı düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,29$).

Tablo 4-31: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin ailede psikiyatrik başka hasta olmasına göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	Ailede psikiyatrik hasta	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Benlik Saygısı Ölçeği	Var	97	105,63	10246,00	3237,00	-3,10	0,002**	0,23
	Yok	90	81,47	7332,00				

** $p < .01$

Ailesinde başka psikiyatrik hasta olan ve olmayan hastaların benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayanlar lehine olduğu bulunmuştur ($U=3237,00$; $p=0,002$) (Tablo 4-31). Ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaların benlik saygısı düzeyleri, olan hastalardan daha yüksektir (Sıra ortalaması $\text{Var}=105,63$; Sıra ortalaması $\text{Yok}=81,47$). Ailede başka bir psikiyatrik hasta olmasının, hastaların benlik saygısı düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,23$).

Tablo 4-32: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin aldıkları psikiyatrik tanıya göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Psikiyatrik tanı	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		<i>n</i>	Sıra Ort.	χ^2	<i>sd</i>	<i>p</i>		
Benlik Saygısı Ölçeği	Depresyon (1)	33	89,64	60,15	4	0,000***	2, 3 ile 4, 5	0,323
	Kaygı B. (2)	31	55,76				1 ile 5	
	OKB (3)	28	53,82					
	Bipolar B. (4)	65	111,00					
	Şizofreni (5)	30	138,98					

*** $p < .001$

Hastaların, benlik saygısı düzeylerinin psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(4)}=60,15$; $p < .001$] (Tablo 4-32). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) kaygı ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların (Sıra Ortalaması $Kaygı\ B.=55,76$; Sıra Ortalaması $OKB=53,82$) benlik saygısı düzeyleri, bipolar bozukluğu ve şizofreni tanısı almış hastalardan (Sıra Ortalaması $Bipolar\ B.=111,00$; Sıra Ortalaması $Şizofreni=138,98$); b) depresyon tanısı almış hastaların (Sıra Ortalaması $Depresyon=89,64$) ise şizofreni tanısı almış hastalardan daha yüksektir. Psikiyatrik tanının, hastaların benlik saygısı düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,323$).

Tablo 4-33: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin kronik başka bir hastalık olması durumuna göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	Başka kronik hastalık	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (<i>r</i>)
		<i>n</i>	Sıra Ort.	Sıralar Top.	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	
Benlik Saygısı Ölçeği	Evet	37	92,97	3440,00	2737,00	-0,13	0,896	-
	Hayır	150	94,25	14138,00				

Hastaların, kronik başka bir hastalığı olmasına bağlı olarak, benlik saygısı düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > .05$) (Tablo 4-33).

Tablo 4-34: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin hastalığın ne kadar süredir olduğuna göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H

Boyut/ Ölçek	Süresi	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		<i>n</i>	Sıra Ort.	χ^2	<i>sd</i>	<i>p</i>		
Benlik Saygısı Ölçeği	0-6 ay (1)	18	84,81	4,25	5	0,514	-	-
	6-12 ay (2)	18	77,92					
	1-5 yıl (3)	55	89,97					
	5-10 yıl (4)	48	100,97					
	10-20 yıl (5)	32	102,61					
	20 yıl $\geq$ (6)	16	98,16					

Hastaların, hastalığın ne kadar süredir mevcut olduğuna bağlı olarak, benlik saygısı düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>.05$) (Tablo 4-34).

Tablo 4-35: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin hastalığın ne kadar süredir tedavi edildiğine göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Tedavi süresi	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		<i>n</i>	Sıra Ort.	χ^2	<i>sd</i>	<i>p</i>		
Benlik Saygısı Ölçeği	0-6 ay (1)	34	70,46	12,97	5	0,024*	1 ile 4, 5, 6	0,070
	6-12 ay (2)	25	87,42					
	1-5 yıl (3)	46	91,60					
	5-10 yıl (4)	42	112,37					
	10-20 yıl (5)	30	102,57					
	20 yıl $\geq$ (6)	10	98,70					

* $p<.05$

Hastaların, benlik saygısı düzeylerinin hastalık için ne kadar süredir tedavi görüldüğüne bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(4)}=12,97$; $p=0,024$] (Tablo 4-35). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; 0-6 aydır tedavi gören hastaların (Sıra Ortalaması 0-6 ay=70,46) benlik saygısı düzeyleri, 5-10 yıl, 10-20 yıl ve 20 yıl üstü tedavi gören hastalardan (Sıra Ortalaması 5-10 yıl =112,37; Sıra Ortalaması 10-20 yıl =102,57; Sıra Ortalaması 20 yıl ve üstü=98,70) daha yüksektir. Tedavi görme süresinin, hastaların benlik saygısı düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,070$).

Tablo 4-36: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin daha önce iki geceyi aşan yatılı tedavi görmelerine göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	2 geceyi aşan tedavi	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Benlik Saygısı Ölçeği	Evet	75	117,15	8786,00	2464,00	-4,86	0,000***	0,36
	Hayır	112	78,50	8792,00				

*** $p < .001$

İki geceyi aşan yatılı tedavi gören ve görmeyen hastaların benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın iki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2464,00$; $p<.001$) (Tablo 4-36). İki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastaların benlik saygısı düzeyleri (Sıra ortalaması Hayır=78,50), iki geceyi aşan yatılı tedavi gören hastalardan (Sıra ortalaması Evet=117,15) daha yüksektir. Psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi görmenin, hastaların benlik saygısı düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,36$).

Tablo 4-37: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin daha önce iki geceyi aşan yatılı tedavi görme sayılarına göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Kaç defa	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Benlik Saygısı Ölçeği	1 defa (1)	36	33,11	3,08	2	0,214	-	-
	2 defa (2)	23	42,93					
	3 defa $\geq$ (3)	16	36,97					

Hastaların, daha önce psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi görme sayılarına bağlı olarak benlik saygısı düzeylerinin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis H testine göre, iki geceyi aşan yatılı tedavi görme sayısı, benlik saygısı düzeyinde anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır ($p>.05$) (Tablo 4-37).

Tablo 4-38: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin kliniğe geliş şekline göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Bugün kliniğe gelme şekli	Betimsel Ist.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		<i>n</i>	Sıra Ort.	χ^2	<i>sd</i>	<i>p</i>		
Benlik Saygısı Ölçeği	Kendi ist. (1)	87	64,85	55,12	2	0,000****	1 ile 2, 3	0,296
	A/Ç ist. (2)	66	109,69					
	A/Ç zor. (3)	34	138,13					

**** $p < .001$

Hastaların, benlik saygısı düzeylerinin kliniğe (bugün) nasıl geldiklerine bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=55,12$; $p < .001$] (Tablo 4-38). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; kliniğe kendi isteği gelen hastaların (Sıra ortalaması Kendi isteğiyle=64,85) benlik saygısı düzeyleri, kliniğe ailesinin/çevresinin isteği ve ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalardan (Sıra ortalaması Ailenin/Çevrenin isteğiyle=109,69; Sıra ortalaması Ailenin/Çevrenin zorlamasıyla=138,13); daha yüksektir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, benlik saygısı düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,296$).

Tablo 4-39: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek aldığına göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Olumlu destek	Betimsel Ist.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		<i>n</i>	Sıra Ort.	χ^2	<i>sd</i>	<i>p</i>		
Benlik Saygısı Ölçeği	Hiç kimse (1)	13	136,92	22,77	6	0,001**	3, 6 ile diğer	0,122
	Aile (2)	68	101,22				1 ile 4,7	
	Aile, Aile D. (3)	17	62,09					
	Aile, TE (4)	62	93,65					
	Tedavi Ekibi (5)	7	98,71					
	Aile, Aile D., TE (6)	14	56,57					
	Aile Dışı (7)	6	95,00					

** $p < .01$

Hastaların, benlik saygısı düzeylerinin destek alınan kişiye bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(6)}=22,77$; $p=0,001$] (Tablo 4-39). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) aile + aile dışından ve aile + aile dışı + tedavi ekibinden destek alan hastaların (Sıra Ortalaması Aile, Aile D.=62,09; Sıra Ortalaması Aile, Aile D., TE=56,57) benlik saygısı düzeyleri, diğer tüm hastalardan (Sıra Ortalaması Hiç kimse=136,92; Sıra Ortalaması Aile=101,22; Sıra Ortalaması Aile, TE=93,65; Sıra Ortalaması Tedavi Ekibi=98,71; Sıra Ortalaması Aile

$D_{ışı}=95,00$); b) aile + tedavi ekibinden ve aile dışından destek alan hastaların ise hiç kimseden destek almayan hastalardan daha yüksektir. Tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek alındığının, hastaların benlik saygısı düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,122$).

Tablo 4-40: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin hastalığın nasıl algılandığına göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Nasıl bir hastalık	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		<i>n</i>	Sıra Ort.	χ^2	<i>sd</i>	<i>p</i>		
Benlik Saygısı Ölçeği	Geçici (1)	65	77,62	9,43	2	0,009**	1 ile 2, 3	0,051
	Kalıcı (2)	65	102,52					
	Ara ara (3)	57	102,96					

** $p<.01$

Hastaların, benlik saygısı düzeylerinin hastalığın nasıl algılandığına bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=9,43$; $p=0,009$] (Tablo 4-40). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; hastalığını geçici bir durum olarak gören hastaların (Sıra Ortalaması $_{Geçici}=77,62$) benlik saygısı düzeyleri, hastalığını kalıcı ve ara ara gelen bir durum olarak gören hastalardan (Sıra Ortalaması $_{Kalıcı}=102,52$; Sıra Ortalaması $_{Ara\ ara}=102,96$) daha yüksektir. Hastalığın nasıl algılandığının, benlik saygısı düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,051$).

Tablo 4-41: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin sosyal hizmet müdahalesinin gerekli görülmesine göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	SHM gerekliliği	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (<i>r</i>)
		<i>n</i>	Sıra Ort.	Sıralar Top.	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	
Benlik Saygısı	Evet	131	85,34	11179,00	2533,00	-3,40	0,001**	0,25
	Hayır	56	114,27	6399,00				

** $p<.01$

Sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmelerine bağlı olarak hastaların benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı fark olduğu ve bu farkın sosyal hizmet müdahalesini gerekli gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2533,00$; $p=0,001$) (Tablo 4-41). Sosyal hizmet müdahalesini gerekli gören hastaların benlik saygısı düzeyleri (Sıra Ortalaması $_{Evet}=85,34$), diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $_{Hayır}=114,27$) daha yüksektir.

Sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmenin, hastaların benlik saygısı düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,25$).

Tablo 4-42: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin aile ve sosyal çevre desteğinin önemine göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Sosyal desteğin önemi	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		<i>n</i>	Sıra Ort.	χ^2	<i>sd</i>	<i>p</i>		
Benlik Saygısı Ölçeği	Evet (1)	142	85,23	16,11	2	0,000***	1 ile 2, 3	0,087
	Hayır (2)	13	126,08					
	Kısmen (3)	32	119,88					

*** $p<.001$

Hastaların, benlik saygısı düzeylerinin aile ve sosyal çevreden alınan desteğin önemine ilişkin görüşlerine bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=16,11$; $p<.001$] (Tablo 4-42). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; aile ve sosyal çevreden alınan desteği önemli bulan hastaların (Sıra Ortalaması_{Evet}=85,23) benlik saygısı düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması_{Hayır}=126,08; Sıra Ortalaması_{Kısmen}=119,88) daha yüksektir. Hastaların aile ve sosyal çevreden alınan desteğin önemine ilişkin görüşlerinin, benlik saygısı düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,087$).

Tablo 4-43: Hastaların benlik saygısı düzeylerinin aile görüşmelerinin önemine göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Aile görüş. önemi	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		<i>n</i>	Sıra Ort.	χ^2	<i>sd</i>	<i>p</i>		
Benlik Saygısı Ölçeği	Evet (1)	117	83,26	12,74	2	0,002**	1 ile 2, 3	0,068
	Hayır (2)	14	114,57					
	Kısmen (3)	56	111,29					

** $p<.01$

Hastaların, benlik saygısı düzeylerinin aile görüşmelerine verdikleri öneme bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=12,74$; $p=0,002$] (Tablo 4-43). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; aile görüşmelerine önem veren hastaların (Sıra Ortalaması_{Evet}=83,26) benlik saygısı düzeyleri, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması_{Hayır}=114,57; Sıra Ortalaması_{Kısmen}=111,29) daha yüksektir. Hastaların aile görüşmelerine verdikleri önemin, benlik saygısı düzeyleri üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,068$).

4.3. Hastaların Yaşam Kalite Düzeylerine Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılan psikiyatri hastalarının kendi algılarına göre yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek üzere, DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır. Ölçek ile hastaların kendi algılarına göre ile dört farklı alanda (Bedensel, Ruhsal, Sosyal İlişkiler ve Çevre-TR) yaşam kalitesi düzeyleri ölçmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek puanlar 0 ile 20 arasında değişmekte olup alınan puan yükseldikçe o boyuta/alana ait yaşam kalitesi düzeyi de yükselmektedir (Eser ve ark., 1999).

Tablo 4-44: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin puanları (N=187)

Boyut/Ölçek	Alınabilecek Puan	Hasta Puanları		
		Min.Maks.	$\bar{X}$	ss
Bedensel Boyut	0-20	7-18	11,45	1,94
Ruhsal Boyut	0-20	6,18	12,59	2,05
Sosyal İlişkiler Boyutu	0-20	4-20	11,55	3,54
Çevre-TR	0-20	9-18	13,72	1,69

Hastaların yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin ortalama puanlar ve standart sapma değerleri Tablo 4-44'te sunulmuştur. Buna göre, genel olarak bakıldığında, çalışmaya katılan hastaların yaşam kalitesi boyutlarına/alanlarına ait düzeyleri bir birine yakın görünmektedir. Yaşam kalitesi boyutlarından en yüksek ortalama puan çevre boyutu ($13,72 \pm 1,69$) için bulunmuştur. Çevresel boyutu sırasıyla; ruhsal alan ($12,59 \pm 2,05$), sosyal ilişkiler boyutu ($11,55 \pm 3,54$) ve bedensel boyut ($11,45 \pm 1,94$) takip etmektedir. Hastaların boyutlara ilişkin puanları birlikte değerlendirildiğinde, göre yaşam kalitesi düzeylerinin çok iyi değilse de kötü de olmadığı söylenebilir.

Hastaların demografik ve hastalıklarına ilişkin özelliklerine bağlı olarak yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı farklılaşmalar olup olmadığı aşağıda incelenmiştir.

Tablo 4-45: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin tedavi alış şekline göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	Tedavi alış şekli	Betimsel Ist.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Bedensel Boyut	Ayakta	105	116,85	12269,50	1905,50	-6,57	0,000***	0,48
	Yatarak	82	64,74	5308,50				
Ruhsal Boyut	Ayakta	105	123,67	12985,50	1189,50	-8,53	0,000***	0,62
	Yatarak	82	56,01	4592,50				
Sosyal İlişkiler B.	Ayakta	105	116,61	12244,00	1931,00	-6,51	0,000***	0,48
	Yatarak	82	65,05	5334,00				
Çevre-TR	Ayakta	105	118,30	12422,00	1753,00	-6,98	0,000***	0,51
	Yatarak	82	62,88	5156,00				

***p<.001

Çalışmaya katılan hastaların, tedavi alış şekline bağlı olarak yaşam kalitesi düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olup olmadığı non-parametrik bağımsız gruplar Mann-Whitney U testi ile incelenmiş ve tedavi alış şeklinin yaşam kalitesinin tüm alt boyutları bakımından farklılaşmaya neden olduğu bulunmuştur (Tablo 4-45). Buna göre;

Ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların yaşam kalitesinin *bedensel boyutu* puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın ayakta tedavi gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=1905,50$; $p<.001$). Gruplara ait sıra ortalamalarına bakıldığında, ayakta tedavi gören hastaların *bedensel boyut* puanlarının, yatarak tedavi gören hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $Ayakta=116,85$; Sıra ortalaması $Yatarak=64,74$). Tedavi görme şeklinin, hastaların *bedensel boyut* (yaşam kalitesi) puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($r=0,48$).

Ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların yaşam kalitesinin *ruhsal boyutu* puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine ayakta tedavi gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=1189,50$; $p<.001$). Gruplara ait sıra ortalamalarına bakıldığında, ayakta tedavi gören hastaların *ruhsal boyut* puanlarının, yatarak tedavi gören hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $Ayakta=123,67$; Sıra ortalaması $Yatarak=56,01$). Tedavi görme şeklinin, hastaların *ruhsal boyut* (yaşam kalitesi) puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘çok büyük’ olduğu görülmektedir ($r=0,62$).

Ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların yaşam kalitesinin *sosyal ilişkiler boyutu* puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine ayakta tedavi gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=1931,00$; $p<.001$). Gruplara ait sıra ortalamalarına bakıldığında, ayakta tedavi gören hastaların *sosyal ilişkiler boyut* puanlarının, yatarak tedavi gören hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $_{\text{Ayakta}}=116,61$; Sıra ortalaması $_{\text{Yatarak}}=65,05$). Tedavi görme şeklinin, hastaların *sosyal ilişkiler boyut* (yaşam kalitesi) puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($r=0,48$).

Ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların yaşam kalitesinin *çevre-TR boyutu* puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine ayakta tedavi gören hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=1753,00$; $p<.001$). Gruplara ait sıra ortalamalarına bakıldığında, ayakta tedavi gören hastaların *çevre-TR boyut* puanlarının, yatarak tedavi gören hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması $_{\text{Ayakta}}=118,30$; Sıra ortalaması $_{\text{Yatarak}}=62,88$). Tedavi görme şeklinin, hastaların *çevre-TR boyut* (yaşam kalitesi) puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($r=0,51$).

Tablo 4-46: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	Cinsiyet	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Bedensel Boyut	Kadın	105	101,09	10614,50	3560,50	-2,04	0,042*	0,15
	Erkek	82	84,92	6963,50				
Ruhsal Boyut	Kadın	105	99,63	10461,00	3714,00	-1,62	0,106	-
	Erkek	82	86,79	7117,00				
Sosyal İlişkiler Boyutu	Kadın	105	107,38	11274,50	2900,50	-3,85	0,000***	0,28
	Erkek	82	76,87	6303,50				
Çevre-TR	Kadın	105	98,87	10381,00	3794,00	-1,40	0,162	-
	Erkek	82	87,77	7197,00				

* $p<.05$, *** $p<.001$

Hastaların, cinsiyetlerine bağlı olarak yaşam kalitesi düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile incelenmiş ve cinsiyetin, yaşam kalitesinin *bedensel boyut* ile *sosyal ilişkiler boyutu* bakımından farklılaşmaya neden olduğu bulunmuştur (Tablo 4-46). Buna göre;

Kadın ve erkek hastaların yaşam kalitesinin *bedensel boyutu* puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın kadın hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=3560,50$; $p=0,042$). Gruplara ait sıra ortalamalarına bakıldığında, kadın hastaların *bedensel boyut* puanlarının, erkek hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması Kadın=101,09; Sıra ortalaması Yatarak=84,92). Cinsiyetin, hastaların *bedensel boyut* (yaşam kalitesi) puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,15$).

Kadın ve erkek hastaların *sosyal ilişkiler boyutu* puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine kadın hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2900,50$; $p<.001$). Kadın hastaların *sosyal ilişkiler boyutu* puanları (Sıra ortalaması Kadın=107,38), erkeklerden (Sıra ortalaması Erkek=76,87) daha yüksektir. Cinsiyetin, hastaların *sosyal ilişkiler boyutu* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,28$).

Tablo 4-47: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin yaşa göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Yaş	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		<i>n</i>	Sıra Ort.	χ^2	<i>sd</i>	<i>p</i>		
Bedensel Boyut	≥ 20 yaş (1)	34	107,03	9,88	4	0,042*	1, 2 ile 3, 5	0,053
	21-30 yaş (2)	52	106,13					
	31-40 yaş (3)	40	79,24					
	41-50 yaş (4)	37	91,41					
	51 ≥ yaş (5)	24	77,85					
Ruhsal Boyut	≥ 20 yaş (1)	34	106,50	3,43	4	0,489	-	-
	21-30 yaş (2)	52	95,35					
	31-40 yaş (3)	40	90,20					
	41-50 yaş (4)	37	83,74					
	51 ≥ yaş (5)	24	95,52					
Sosyal İlişkiler Boyutu	≥ 20 yaş (1)	34	113,26	6,68	4	0,154	-	-
	21-30 yaş (2)	52	95,18					
	31-40 yaş (3)	40	91,34					
	41-50 yaş (4)	37	85,58					
	51 ≥ yaş (5)	24	81,56					
Çevre-TR	≥ 20 yaş (1)	34	96,15	6,39	4	0,172	-	-
	21-30 yaş (2)	52	105,84					
	31-40 yaş (3)	40	94,48					
	41-50 yaş (4)	37	76,85					
	51 ≥ yaş (5)	24	90,96					

* $p<.05$

Çalışmaya katılan psikiyatri hastalarının, yaşam kalitesi düzeylerinin (puanlarının), yaşlarına bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis H testine göre, yaş hastaların sadece *bedensel boyut* boyutu bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır [$X^2_{(4)}=9,88$; $p=0,042$] (Tablo 4-47). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; yaşı 30'dan küçük olan hastaların (Sıra Ortalaması 20 yaş ve altı=107,03; Sıra Ortalaması 21-30 yaş=106,13) *bedensel boyut* puanları, yaşı 31-40 ile yaşı 51 ve üstü olan hastalardan (Sıra Ortalaması 31-40=79,24; Sıra Ortalaması 51 yaş ve üstü=77,85) daha yüksektir. Yaş değişkeninin, hastaların yaşam kalitesinin *bedensel boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve 'küçük' olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,053$).

Tablo 4-48: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin eğitim durumuna göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Eğitim durumu	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		<i>n</i>	Sıra Ort.	χ^2	<i>sd</i>	<i>p</i>		
Bedensel Boyut	İlköğretim (1)	41	64,79	22,68	2	0,000***	1 ile 3	0,122
	Lise (2)	55	86,79					
	Yüksek Ö. (3)	91	111,52					
Ruhsal Boyut	İlköğretim (1)	41	70,46	14,35	2	0,001**	1 ile 3	0,077
	Lise (2)	55	88,72					
	Yüksek Ö. (3)	91	107,80					
Sosyal İlişkiler Boyutu	İlköğretim (1)	41	72,09	13,42	2	0,001**	1 ile 3	0,072
	Lise (2)	55	87,76					
	Yüksek Ö. (3)	91	107,64					
Çevre-TR	İlköğretim (1)	41	72,84	11,33	2	0,003**	1 ile 3	0,061
	Lise (2)	55	89,62					
	Yüksek Ö. (3)	91	106,18					

** $p<0,01$, *** $p<0,001$

Çalışmaya katılan psikiyatri hastalarının, yaşam kalitesi düzeylerinin (puanlarının), eğitim durumlarına bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis H testine göre, eğitim durumu, yaşam kalitesinin tüm alt boyutları bakımından da anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-48). Buna göre;

Hastaların, *bedensel boyut* puanlarının eğitim durumuna bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=22,68$; $p<0,001$]. Farklılığın kaynağını bulmak

üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; yükseköğretim mezunu hastaların (Sıra Ortalaması Yükseköğretim=111,52) *bedensel boyut* puanları, ilköğretim mezunu hastalardan (Sıra Ortalaması ilköğretim=64,79) daha yüksektir. Eğitimin, hastaların yaşam kalitesinin *bedensel boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,122$).

Hastaların, *ruhsal boyut* puanlarının da eğitim durumuna bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=14,35$; $p=0,001$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; yükseköğretim mezunu hastaların (Sıra Ortalaması Yükseköğretim=107,80) *ruhsal boyut* puanları, ilköğretim mezunu hastalardan (Sıra Ortalaması ilköğretim=70,46) daha yüksektir. Eğitimin, hastaların yaşam kalitesinin *ruhsal boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,077$).

Hastaların, *sosyal ilişkiler boyutu* puanlarının da eğitim durumuna bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=13,42$; $p=0,001$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; yükseköğretim mezunu hastaların (Sıra Ortalaması Yükseköğretim=107,64) *sosyal ilişkiler boyutu* puanları, ilköğretim mezunu hastalardan (Sıra Ortalaması ilköğretim=72,09) daha yüksektir. Eğitimin, hastaların yaşam kalitesinin *sosyal ilişkiler boyutu* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,072$).

Hastaların, *çevre-TR boyutu* puanlarının da eğitim durumuna bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=11,33$; $p=0,003$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; yükseköğretim mezunu hastaların (Sıra Ortalaması Yükseköğretim=106,18) *çevre-TR boyutu* puanları, ilköğretim mezunu hastalardan (Sıra Ortalaması ilköğretim=72,84) daha yüksektir. Eğitimin, hastaların yaşam kalitesinin *çevre-TR boyutu* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,061$).

Tablo 4-49: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin medeni duruma göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Medeni durum	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Bedensel Boyut	Evli (1)	74	91,18	2,90	2	0,235	-	-
	Bekar (2)	95	99,37					
	Boşanmış (3)	18	77,22					
Ruhsal Boyut	Evli (1)	74	104,16	12,79	2	0,002**	1 ile 3	0,069
	Bekar (2)	95	93,74					
	Boşanmış (3)	18	53,58					
Sosyal İlişkiler Boyutu	Evli (1)	74	95,58	5,23	2	0,073	-	-
	Bekar (2)	95	97,95					
	Boşanmış (3)	18	66,67					
Çevre-TR	Evli (1)	74	106,26	8,23	2	0,016*	1 ile 3	0,044
	Bekar (2)	95	89,01					
	Boşanmış (3)	18	69,94					

* $p < .05$, ** $p < .01$

Psikiyatri hastalarının, yaşam kalitesi düzeylerinin (puanlarının), medeni durumlarına bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis H testine göre, medeni durum, yaşam kalitesinin iki alt boyutu (*ruhsal boyut* ve *çevre-TR boyutu*) bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-49). Buna göre;

Hastaların, *ruhsal boyut* puanlarının eğitim durumuna bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=12,79$; $p=0,002$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; evli hastaların (Sıra Ortalaması $E_{vli}=104,16$) *ruhsal boyut* puanları, boşanmış hastalardan (Sıra Ortalaması $E_{boşanmış}=53,58$) daha yüksektir. Medeni durumun, hastaların yaşam kalitesinin *ruhsal boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,069$).

Hastaların, *çevre-TR boyutu* puanlarının da eğitim durumuna bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=8,23$; $p=0,016$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; evli hastaların (Sıra Ortalaması $E_{vli}=106,26$) *çevre-TR boyutu* puanları, boşanmış hastalardan (Sıra Ortalaması $E_{boşanmış}=69,94$) daha yüksektir. Medeni durumun, hastaların yaşam kalitesinin *çevre-TR boyutu* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,044$).

Tablo 4-50: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin çocuk olmasına göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	Çocuk	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Bedensel Boyut	Var	79	90,42	7143,00	3983,00	-0,78	0,436	-
	Yok	108	96,62	10435,00				
Ruhsal Boyut	Var	79	95,51	7545,00	4147,00	-0,33	0,743	-
	Yok	108	92,90	10033,00				
Sosyal İlişkiler Boyutu	Var	79	89,43	7065,00	3905,00	-0,99	0,320	-
	Yok	108	97,34	10513,00				
Çevre-TR	Var	79	100,19	7915,00	3777,00	-1,34	0,179	-
	Yok	108	89,47	9663,00				

Hastaların, çocukları olmasına bağlı olarak yaşam kalitesi düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olup olmadığı non-parametrik bağımsız gruplar Mann-Whitney U testi ile incelenmiş ve çocuk olmasının, hastaların yaşam kalitesi düzeylerinde anlamlı bir farklılaşmaya neden olmadığı bulunmuştur ($p>.05$) (Tablo 4-50).

Tablo 4-51: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	Çalışma durumu	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Bedensel Boyut	Çalışıyor	63	109,60	6905,00	2923,00	-2,83	0,005**	0,21
	Çalışmıyor	124	86,07	10673,00				
Ruhsal Boyut	Çalışıyor	63	115,20	7257,50	2570,50	-3,84	0,000***	0,28
	Çalışmıyor	124	83,23	10320,50				
Sosyal İlişkiler Boyutu	Çalışıyor	63	106,18	6689,50	3138,50	-2,21	0,027*	0,16
	Çalışmıyor	124	87,81	10888,50				
Çevre-TR	Çalışıyor	63	110,78	6979,00	2849,00	-3,03	0,002**	0,22
	Çalışmıyor	124	85,48	10599,00				

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Hastaların, çalışma durumuna bağlı olarak yaşam kalitesi düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olup olmadığı non-parametrik bağımsız gruplar Mann-Whitney U testi ile incelenmiş ve çalışma durumunun yaşam kalitesinin tüm alt boyutları bakımından da farklılaşmaya neden olduğu bulunmuştur (Tablo 4-51). Buna göre;

Çalışan ve çalışmayan hastaların yaşam kalitesinin *bedensel boyutu* puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın çalışan hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2923,00$; $p=0,005$). Gruplara ait sıra ortalamalarına bakıldığında, çalışan hastaların *bedensel boyut* puanlarının, çalışmayan hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması Çalışıyor=109,60; Sıra ortalaması Çalışmıyor=86,07). Çalışma durumunun, hastaların *bedensel boyut* (yaşam kalitesi) puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,21$).

Çalışan ve çalışmayan hastaların yaşam kalitesinin *ruhsal boyutu* puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine çalışan hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2570,50$; $p<.001$). Gruplara ait sıra ortalamalarına bakıldığında, Ayakta tedavi gören hastaların *ruhsal boyut* puanlarının, çalışmayan hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması Çalışıyor=115,20; Sıra ortalaması Çalışmıyor=83,23). Çalışma durumunun, hastaların *ruhsal boyut* (yaşam kalitesi) puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,28$).

Çalışan ve çalışmayan hastaların yaşam kalitesinin *sosyal ilişkiler boyutu* puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine çalışan hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=3138,50$; $p=0,027$). Gruplara ait sıra ortalamalarına bakıldığında, çalışan hastaların *sosyal ilişkiler boyut* puanlarının, çalışmayan hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması Çalışıyor=106,18; Sıra ortalaması Çalışmıyor=87,81). Çalışma durumunun, hastaların *sosyal ilişkiler boyut* (yaşam kalitesi) puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,16$).

Çalışan ve çalışmayan hastaların yaşam kalitesinin *çevre-TR boyutu* puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine çalışan hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2849,00$; $p=0,002$). Gruplara ait sıra ortalamalarına bakıldığında, çalışan hastaların *çevre-TR boyut* puanlarının, çalışmayan hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra ortalaması Çalışıyor=110,78; Sıra ortalaması Çalışmıyor=85,48). Çalışma durumunun, hastaların *çevre-TR boyut* (yaşam kalitesi) puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,22$).

Tablo 4-52: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin ailede psikiyatrik başka hasta olmasına göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	Ailede psikiyatrik hasta	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Bedensel Boyut	Var	97	80,58	7816,00	3063,00	-3,54	0,000***	0,26
	Yok	90	108,47	9762,00				
Ruhsal Boyut	Var	97	77,29	7497,00	2744,00	-4,41	0,000***	0,32
	Yok	90	112,01	10081,00				
Sosyal İlişkiler Boyutu	Var	97	77,56	7523,00	2770,00	-4,34	0,000***	0,32
	Yok	90	111,72	10055,00				
Çevre-TR	Var	97	86,77	8416,50	3663,50	-2,15	0,037*	0,16
	Yok	90	101,79	9161,50				

* $p < .05$, *** $p < .001$

Hastaların, ailede başka bir psikiyatrik hasta olmasına bağlı olarak yaşam kalitesi düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olup olmadığı bağımsız gruplar Mann-Whitney U testi ile incelenmiş ve ailede başka psikiyatrik hasta olmasının yaşam kalitesinin tüm alt boyutları bakımından farklılaşmaya neden olduğu bulunmuştur (Tablo 4-52). Buna göre;

Ailesinde başka psikiyatrik hasta olan ve olmayan hastaların *bedensel boyut* puanları arasında anlamlı fark olduğu ve bu farkın ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayanlar lehine olduğu bulunmuştur ($U=3063,00$; $p < .001$). Ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaların *bedensel boyut* puanları (Sıra ortalaması $Y_{ok}=108,47$), olan hastalardan (Sıra ortalaması $Y_{ar}=80,58$) daha yüksektir. Ailede başka bir psikiyatrik hasta olmasının, hastaların *bedensel boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,26$).

Ailesinde başka psikiyatrik hasta olan ve olmayan hastaların *ruhsal boyut* puanları arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayanlar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2744,00$; $p < .001$). Ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaların *ruhsal boyut* puanları (Sıra ortalaması $Y_{ok}=112,01$), olan hastalardan (Sıra ortalaması $Y_{ar}=77,29$) daha yüksektir. Ailede başka bir psikiyatrik hasta olmasının, hastaların *ruhsal boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ olduğu görülmektedir ($r=0,32$).

Ailesinde başka psikiyatrik hasta olan ve olmayan hastaların *sosyal ilişkiler boyutu* puanları arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayanlar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2770,00$; $p<.001$). Ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaların *sosyal ilişkiler boyutu* puanları (Sıra ortalaması $_{\text{Yok}}=111,72$), olan hastalardan (Sıra ortalaması $_{\text{Var}}=77,56$) daha yüksektir. Ailede başka bir psikiyatrik hasta olmasının, hastaların *sosyal ilişkiler boyutu* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ olduğu görülmektedir ($r=0,32$).

Ailesinde başka psikiyatrik hasta olan ve olmayan hastaların *çevre-TR boyutu* puanları arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayanlar lehine olduğu bulunmuştur ($U=3663,50$; $p=0,037$). Ailesinde başka psikiyatrik hasta olmayan hastaların *çevre-TR boyutu* puanları (Sıra ortalaması $_{\text{Yok}}=101,79$), olan hastalardan (Sıra ortalaması $_{\text{Var}}=86,77$) daha yüksektir. Ailede başka bir psikiyatrik hasta olmasının, hastaların *çevre-TR boyutu* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,16$).

Tablo 4-53: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin aldıkları psikiyatrik tanıya göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Psikiyatrik tanı	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		<i>n</i>	Sıra Ort.	χ^2	<i>sd</i>	<i>p</i>		
Bedensel Boyut	Depresyon (1)	33	102,70	30,34	4	0,000***	1, 2, 3 ile 4, 5	0,163
	Kaygı B. (2)	31	127,85					
	OKB (3)	28	112,71					
	Bipolar B. (4)	65	78,65					
	Şizofreni (5)	30	65,23					
Ruhsal Boyut	Depresyon (1)	33	108,08	70,72	4	0,000***	1, 2, 3 ile 4, 5	0,380
	Kaygı B. (2)	31	138,97					
	OKB (3)	28	129,55					
	Bipolar B. (4)	65	72,35					
	Şizofreni (5)	30	45,78					
Sosyal İlişkiler Boyutu	Depresyon (1)	33	107,58	55,91	4	0,000***	1, 2, 3 ile 4, 5	0,301
	Kaygı B. (2)	31	134,98					
	OKB (3)	28	114,07					
	Bipolar B. (4)	65	83,47					
	Şizofreni (5)	30	40,80					
Çevre-TR	Depresyon (1)	33	105,76	40,16	4	0,000***	1, 2, 3 ile 4, 5	0,216
	Kaygı B. (2)	31	129,32					
	OKB (3)	28	113,05					
	Bipolar B. (4)	65	82,74					
	Şizofreni (5)	30	51,18					

*** $p < .001$

Çalışmaya katılan psikiyatri hastalarının, yaşam kalitesi düzeylerinin (puanlarının), aldıkları psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis *H* testine göre, tanı, hastaların yaşam kalitesinin tüm alt boyutları bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-53). Buna göre;

Hastaların, *bedensel boyut* puanlarının psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(4)}=30,34$; $p < .001$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; depresyon, kaygı ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların (Sıra Ortalaması Depresyon=102,70; Sıra Ortalaması Kaygı B.=127,85; Sıra Ortalaması OKB=112,71) *bedensel boyut* puanları, bipolar bozukluğu ile şizofreni tanısı almış hastalardan (Sıra Ortalaması Bipolar B.=78,65; Sıra Ortalaması Şizofreni=65,23) daha yüksektir. Psikiyatrik tanının, hastaların *bedensel boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,163$).

Hastaların, *ruhsal boyut* puanlarının da psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(4)}=70,72$; $p<.001$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) depresyon, kaygı ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların (Sıra Ortalaması Depresyon=108,08; Sıra Ortalaması Kaygı B.=138,97; Sıra Ortalaması OKB=129,55) *ruhsal boyut* puanları, bipolar bozukluğu ve şizofreni tanısı almış hastalardan (Sıra Ortalaması Bipolar B.=72,35; Sıra Ortalaması Şizofreni=45,78); b) kaygı bozukluğu ile obsesif kompulsif bozukluğu tanısı almış hastaların, depresyon tanısı almış hastalardan daha yüksektir. Psikiyatrik tanının, hastaların *ruhsal boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,380$).

Hastaların, *sosyal ilişkiler boyutu* puanlarının da psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(4)}=55,91$; $p<.001$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) depresyon, kaygı ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların (Sıra Ortalaması Depresyon=107,58; Sıra Ortalaması Kaygı B.=134,98; Sıra Ortalaması OKB=114,07) *sosyal ilişkiler boyutu* puanları, bipolar bozukluğu ve şizofreni tanısı almış hastalardan (Sıra Ortalaması Bipolar B.=83,47; Sıra Ortalaması Şizofreni=40,80); b) kaygı bozukluğu tanısı almış hastaların, depresyon tanısı almış hastalardan; c) bipolar bozukluğu tanısı almış olan hastaların ise şizofreni tanısı almış hastalardan daha yüksektir. Psikiyatrik tanının, hastaların *sosyal ilişkiler boyutu* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,301$).

Hastaların, *çevre-TR boyutu* puanlarının da psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(4)}=40,16$; $p<.001$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) depresyon, kaygı ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların (Sıra Ortalaması Depresyon=105,76; Sıra Ortalaması Kaygı B.=129,32; Sıra Ortalaması OKB=113,05) *çevre-TR boyutu* puanları, bipolar bozukluğu ve şizofreni tanısı almış hastalardan (Sıra Ortalaması Bipolar B.=82,74; Sıra Ortalaması Şizofreni=51,18); b) kaygı bozukluğu tanısı almış hastaların, depresyon tanısı almış hastalardan; c) bipolar bozukluğu tanısı almış olan hastaların ise şizofreni tanısı almış hastalardan daha yüksektir. Psikiyatrik tanının, hastaların *çevre-TR boyutu* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,216$).

Tablo 4-54: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin kronik başka bir hastalık olması durumuna göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney *U* testi

Boyut/ Ölçek	Başka kronik hastalık	Betimsel İst.			Mann-Whitney <i>U</i>			Etki (<i>r</i>)
		<i>n</i>	Sıra Ort.	Sıralar Top.	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	
Bedensel Boyut	Evet	37	82,49	3052,00	2349,00	-1,45	0,146	-
	Hayır	150	96,84	14526,00				
Ruhsal Boyut	Evet	37	90,04	3331,50	2628,50	-0,50	0,617	-
	Hayır	150	94,98	14246,50				
Sosyal İlişkiler Boyutu	Evet	37	85,73	3172,00	2469,00	-1,05	0,296	-
	Hayır	150	96,04	14406,00				
Çevre-TR	Evet	37	91,04	3368,50	2665,50	-0,37	0,709	-
	Hayır	150	94,73	14209,50				

Hastaların, kronik başka bir hastalığı olmasına bağlı olarak yaşam kalitesi düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olup olmadığı bağımsız gruplar Mann-Whitney *U* testi ile incelenmiş ve kronik başka bir hastalığın olmasının yaşam kalitesinin hiçbir alt boyutu bakımından farklılaşma nedeni olmadığı bulunmuştur ($p>.05$) (Tablo 4-54).

Tablo 4-55: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin hastalığın ne kadar süredir olduğuna göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Hastalığın süresi	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Bedensel Boyut	0-6 ay (1)	18	105,33	3,59	5	0,611	-	-
	6-12 ay (2)	18	109,42					
	1-5 yıl (3)	55	94,67					
	5-10 yıl (4)	48	91,78					
	10-20 yıl (5)	32	85,20					
	20 yıl $\geq$ (6)	16	85,84					
Ruhsal Boyut	0-6 ay (1)	18	107,00	4,06	5	0,542	-	-
	6-12 ay (2)	18	110,56					
	1-5 yıl (3)	55	94,62					
	5-10 yıl (4)	48	89,97					
	10-20 yıl (5)	32	85,34					
	20 yıl $\geq$ (6)	16	88,03					
Sosyal İlişkiler Boyutu	0-6 ay (1)	18	111,28	18,36	5	0,036*	1, 2, 3 ile 6	0,099
	6-12 ay (2)	18	110,89					
	1-5 yıl (3)	55	102,27					
	5-10 yıl (4)	48	83,40					
	10-20 yıl (5)	32	88,53					
	20 yıl $\geq$ (6)	16	69,88					
Çevre-TR	0-6 ay (1)	18	96,97	2,50	5	0,777	-	-
	6-12 ay (2)	18	107,28					
	1-5 yıl (3)	55	94,98					
	5-10 yıl (4)	48	95,48					
	10-20 yıl (5)	32	84,13					
	20 yıl $\geq$ (6)	16	87,66					

* $p < .05$

Psikiyatri hastalarının, yaşam kalitesi düzeylerinin (puanlarının), hastalığın ne kadar süredir mevcut olduğuna bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis H testine göre, hastalığın mevcut olduğu süre, yaşam kalitesinin sadece *sosyal ilişkiler boyutu* bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır [$\chi^2_{(5)}=18,36$; $p=0,036$] (Tablo 4-55). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; 5 yıldan daha kısa süredir hastalığı olanların (Sıra Ortalaması 0-6 ya=111,28; Sıra Ortalaması 6-12 ay=110,89; Sıra Ortalaması 1-5 yıl=102,27) *sosyal ilişkiler boyutu* puanları, 20 yıl ve üstü hastalığı süren hastalardan (Sıra Ortalaması 20 yıl ve üstü=69,88) daha yüksektir. Hastalığın mevcut olduğu sürenin, *sosyal ilişkiler boyutu* puanı üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,099$).

Tablo 4-56: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin hastalık için ne kadar süredir tedavi görüldüğüne göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Tedavi süresi	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Bedensel Boyut	0-6 ay (1)	34	107,38	6,77	5	0,238	-	-
	6-12 ay (2)	25	103,74					
	1-5 yıl (3)	46	98,55					
	5-10 yıl (4)	42	84,17					
	10-20 yıl (5)	30	81,17					
	20 yıl $\geq$ (6)	10	83,00					
Ruhsal Boyut	0-6 ay (1)	34	112,51	13,20	5	0,022*	1, 2, 3 ile 4,5	0,071
	6-12 ay (2)	25	109,52					
	1-5 yıl (3)	46	101,68					
	5-10 yıl (4)	42	78,04					
	10-20 yıl (5)	30	79,18					
	20 yıl $\geq$ (6)	10	93,40					
Sosyal İlişkiler Boyutu	0-6 ay (1)	34	113,62	15,56	5	0,008**	1, 2, 3 ile 4,5,6	0,084
	6-12 ay (2)	25	108,86					
	1-5 yıl (3)	46	101,52					
	5-10 yıl (4)	42	76,08					
	10-20 yıl (5)	30	79,70					
	20 yıl $\geq$ (6)	10	73,70					
Çevre-TR	0-6 ay (1)	34	99,96	5,31	5	0,379	-	-
	6-12 ay (2)	25	103,58					
	1-5 yıl (3)	46	101,72					
	5-10 yıl (4)	42	88,37					
	10-20 yıl (5)	30	80,18					
	20 yıl $\geq$ (6)	10	79,40					

* $p < .05$, ** $p < .01$

Psikiyatri hastalarının, yaşam kalitesi düzeylerinin (puanlarının), hastalık için ne kadar süredir tedavi görüldüğüne bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis H testine göre, tedavi görme süresinin, yaşam kalitesinin *ruhsal boyut* ile *sosyal ilişkiler boyutu* bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-56). Buna göre;

Hastaların, *ruhsal boyut* puanlarının tedavi görme süresine bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$\chi^2_{(5)}=13,20$; $p=0,022$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; 5 yıldan daha kısa süredir tedavi gören hastaların (Sıra Ortalaması 0-6 ay=112,51; Sıra Ortalaması 6-12 ay=109,52; Sıra Ortalaması 1-5 yıl=101,68) *ruhsal boyutu* puanları, 5-10 yıl ile 10-20 yıldır tedavi

gören hastalardan (Sıra Ortalaması 5-10 yıl=78,04; Sıra Ortalaması 10-20 yıl=79,18) daha yüksektir. Tedavi görme süresinin, *ruhsal boyut* puanı üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,071$).

Hastaların, *sosyal ilişkiler boyut* puanlarının da tedavi görme süresine bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(5)}=15,56$; $p=0,008$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; 5 yıldan daha kısa süredir tedavi gören hastaların (Sıra Ortalaması 0-6 ya=113,62; Sıra Ortalaması 6-12 ay=108,86; Sıra Ortalaması 1-5 yıl=101,52) *sosyal ilişkiler boyutu* puanları, 5-10 yıl, 10-20 yıl ve 20 yıl üstü tedavi gören hastalardan (Sıra Ortalaması 5-10 yıl=76,08; Sıra Ortalaması 10-20 yıl=79,70; Sıra Ortalaması 20 yıl ve üstü=73,70) daha yüksektir. Tedavi görme süresinin, *sosyal ilişkiler boyutu* puanı üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,084$).

Tablo 4-57: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin daha önce iki geceyi aşan yatılı tedavi görmelerine göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	2 geceyi aşan tedavi	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Bedensel Boyut	Evet	75	73,63	5522,00	2672,00	-4,23	0,000***	0,31
	Hayır	112	107,64	12056,00				
Ruhsal Boyut	Evet	75	66,97	5022,50	2172,50	-5,62	0,000***	0,41
	Hayır	112	112,10	12555,50				
Sosyal İlişkiler B.	Evet	75	73,49	5512,00	2662,00	-4,27	0,000***	0,31
	Hayır	112	107,73	12066,00				
Çevre-TR	Evet	75	73,94	5545,50	2695,50	-4,17	0,000***	0,30
	Hayır	112	107,43	12032,50				

*** $p<.001$

Hastaların, daha önce psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi görmelerine bağlı olarak yaşam kalitesi düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olup olmadığı non-parametrik bağımsız gruplar Mann-Whitney *U* testi ile incelenmiş ve iki geceyi aşan yatılı tedavi görmenin, hastaların hem yaşam kalitesinin tüm alt boyutları bakımından farklılaşmaya neden olduğu bulunmuştur (Tablo 4-57). Buna göre;

İki geceyi aşan yatılı tedavi gören ve görmeyen hastaların *bedensel boyut* puanları arasında anlamlı fark olduğu ve bu farkın iki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2672,00$; $p<.001$). İki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastaların *bedensel boyut* puanları (Sıra ortalaması Hayır=107,64),

iki geceyi aşan yatılı tedavi gören hastalardan (Sıra ortalaması $E_{vet}=73,63$) daha yüksektir. Psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi görmenin, hastaların *bedensel boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($r=0,31$).

İki geceyi aşan yatılı tedavi gören ve görmeyen hastaların *ruhsal boyut* puanları arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine iki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2172,50$; $p<.001$). İki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastaların *ruhsal boyut* puanları (Sıra ortalaması $H_{ayır}=112,10$), diğer hastalardan (Sıra ortalaması $E_{vet}=66,97$) daha yüksektir. Psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi görmenin, hastaların *ruhsal boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($r=0,41$).

İki geceyi aşan yatılı tedavi gören ve görmeyen hastaların *sosyal ilişkiler boyutu* puanları arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine iki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2662,00$; $p<.001$). İki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastaların *sosyal ilişkiler boyutu* puanları (Sıra ortalaması $H_{ayır}=107,73$), diğer hastalardan (Sıra ortalaması $E_{vet}=73,49$) daha yüksektir. Psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi görmenin, hastaların *sosyal ilişkiler boyutu* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,31$).

İki geceyi aşan yatılı tedavi gören ve görmeyen hastaların *çevre-TR boyutu* puanları arasında da anlamlı fark olduğu ve bu farkın yine iki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastalar lehine olduğu bulunmuştur ($U=2695,50$; $p<.001$). İki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastaların *çevre-TR boyutu* puanları (Sıra ortalaması $H_{ayır}=107,43$), diğer hastalardan (Sıra ortalaması $E_{vet}=73,94$) daha yüksektir. Psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi görmenin, hastaların *çevre-TR boyutu* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($r=0,30$).

Tablo 4-58: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin daha önce iki geceyi aşan yatılı tedavi görme sayılarına göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	2'den fazla kaç defa	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		<i>n</i>	Sıra Ort.	χ^2	<i>sd</i>	<i>p</i>		
Bedensel Boyut	1 defa (1)	36	43,90	7,65	2	0,022*	1 ile 2	0,041
	2 defa (2)	23	28,83					
	3 defa $\geq$ (3)	16	33,43					
Ruhsal Boyut	1 defa (1)	36	40,60	4,51	2	0,105	-	-
	2 defa (2)	23	29,33					
	3 defa $\geq$ (3)	16	40,37					
Sosyal İlişkiler Boyutu	1 defa (1)	36	40,29	1,78	2	0,411	-	-
	2 defa (2)	23	32,98					
	3 defa $\geq$ (3)	16	35,50					
Çevre-TR	1 defa (1)	36	42,64	5,19	2	0,075	-	-
	2 defa (2)	23	30,11					
	3 defa $\geq$ (3)	16	34,40					

* $p < .05$

Hastaların, daha önce psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi görme sayılarına bağlı olarak psikososyal uyum düzeylerinin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis *H* testine göre, iki geceyi aşan yatılı tedavi görme sayısı, yaşam kalitesinin sadece *bedensel boyutu* bakımından anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=7,65$; $p=0,022$] (Tablo 4-58). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; iki geceyi bir defa aşan hastaların (Sıra Ortalaması_{1 defa}=43,90) *bedensel boyut* puanları, iki geceyi iki defa aşan hastalardan (Sıra Ortalaması_{2 defa B.}=28,83) daha yüksektir. İki geceyi aşan yatılı tedavi görme sayısının, hastaların *bedensel boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,041$).

Tablo 4-59: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin kliniğe geliş şekline göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Bugün kliniğe gelme şekli	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Bedensel Boyut	Kendi ist. (1)	87	114,95	33,52	2	0,000***	1 ile 2, 3 2 ile 3	0,180
	A/Ç ist. (2)	66	87,29					
	A/Ç zor. (3)	34	53,41					
Ruhsal Boyut	Kendi ist. (1)	87	119,37	38,34	2	0,000***	1 ile 2, 3	0,206
	A/Ç ist. (2)	66	77,63					
	A/Ç zor. (3)	34	60,85					
Sosyal İlişkiler Boyutu	Kendi ist. (1)	87	122,22	58,44	2	0,000***	1 ile 2, 3 2 ile 3	0,314
	A/Ç ist. (2)	66	83,67					
	A/Ç zor. (3)	34	41,84					
Çevre-TR	Kendi ist. (1)	87	112,32	22,32	2	0,000***	1 ile 2, 3 2 ile 3	0,120
	A/Ç ist. (2)	66	85,31					
	A/Ç zor. (3)	34	63,99					

*** $p < .001$

Psikiyatri hastalarının, yaşam kalitesi düzeylerinin (puanlarının), kliniğe (bugün) nasıl geldiklerine bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis H testine göre, hastaların kliniğe gelme şekli yaşam kalitesinin tüm alt boyutları bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-59). Buna göre;

Hastaların, *bedensel boyut* puanlarının kliniğe gelme şekline bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=33,52$; $p<.001$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Scheffe testine göre; a) kliniğe kendi isteği gelen hastaların (Sıra Ortalaması Kendi isteğiyle=114,95) *bedensel boyut* puanları, kliniğe ailesinin/çevresinin isteği ve ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalardan (Sıra Ortalaması Ailenin/Çevrenin isteğiyle=87,29; Sıra Ortalaması Ailenin/Çevrenin zorlamasıyla=53,41); b) kliniğe ailesinin/çevresinin isteği ile gelen hastaların ise kliniğe ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalarından daha yüksektir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, *bedensel boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,180$).

Hastaların, *ruhsal boyut* puanlarının da kliniğe gelme şekline bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=38,34$; $p<.001$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Scheffe testine göre; kliniğe kendi isteği gelen hastaların

(Sıra Ortalaması_{Kendi isteğiyle}=119,37) *ruhsal boyut* puanları, kliniğe ailesinin/çevresinin isteği ve ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalardan (Sıra Ortalaması_{Ailenin/Çevrenin isteğiyle}=77,63; Sıra Ortalaması_{Ailenin/Çevrenin zorlamasıyla}=60,85) daha yüksektir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, *ruhsal boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,206$).

Hastaların, *sosyal ilişkiler boyutu* puanlarının da kliniğe gelme şekline bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=58,44$; $p<.001$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Scheffe testine göre; a) kliniğe kendi isteği gelen hastaların (Sıra Ortalaması_{Kendi isteğiyle}=122,22) *sosyal ilişkiler boyutu* puanları, kliniğe ailesinin/çevresinin isteği ve ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalardan (Sıra Ortalaması_{Ailenin/Çevrenin isteğiyle}=83,67; Sıra Ortalaması_{Ailenin/Çevrenin zorlamasıyla}=41,84); b) kliniğe ailesinin/çevresinin isteği ile gelen hastaların ise kliniğe ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalarından daha yüksektir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, *sosyal ilişkiler boyutu* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,314$).

Hastaların, *çevre-TR boyutu* puanlarının da kliniğe gelme şekline bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=22,32$; $p<.001$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Scheffe testine göre; a) kliniğe kendi isteği gelen hastaların (Sıra Ortalaması_{Kendi isteğiyle}=112,32) *çevre-TR boyutu* puanları, kliniğe ailesinin/çevresinin isteği ve ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalardan (Sıra Ortalaması_{Ailenin/Çevrenin isteğiyle}=85,31; Sıra Ortalaması_{Ailenin/Çevrenin zorlamasıyla}=63,99); b) kliniğe ailesinin/çevresinin isteği ile gelen hastaların ise kliniğe ailesinin/çevresinin zorlaması ile gelen hastalarından daha yüksektir. Hastaların kliniğe gelme şeklinin, *çevre-TR boyutu* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,120$).

Tablo 4-60: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek aldığına göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Olumlu destek	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Bedensel Boyut	Hiç kimse (1)	13	57,00	23,49	6	0,001**	3, 6 ile diğer 4 ile 1	0,126
	Aile (2)	68	83,45					
	Aile, Aile D. (3)	17	128,85					
	Aile, TE (4)	62	98,27					
	Tedavi Ekibi (5)	7	88,36					
	Aile, Aile D., TE (6)	14	130,04					
	Aile Dışı (7)	6	73,42					
Ruhsal Boyut	Hiç kimse (1)	13	65,81	26,06	6	0,000***	3, 6 ile diğer 2, 4 ile 1, 5, 7	0,140
	Aile (2)	68	90,50					
	Aile, Aile D. (3)	17	123,47					
	Aile, TE (4)	62	92,34					
	Tedavi Ekibi (5)	7	66,43					
	Aile, Aile D., TE (6)	14	141,79					
	Aile Dışı (7)	6	49,08					
Sosyal İlişkiler Boyutu	Hiç kimse (1)	13	46,04	32,43	6	0,000***	3, 6 ile diğer 2, 4 ile 1	0,174
	Aile (2)	68	89,78					
	Aile, Aile D. (3)	17	141,15					
	Aile, TE (4)	62	91,25					
	Tedavi Ekibi (5)	7	74,79					
	Aile, Aile D., TE (6)	14	131,50					
	Aile Dışı (7)	6	75,50					
Çevre-TR	Hiç kimse (1)	13	76,50	14,96	6	0,021*	3, 6 ile diğer 2, 4 ile 1, 7	0,080
	Aile (2)	68	92,63					
	Aile, Aile D. (3)	17	127,97					
	Aile, TE (4)	62	89,75					
	Tedavi Ekibi (5)	7	70,93					
	Aile, Aile D., TE (6)	14	119,39					
	Aile Dışı (7)	6	62,75					

** $p < .01$, *** $p < .001$

Psikiyatri hastalarının, yaşam kalitesi düzeylerinin (puanlarının), tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek aldığına bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis H testine göre, destek, yaşam kalitesinin tüm alt boyutları bakımından da anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-60). Buna göre;

Hastaların, *bedensel boyut* puanlarının destek alınan kişiye bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$\chi^2_{(6)}=23,49$; $p=0,001$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; aile + aile dışından ve aile + aile dışı + tedavi ekibinden destek alan hastaların (Sıra Ortalaması Aile, Aile D.=128,85; Sıra Ortalaması Aile, Aile D., TE=130,04) *bedensel boyut* puanları, diğer tüm

hastalardan (Sıra Ortalaması Hiç kimse=57,00; Sıra Ortalaması Aile=83,45; Sıra Ortalaması Aile, TE=98,27; Sıra Ortalaması Tedavi Ekibi=88,36; Sıra Ortalaması Aile Dışı=73,42); b) aile + tedavi ekibinden destek alan hastaların ise hiç kimseden destek almayan hastalardan daha yüksektir. Tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek alındığının, hastaların *bedensel boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,126$).

Hastaların, *ruhsal boyut* puanlarının da destek alınan kişiye bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(6)}=26,06$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) aile + aile dışından ve aile + aile dışı + tedavi ekibinden destek alan hastaların (Sıra Ortalaması Aile, Aile D.=123,47; Sıra Ortalaması Aile, Aile D., TE=141,79) *ruhsal boyut* puanları, diğer tüm hastalardan (Sıra Ortalaması Hiç kimse=65,81; Sıra Ortalaması Aile=90,50; Sıra Ortalaması Aile, TE=92,34; Sıra Ortalaması Tedavi Ekibi=66,43; Sıra Ortalaması Aile Dışı=49,08); b) sadece aile ve aile + tedavi ekibinden destek alan hastaların ise hiç kimseden destek almayan, sadece tedavi ekibi ve aile dışından destek alan/gören hastalardan daha yüksektir. Tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek alındığının, hastaların *ruhsal boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,140$).

Hastaların, *sosyal ilişkiler boyutu* puanlarının da destek alınan kişiye bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(6)}=32,43$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) aile + aile dışından ve aile + aile dışı + tedavi ekibinden destek alan hastaların (Sıra Ortalaması Aile, Aile D.=141,15; Sıra Ortalaması Aile, Aile D., TE=131,50) *sosyal ilişkiler boyutu* puanları, diğer tüm hastalardan (Sıra Ortalaması Hiç kimse=46,04; Sıra Ortalaması Aile=89,78; Sıra Ortalaması Aile, TE=91,25; Sıra Ortalaması Tedavi Ekibi=74,79; Sıra Ortalaması Aile Dışı=75,50); b) sadece aile ve aile + tedavi ekibinden destek alan hastaların ise hiç kimseden destek almayan hastalardan daha yüksektir. Tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek alındığının, hastaların *sosyal ilişkiler boyutu* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘büyük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,174$).

Hastaların, *çevre-TR boyutu* puanlarının da destek alınan kişiye bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(6)}=14,96$; $p=0,021$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) aile + aile dışından ve aile + aile dışı + tedavi ekibinden destek alan hastaların (Sıra Ortalaması Aile, Aile D.=127,97; Sıra Ortalaması Aile, Aile D.,

$TE=119,39$) *çevre-TR boyutu* puanları, diğer tüm hastalardan (Sıra Ortalaması $Hiç$ kimse= $76,50$; Sıra Ortalaması $Aile$ = $92,63$; Sıra Ortalaması $Aile, TE$ = $89,75$; Sıra Ortalaması $Tedavi Ekibi$ = $70,93$; Sıra Ortalaması $Aile Dışı$ = $62,75$); b) sadece aile ve aile + tedavi ekibinden destek alan hastaların ise hiç kimseden destek almayan ve aile dışından destek alan/gören hastalardan daha yüksektir. Tedavi sürecinde kimlerden olumlu destek alındığının, hastaların *çevre-TR boyutu* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,080$).

Tablo 4-61: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin hastalığın nasıl algılandığına göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Nasıl bir hastalık	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Bedensel Boyut	Geçici (1)	65	110,03	9,79	2	0,007**	1 ile 2, 3	0,053
	Kalıcı (2)	65	80,99					
	Ara ara (3)	57	90,55					
Ruhsal Boyut	Geçici (1)	65	113,39	12,97	2	0,002**	1 ile 2, 3	0,070
	Kalıcı (2)	65	82,77					
	Ara ara (3)	57	84,69					
Sosyal İlişkiler Boyutu	Geçici (1)	65	118,55	20,98	2	0,000***	1 ile 2, 3	0,113
	Kalıcı (2)	65	78,92					
	Ara ara (3)	57	83,20					
Çevre-TR	Geçici (1)	65	100,71	1,65	2	0,438	-	-
	Kalıcı (2)	65	91,93					
	Ara ara (3)	57	88,71					

** $p<0,01$, *** $p<0,001$

Psikiyatri hastalarının, yaşam kalitesi düzeylerinin (puanlarının), hastalığın nasıl algılandığına bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis H testine göre, hastalık algısı, ölçeğin üç boyutu bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-61). Buna göre;

Hastaların, *bedensel boyut* puanlarının psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=9,79$; $p=0,007$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; hastalığını geçici bir durum olarak gören hastaların (Sıra Ortalaması $Geçici$ = $110,03$) *bedensel boyut* puanları, hastalığını kalıcı ve ara ara gelen bir durum olarak gören hastalardan (Sıra Ortalaması $Kalıcı$ = $80,99$; Sıra Ortalaması $Ara ara$ = $90,55$) daha yüksektir. Hastalığın nasıl algılandığının, *bedensel boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,053$).

Hastaların, *ruhsal boyut* puanlarının da psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=12,97$; $p=0,002$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; hastalığını geçici bir durum olarak gören hastaların (Sıra Ortalaması Geçici=113,39) *ruhsal boyut* puanları, hastalığını kalıcı ve ara ara gelen bir durum olarak gören hastalardan (Sıra Ortalaması Kalıcı=82,77; Sıra Ortalaması Ara ara=84,69) daha yüksektir. Hastalığın nasıl algılandığının, *ruhsal boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,070$).

Hastaların, *sosyal ilişkiler boyutu* puanlarının da psikiyatrik tanıya bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=20,98$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; hastalığını geçici bir durum olarak gören hastaların (Sıra Ortalaması Geçici=118,55) *sosyal ilişkiler boyutu* puanları, hastalığını kalıcı ve ara ara gelen bir durum olarak gören hastalardan (Sıra Ortalaması Kalıcı=78,92; Sıra Ortalaması Ara ara=83,20) daha yüksektir. Hastalığın nasıl algılandığının, *sosyal ilişkiler boyutu* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,113$).

Tablo 4-62: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin sosyal hizmet müdahalesinin gerekli görülmesine göre karşılaştırılması ilişkin Mann-Whitney U testi

Boyut/ Ölçek	SHM gerekliliği	Betimsel İst.			Mann-Whitney U			Etki (r)
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	
Bedensel Boyut	Evet	131	98,91	12957,50	3024,50	-1,91	0,066	0,14
	Hayır	56	82,51	4620,50				
Ruhsal Boyut	Evet	131	98,75	12936,50	3045,50	-1,85	0,065	0,14
	Hayır	56	82,88	4641,50				
Sosyal İlişkiler Boyutu	Evet	131	103,45	13551,50	2430,50	-3,68	0,000***	0,27
	Hayır	56	71,90	4026,50				
Çevre-TR	Evet	131	98,19	12863,00	3119,00	-1,63	0,104	0,12
	Hayır	56	84,20	4715,00				

*** $p<.001$

Hastaların, sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmelerine bağlı olarak yaşam kalitesi düzeyleri (puanları) arasında anlamlı fark olup olmadığı bağımsız gruplar Mann-Whitney U testi ile incelenmiş ve sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmenin yaşam kalitesinin sadece *sosyal ilişkiler* alt boyutu bakımından farklılaşmaya neden olduğu bulunmuştur ($U=2430,50$; $p<.001$) (Tablo 4-62). Sosyal hizmet müdahalesini

gerekli gören hastaların *sosyal ilişkiler boyutu* puanları (Sıra Ortalaması_{Evet}=103,45), diğer hastalardan (Sıra Ortalaması_{Hayır}=71,90) daha yüksektir. Sosyal hizmet müdahalesini gerekli görmenin, hastaların *sosyal ilişkiler boyutu* puanı üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($r=0,27$).

Tablo 4-63: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin aile ve sosyal çevre desteğinin önemine göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis H testi

Boyut/ Ölçek	Sosyal desteğin önemi	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p		
Bedensel Boyut	Evet (1)	142	101,96	14,21	2	0,001**	1 ile 2, 3 2 ile 3	0,076
	Hayır (2)	13	83,63					
	Kısmen (3)	32	63,05					
Ruhsal Boyut	Evet (1)	142	99,30	6,34	2	0,042*	1 ile 3	0,034
	Hayır (2)	13	87,27					
	Kısmen (3)	32	73,23					
Sosyal İlişkiler Boyutu	Evet (1)	142	103,28	20,00	2	0,000***	1 ile 2, 3 2 ile 3	0,108
	Hayır (2)	13	84,27					
	Kısmen (3)	32	56,78					
Çevre-TR	Evet (1)	142	98,42	5,13	2	0,077	-	-
	Hayır (2)	13	93,65					
	Kısmen (3)	32	74,53					

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$

Psikiyatri hastalarının, yaşam kalitesi düzeylerinin (puanlarının), aile ve sosyal çevreden alınan desteğin önemine ilişkin görüşlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis H testine göre, aile ve sosyal çevreden alınan destek, yaşam kalitesinin üç alt boyutu bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-63). Buna göre;

Hastaların, *bedensel boyut* puanlarının aile ve sosyal çevreden alınan desteğe bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=14,21$; $p=0,001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; a) aile ve sosyal çevreden alınan desteği önemli bulan hastaların (Sıra Ortalaması_{Evet}=101,96) *bedensel boyut* puanları, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması_{Hayır}=83,63; Sıra Ortalaması_{Kısmen}=63,05); b) aile ve sosyal çevreden alınan desteği önemli bulmayan hastaların ise kısmen önemli bulan hastalardan daha yüksektir. Hastaların aile ve sosyal çevreden alınan desteğin önemine ilişkin görüşlerinin, *bedensel boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,076$).

Hastaların, *ruhsal boyut* puanlarının da aile ve sosyal çevreden alınan desteğe bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=6,34$; $p=0,042$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; aile ve sosyal çevreden alınan desteği önemli bulan hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=99,30$) *ruhsal boyut* puanları, kısmen önemli bulan hastalardan (Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=73,23$) daha yüksektir. Hastaların aile ve sosyal çevreden alınan desteğin önemine ilişkin görüşlerinin, *ruhsal boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘küçük’ olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,034$).

Hastaların, *sosyal ilişkiler boyutu* puanlarının da aile ve sosyal çevreden alınan desteğe bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=20,00$; $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney *U* testine göre; a) aile ve sosyal çevreden alınan desteği önemli bulan hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=103,28$) *sosyal ilişkiler boyutu* puanları, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=84,27$; Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=56,78$); b) aile ve sosyal çevreden alınan desteği önemli bulmayan hastaların ise kısmen önemli bulan hastalardan daha yüksektir. Hastaların aile ve sosyal çevreden alınan desteğin önemine ilişkin görüşlerinin, *sosyal ilişkiler boyutu* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,108$).

Tablo 4-64: Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin aile görüşmelerinin önemine göre karşılaştırılması ilişkin Kruskal-Wallis *H* testi

Boyut/ Ölçek	Aile görüş. önemi	Betimsel İst.		Kruskal-Wallis			M-W	Etki (η^2)
		<i>n</i>	Sıra Ort.	χ^2	<i>sd</i>	<i>p</i>		
Bedensel Boyut	Evet (1)	117	104,08	11,21	2	0,004**	1 ile 2, 3	0,060
	Hayır (2)	14	83,75					
	Kısmen (3)	56	75,51					
Ruhsal Boyut	Evet (1)	117	105,14	13,69	2	0,001**	1 ile 2, 3	0,074
	Hayır (2)	14	82,50					
	Kısmen (3)	56	73,61					
Sosyal İlişkiler Boyutu	Evet (1)	117	105,25	13,98	2	0,001**	1 ile 2, 3	0,075
	Hayır (2)	14	82,00					
	Kısmen (3)	56	73,49					
Çevre-TR	Evet (1)	117	99,65	4,87	2	0,088	-	-
	Hayır (2)	14	100,04					
	Kısmen (3)	56	89,70					

** $p<.01$

Psikiyatri hastalarının, yaşam kalitesi düzeylerinin (puanlarının), aile görüşmelerine verdikleri öneme göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini

araştırmak üzere yapılan non-parametrik Kruskal-Wallis H testine göre, aile ve sosyal çevreden alınan destek, yaşam kalitesinin üç alt boyutu bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır (Tablo 4-64). Buna göre; Hastaların, *bedensel boyut* puanlarının aile görüşmelerine verdikleri öneme bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=11,21$; $p=0,004$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; aile ve sosyal çevreden alınan desteği önemli bulan hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=104,08$) *bedensel boyut* puanları, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=83,75$; Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=75,51$) daha yüksektir. Aile görüşmelerine verilen önemin, hastaların *bedensel boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,060$).

Hastaların, *ruhsal boyut* puanlarının da aile görüşmelerine verdikleri öneme bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=13,69$; $p=0,001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; aile ve sosyal çevreden alınan desteği önemli bulan hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=105,14$) *ruhsal boyut* puanları, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=82,50$; Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=73,61$) daha yüksektir. Aile görüşmelerine verilen önemin, hastaların *ruhsal boyut* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,074$).

Hastaların, *sosyal ilişkiler boyutu* puanlarının da aile görüşmelerine verdikleri öneme bağlı olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur [$X^2_{(2)}=13,98$; $p=0,001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; aile ve sosyal çevreden alınan desteği önemli bulan hastaların (Sıra Ortalaması $E_{\text{vet}}=105,25$) *sosyal ilişkiler boyutu* puanları, diğer hastalardan (Sıra Ortalaması $H_{\text{ayır}}=82,00$; Sıra Ortalaması $K_{\text{ismen}}=73,49$) daha yüksektir. Aile görüşmelerine verilen önemin, hastaların *sosyal ilişkiler boyutu* puanları üzerindeki etkisinin anlamlı ve ‘orta’ derecede olduğu görülmektedir ($\eta^2=0,085$).

4.4. Hastaların Psikososyal Uyum, Yaşam Kalitesi Ve Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Çalışmaya katılan psikiyatrik hastaların psikososyal uyum, yaşam kalitesi ve benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson’s momentler çarpımı (r) korelasyon tekniği uygulanmış (Tablo 4-65) ve değişkenler arasında bulunan korelasyon (ilişki) katsayıları 0,00-0,10 arasında ise ilişki ‘yok’; 0,10-0,30 olduğunda ilişki ‘zayıf’; 0,30-0,50 olduğunda ilişki ‘orta’; 0,50-0,70 olduğunda ise ilişki ‘güçlü’ ve 0,70-1,00 olduğunda ise ilişki ‘çok güçlü’ kabul edilmiştir (Jawlik, 2016, s. 132).

Tablo 4-65: Hastaların psikososyal uyum, yaşam kalitesi ve benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon katsayıları

Değişken	Psikososyal Uyum Ölçeği								Yaşam Kalitesi Ölçeği				Benlik Saygısı	
	PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU Genel	YK1	YK2	YK3	YK4		
Sağlık Bakımına	<i>r</i>	1	,624**	,592**	,541**	,491**	,586**	,429**	,756**	-,508**	-,485**	-,545**	-,365**	,574**
Oryantasyon	<i>p</i>		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Mesleki Çevre	<i>r</i>		1	,765**	,611**	,626**	,757**	,497**	,857**	-,579**	-,626**	-,604**	-,487**	,605**
	<i>p</i>			0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Aile Çevresi	<i>r</i>			1	,672**	,736**	,720**	,593**	,898**	-,574**	-,608**	-,710**	-,511**	,651**
	<i>p</i>				0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Cinsel Yaşam	<i>r</i>				1	,538**	,601**	,490**	,786**	-,463**	-,494**	-,730**	-,352**	,575**
	<i>p</i>					0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Geniş Aile İlişkileri	<i>r</i>					1	,688**	,487**	,788**	-,412**	-,462**	-,657**	-,364**	,515**
	<i>p</i>						0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Sosyal Çevre	<i>r</i>						1	,551**	,864**	-,616**	-,616**	-,683**	-,551**	,599**
	<i>p</i>							0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Psikolojik Distres	<i>r</i>							1	,723**	-,516**	-,624**	-,609**	-,372**	,594**
	<i>p</i>								0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Psikososyal Uyum (Genel)	<i>r</i>								1	-,652**	-,695**	-,799**	-,533**	,729**
	<i>p</i>									0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Bedensel Boyut	<i>r</i>									1	,676**	,608**	,528**	-,581**
	<i>p</i>										0,000	0,000	0,000	0,000
Ruhsal Boyut	<i>r</i>										1	,633**	,675**	-,586**
	<i>p</i>											0,000	0,000	0,000
Sosyal İlişkiler Boyutu	<i>r</i>											1	,517**	-,621**
	<i>p</i>												0,000	0,000
Çevre-TR	<i>r</i>												1	-,410**
	<i>p</i>													0,000
Benlik Saygısı Ölçeği	<i>r</i>													1
	<i>p</i>													

***p* < ,01

Tablo 4-65'ten görüleceği üzere, hastaların psikososyal uyum, yaşam kalitesi ve benlik saygısı düzeyleri arasında hem genel hem de alt boyutları bakımından .01 düzeyinde anlamlı ilişkiler vardır. Ölçekler arası ilişkileri özetlemek açısından, psikososyal uyum ölçeğinin genel puanı ile yaşam kalitesinin alt boyutları ve benlik saygısı ölçeğinin puanı arasındaki katsayılar dikkate alındığında;

- a) Hastaların psikososyal uyum düzeyleri ile yaşam kalitesi düzeyleri arasında hem genel hem de alt boyutlar bakımından negatif yönlü ve .01 düzeyine anlamlı ilişkiler vardır. Hastaların genel psikososyal uyum düzeyi ile yaşam kalitesinin *bedensel boyutu* ($r_{\text{Psikososyal uyum} \times \text{Bedensel boyut}} = -0,652; p < .01$); *ruhsal boyutu* ($r_{\text{Psikososyal uyum} \times \text{Ruhsal boyut}} = -0,695; p < .01$); *sosyal ilişkiler boyutu* ($r_{\text{Psikososyal uyum} \times \text{Sosyal ilişkiler boyutu}} = -0,799; p < .01$) ve *çevre-TR boyutu* ($r_{\text{Psikososyal uyum} \times \text{Çevre-TR boyutu}} = -0,533; p < .01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların genel psikososyal uyum düzeyi ile yaşam kalitesinin *sosyal ilişkiler boyutu* arasında 'çok güçlü' bir ilişki varken diğerleri ile ise 'güçlü' ilişkiler olduğu bulunmuştur. Özetlenecek olursa, hastaların psikososyal uyum düzeyi arttıkça, yaşam kalitesi düzeyi artmaktadır.
- b) Hastaların psikososyal uyum düzeyleri ile benlik saygısı düzeyleri arasında da hem genel hem de alt boyutlar bakımından pozitif yönlü ve .01 düzeyine anlamlı ilişkiler vardır. Hastaların genel psikososyal uyum düzeyi ile benlik saygısı düzeyi arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ($r_{\text{Psikososyal uyum} \times \text{Benlik saygısı}} = 0,729; p < .01$). Psikososyal uyumun alt boyutlarına bakıldığında ise en güçlü ilişkinin *aile çevresi boyutu* ile benlik saygısı düzeyi arasında olduğu görülmektedir ($r_{\text{Aile çevresi} \times \text{Benlik saygısı}} = 0,651; p < .01$). İki değişken arasındaki ilişki 'çok güçlü' olup hastaların psikososyal uyum düzeyi arttıkça benlik saygısı düzeyi artmaktadır. Her iki ölçeğin de puanlarındaki yükselmeler, düzeylerinde düşüşe, puanlarındaki düşüşler ise düzeylerinde artışa işaret etmektedir.
- c) Hastaların yaşam kalitesi düzeyleri ile benlik saygısı düzeyleri arasında da tüm alt boyutlar bakımından negatif yönlü ve .01 düzeyine anlamlı ilişkiler vardır. Hastaların benlik saygısı düzeyi ile yaşam kalitesinin *bedensel boyutu* ($r_{\text{Benlik saygısı} \times \text{Bedensel boyut}} = -0,581; p < .01$); *ruhsal boyutu* ($r_{\text{Benlik saygısı} \times \text{Ruhsal boyut}} = -0,586; p < .01$); *sosyal ilişkiler boyutu* ($r_{\text{Benlik saygısı} \times \text{Sosyal ilişkiler boyutu}} = -0,621; p < .01$) ve *çevre-TR boyutu* ($r_{\text{Benlik saygısı} \times \text{Çevre-TR boyutu}} = -0,410; p < .01$)

arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların, benlik saygısı düzeyleri ile yaşam kalitesinin *bedensel boyutu*, *ruhsal boyutu* ve *sosyal ilişkiler boyutu* arasında ‘güçlü’ bir ilişki varken *çevre-TR boyutu* ile ise ‘orta’ derecede güçlükte bir ilişki olduğu görülmektedir. Hastaların yaşam kalitesi düzeyi arttıkça benlik saygısı düzeyi artmaktadır.



5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikiyatri hastalarının psikososyal uyum, benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeylerini incelemek üzere yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular beş bölümde tartışılacaktır.

Birinci bölümde; psikiyatri hastalarının tanımlayıcı özelliklerine (demografik/hastalıklarına ilişkin özellikler) yönelik bulguların tartışılması,

İkinci bölümde; psikiyatri hastalarının, psikososyal uyum düzeyleri ile tanımlayıcı özellikleri arasındaki ilişkilere yönelik bulguların tartışılması,

Üçüncü bölümde; psikiyatri hastalarının, benlik saygısı düzeyleri ile tanımlayıcı özellikleri arasındaki ilişkilere yönelik bulguların tartışılması,

Dördüncü bölümde; psikiyatri hastalarının, yaşam kalitesi düzeyleri ile tanımlayıcı özellikleri arasındaki ilişkilere yönelik bulguların tartışılması,

Beşinci bölümde; psikiyatri hastalarının psikososyal uyum, benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkilere yönelik bulguların tartışılması.

5.1. Psikiyatri Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine (Demografik/ Hastalıklarına İlişkin Özellikler) Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmanın amaçları doğrultusunda belirlenen birinci alt problem incelendiğinde, çalışmaya gönüllü olarak katılan hastaların %56,1'i (n=105) ayakta %43,9'u (n=82) ise yatakta tedavi görmektedir. Hastaların psikiyatrik tanı dağılımlarına bakıldığında %34,8'inin (n=65) bipolar bozukluk, %17,6'sının (n=33) depresyon, %16,6'sının (n=31) kaygı bozukluğu, %15'inin OKB (n=28) ve %16'sının (n=30) şizofreni tanısı aldığı görülmektedir.

Mevcut çalışmada katılımcıların %56,1'ini (n=105) kadın, %43,9'unu (n=82) erkek hastalar oluşturmuştur. Bu bulgu, kadın ve erkeklerin psikiyatrik tedavi alma oranlarının birbirine yakın olduğunu göstermiştir. Kadın hasta oranının, erkek hasta oranından fazla olması; erkeklerin kadınlara oranla yaklaşık olarak 2.3 kat daha fazla iş yaşamında yer alması sebebiyle (Türkiye İstatistik Kurumu, 2019), araştırma mesai saatleri içerisinde yürütüldüğü için çalışmaya katılamama durumu ile açıklanabilir. Ayrıca kadınlar, psikiyatrik hastalıklarda tedavi olmayı tercih etmekte, erkekler ise

bunun yerine psikiyatrik hastalığı inkâr etme eğilimindedir. Erkekler; psikolojik rahatsızlıklarını yansıtmayı, toplumsal cinsiyet algısıyla zayıflık ve savunmasızlık olarak nitelendirmekte ve dolayısıyla yardım arama davranışından kaçınmaktadır (Haggett, 2014).

Çalışmada, hastaların yaş ortalaması $34,27 \pm 12,38$ olarak hesaplanmıştır ve en büyük grubunu %27,8 ile 21-30 (n=52) yaşında genç yaş grubu oluşturmuştur. Dep ve arkadaşlarının (2001) psikiyatrik tanılı hastalarla yaptığı çalışmada, bireylerin yaş ortalaması $37,7 \pm 13,5$ olarak hesaplanmıştır. Cia ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada ise psikiyatrik hastalıkların, ileri yetişkinlik dönemine göre genç yetişkinlik döneminde daha sık görülmeye başlandığı belirtilmiştir. Bu bulgu, literatür ile uyum göstermektedir. Özcan'ın (2019) depresyon, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı alan hastalarla yaptığı çalışmada, yaş ortalaması $43,49 \pm 10,89$ olarak, Türk'ün (2018) bipolar bozukluk tanısı alan hastalarla yaptığı çalışmada yaş ortalaması $42,4 \pm 2,23$ olarak hesaplanmıştır. Orta yaş grubunu kapsayan bu iki çalışma, elde ettiğimiz bulgu ile örtüşmemektedir. Çelik ve Hocaooğlu (2016), şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarının yaş ortalamasının depresyon hastalarına göre anlamlı düzeyde düşük olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada, örneklemin %50,8'ini (n=95) bipolar bozukluk ve şizofreni tanılı hastaların oluşturmasının, çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasını düşürmüş olabileceği, ayrıca hastaların sağlık imkanlarına erişimleri yüksek olduğu için, erken dönemde tanı konarak müdahale uygulanabildiği düşünülmektedir.

Çalışmada, hastaların büyük bölümü, %48,7 (n=91) ile yükseköğretim mezunudur. Literatüre bakıldığında, psikiyatrik hastalıklara dair yapılan çalışmalarda hastaların büyük çoğunluğunun ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olduğu tespit edilmiştir (Kessler ve ark., 1995; Özcan, 2019; Türk, 2018; Uğuz, 2018). Yapılan bu çalışmaların sonucu, elde ettiğimiz bulgu ile örtüşmemektedir. Sonuçların örtüşmemesi, araştırmanın büyük çoğunluğunun genç yaş grubunu kapsamaması, yüksek gelir düzeyi ve günümüzde eğitim düzeyindeki artış olarak (TÜİK, 2019) değerlendirilmektedir. Ancak, Özdemir ve Doğan (2015) yapmış olduğu çalışmada, yükseköğretim mezunu bireylerde bipolar bozukluğun daha sık görüldüğünü ifade etmiştir. Ayrıca, ülkemizde eğitim düzeyi ile psikiyatrik hastalık arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (Dığrak ve ark., 2014; Turhan, 2007).

Çalışmada, hastaların 39,6'sı (n=74) evli olup %42,2'sinin (n=79) çocuğu vardır. %50,8'i (n=95) bekar ve %9,6'sı (n=18) boşanmıştır. Literatüre bakıldığında, Akkaya ve arkadaşları (2012) 584 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmada, hastaların %46,3'ünün evli, %44'ünün bekar, %9,7'sinin boşandığını ifade etmiştir. Uğuz (2018), çalışmasında bipolar bozukluk tanısı alan hastaların %57,3'ünün bekar olduğunu belirtmiştir. Şahin Altun ve Olçun (2018) şizofreni hastalarının, işlev kaybı ve yeti yitimine bağlı olarak sosyal yaşama uyum sağlamada zorluklar yaşadığını ifade etmiştir. Bu durum, şizofreni hastalarında düşük evlilik oranlarını beraberinde getirmektedir. Çalışma sonucu elde ettiğimiz bu bulgu literatür ile uyum göstermektedir. Ayrıca %50'nin üzerinde evli olduklarını ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (Özcan, 2019; Türk, 2018). Bu çalışmalarla, elde edilen bulgunun örtüşmemesi, araştırmanın büyük çoğunluğunun genç yaş grubunu ve örneklemin %50,8'inin (n=95) evliliğe engel teşkil eden bipolar bozukluk ve şizofreni tanılı hastaları kapsamı olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmada, hastaların %66,3'ü (n=124) çalışmamaktadır. Psikiyatrik hastalıkların, mesleki fonksiyon ve iş kaybına yol açtığı yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir (Keskin ve ark., 2013; Yıldırım ve Alptekin, 2012). Literatüre bakıldığında, yapılan birçok çalışmada hastaların büyük bir kısmının çalışmadığı saptanmıştır (Harkın, 2009; Kayta ve ark., 2017; Özcan, 2019; Uğuz, 2018). Harkın (2009) bipolar bozukluk tanılı hastalarla yürüttüğü çalışmada, hastaların %74,6'sının herhangi bir işte çalışmadığını ifade etmiştir. Bipolar bozukluğun atak dönemlerinin, hastaların sık iş değiştirmesine, düzenli bir işe sahip olamamasına ve işini kaybetmesine neden olduğu söylenebilir. Kayta ve arkadaşları (2017), şizofreni hastalarının %66'sının herhangi bir işte çalışmadığını, bu hastaların %56,7'sinin çalışma isteği olmadığını, %75,6'sının iş aramadığını belirtmiştir. Bouwmans ve arkadaşları (2015), istihdama katılımın psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin yaşadığı sorunların çözümünde ve sosyalleşmesinde büyük bir önem taşıdığını ifade etmiştir. Liberman (2011), şizofreni hastalarına çalışan kimliği kazandırmanın iyileşme sürecini kolaylaştırdığını belirtmiştir. Çalışma sonucu elde ettiğimiz bulgu, bu sonuçlar ile uyum göstermektedir. Ayrıca, hastalık sürecinde, bireylerin sosyoekonomik olarak ailelerine bağımlı bir durumda oldukları değerlendirilmektedir.

Mevcut çalışmada hastalığa ilişkin özellikler ile ilgili bulgulara bakıldığında, Hastaların büyük bölümü, hastalıklarının 1-5 yıldır %29,4 (n=55) ve 5-10 yıldır %25,7 (n=48) mevcut olduğunu ve benzer şekilde 1-5 yıldır %24,6 (n=46) ve 5-10 yıldır %22,5 (n=42) tedavi gördüklerini ifade etmiştir. Elde edilen bulgular, hastaların büyük çoğunluğunun psikiyatrik hastalığı kabullenerek kısa süre içerisinde tedaviye başlamış olduklarını düşündürmektedir.

Hastaların %80,2'si (n=150) herhangi bir başka kronik bir hastalığa sahip olmadığını belirtmiştir. Literatüre bakıldığında, İsmanur (2016), ağır psikiyatrik hastalığa sahip bireylerle yapmış olduğu çalışmada hastaların %80'inde; Türk (2018) bipolar bozukluk tanımlı hastalara yönelik çalışmasında, hastaların %85,7'sinde herhangi bir başka fiziksel hastalığın bulunmadığını ifade etmiştir. Bu bulgu, literatürle uyum göstermektedir. Çalışmaya katılan hastaların %51,9'u (n=97) ailesinde psikiyatrik hastalığı olan birinin olduğunu ifade etmiştir. Literatüre bakıldığında Köroğlu (2015), bipolar bozukluklar başta olmak üzere çoğu psikiyatrik hastalıklarda kalıtsal geçişlerin, hastalığa neden olan en önemli faktör olduğunu belirtmiştir. Ayrıca aile üyelerinden birinde bipolar bozukluk öyküsü olan kişilerde bipolar bozuklukların, 10 kat daha fazla görülme olasılığının olduğunu ifade etmiştir. Çalışma sonucu elde ettiğimiz bulgu, bu sonuçlar ile uyum göstermektedir.

Hastaların %40,1'i (n=75) daha önce psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi gördüklerini ve bu hastaların %47,9'unun (n=36) 1 defa, %30,7'sinin (n=23) 2 defa ve kalan %21,4'ünün (n=16) 3 ve daha fazla defa iki geceyi aşan yatılı tedavi gördüğünü belirtmiştir. Literatüre bakıldığında, Türk (2018), hastaların %47,6'sının daha önce yatılı tedavi gördüklerini ve bu hastaların %24,8'inin 1-2 kez, %11,4'ünün 3-4 kez, %11,4'ünün 5 ve üzeri kez yatılı tedavi gördüklerini ifade etmiştir. Bu bağlamda bulgular, literatür bilgisini desteklemektedir.

Çalışmada, hastaların hastalık ve tedavi süreçlerine dair tutumlarını, sosyal destek algılarını ve sosyal hizmet müdahalelerinin gerekliliğine yönelik düşüncelerini değerlendirmek amacıyla sorular sorulmuştur. Hastaların, %46,5'i (n=87) kendi istekleri ile kliniğe geldiğini, büyük bölümü tedavi süresince %36,3'ü (n=68) ailenin ve %33,2'si (n=62) aile + tedavi ekibinin olumlu desteğini gördüklerini, %34,8'i (n=65) bu hastalığın geçici olduğunu, %34,8'i (n=65) hayatının bir parçası olduğunu ve kalan %30,4'ü (n=57) ise ara sıra gelen bir durum olarak gördüklerini belirtmiştir. Hastalığın

kronikleşmesinin, hastalığın benimsenerek yaşamın bir parçası veya ara sıra gelen bir durum olarak algılanmasına yol açtığı düşünülmektedir.

5.2. Psikiyatri Hastalarının, Psikososyal Uyum Düzeyleri ile Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmanın amaçları doğrultusunda belirlenen ikinci alt problem incelendiğinde, mevcut çalışmada hastaların %18,7'sinin (n=35) iyi, %22,5'inin (n=42) orta ve %58,8'inin (n=110) düşük psikososyal uyum düzeyleri olduğu tespit edilmiştir. İlgili literatür incelendiğinde, PAIS-SR ile psikososyal uyum düzeyinin değerlendirildiği çalışmalarda mevcut hastalık, farklı hastalıklarla kıyaslanmıştır (Adaylar, 1995; Çam ve ark, 2009; Kaymaz ve Akdemir, 2016; Ramirez, 2003). Karşılaştırma yapılmasına yönelik psikiyatrik hastalıklarda psikososyal uyum düzeyini ölçen araştırmaların literatüre kazandırılması önemlidir. Literatüre bakıldığında Uğuz (2018) TRMS'de psikiyatrik hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların %6,7'sinin iyi, %34,4'ünün orta ve %58,9'unun düşük psikososyal uyum düzeyleri olduğunu belirtmiştir. Karataş (2014) koroner kalp hastalarıyla yaptığı çalışmada, hastaların %17,6'sının iyi, %13,6'sının orta ve %68,8'inin düşük psikososyal uyum düzeyleri olduğunu tespit etmiştir. Çetinkaya (2019) kalp hastalarına yönelik yaptığı çalışmada, hastaların %16'sının iyi, %17'sinin orta ve %67'sinin düşük psikososyal uyum düzeyleri olduğunu ifade etmiştir. Çam ve arkadaşları (2009), kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada ise hastaların %26,3'ünün iyi, %40,7'sinin orta ve %33'ünün düşük psikososyal uyum düzeyleri olduğunu belirtmiştir. Çalışma sonucu elde ettiğimiz bu bulgu, farklı hastalıklara dair yürütülen araştırmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada, hastaların toplam psikososyal uyum puan ortalamaları ($58,76 \pm 25,25$) olarak tespit edilmiştir. Hastaların genel psikososyal uyum düzeylerinin kötü düzeyde olmadığı değerlendirilebilir. Adaylar (1995) akut ve kronik hastalığa sahip bireylerle gerçekleştirdiği çalışmada hastaların toplam psikososyal uyum puan ortalamalarını 56.91 ± 18.4 olarak ifade etmiştir. Öyke (2008) behçet hastalarıyla yaptığı çalışmada, hastaların toplam psikososyal uyum puan ortalamalarını ($43,14 \pm 17,80$) olarak belirtmiştir. Swain ve arkadaşları (1996) kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada, hastaların toplam psikososyal uyum puan ortalamalarını ($51,46 \pm 9,97$) olarak ifade etmiştir.

Çalışmada, en iyi uyumun görüldüğü alandan en kötü uyumun görüldüğü alana doğru sırasıyla; mesleki çevre, geniş aile ilişkileri, aile çevresi, sağlık bakımına oryantasyon, cinsel yaşam, sosyal çevre ve psikolojik distres olarak saptanmıştır. Literatüre bakıldığında, Uğuz (2018) yaptığı çalışmada, en kötü uyumun aile çevresi alanında, en iyi uyumun cinsel yaşam alanında olduğunu tespit etmiştir. Akın ve Durna (2006) kalp yetersizliği hastalarıyla yaptığı çalışmada, meslek çevresi, sosyal çevre ve psikolojik distres alanlarının olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Kaçmaz (2003) kronik hastalığa sahip bireylerle yaptığı çalışmada, en çok olumsuz etkilenen alanların psikolojik distres, mesleki çevre ve sağlık bakımına oryantasyon olduğunu ifade etmiştir. Akın ve Durna (2006), Çetinkaya (2019), Kaymaz ve Akdemir (2016) çalışmalarında, en iyi uyumun geniş aile ilişkileri alanında görüldüğünü belirtmiştir. Öyke (2008) ise yaptığı çalışmada, sağlık bakımına oryantasyon alanının en kötü uyuma sahip olduğunu ifade etmiştir. Bu bağlamda bulgular, literatür bilgisini desteklemektedir. Çalışmaların büyük bir kısmında, aile çevresi ve geniş aile ilişkileri alanlarında uyumun iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Bu durumun, ülkemizde aile ve akrabalık bağlarının kuvvetli olmasından, hastalık süreçlerinde destek ve yardımlaşmanın sürdürülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların yaş, medeni durum, çocuk sahibi olup olmaması, kronik başka bir hastalık olması, hastalığın mevcut olma süresi ve 2 gecedan daha çok hastanede yatılı tedavi görme sayısı değişkenleri gruplarına göre PAIS-SR toplam puan ortalaması incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu değişkenlerin gruplarına göre PAIS-SR alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir.

Literatüre bakıldığında, yaş gruplarına göre PAIS-SR toplam puan arasında fark bulunmadığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Akın, 2003; Çam ve ark., 2009; Kaymaz ve Akdemir, 2016; Öyke, 2008; Uğuz, 2018). Çalışma sonucu elde ettiğimiz bu bulgu, literatür ile benzerlik göstermektedir. Adaylar (1995) yaptığı çalışmada, yaş arttıkça hastalığa uyumun kötüleştiğini ifade etmiştir. Kaçmaz'ın (2003) çalışması, bunun yanında Watt ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında, genç hastaların hastalığa uyumlarının ileri yaşa göre daha kötü olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla, bu çalışmalar, elde ettiğimiz bulgu ile örtüşmemektedir. Yaşın psikososyal uyuma olan etkisine dair yapılan çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Bu durumun temel nedeni, yaş

artışına bağlı olarak hastalıkta istenmeyen etkilerin görülmesi ya da genç yaşta hastalığın kişi üzerinde daha fazla etki oluşturmaları olarak düşünülebilir. Çalışmada, 20 yaş ve altı grubundaki hastaların psikolojik distres alt boyutuna ilişkin uyum düzeylerinin, 31-40 ve 41-50 yaş grubundan daha iyi olduğu saptanmıştır. Bu durumun, hastalığın başlangıcının yeni ya da mevcut olma süresinin az olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Literatüre bakıldığında, medeni gruplarına göre PAIS-SR toplam puan arasında fark bulunmadığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Çam ve ark.,2009; Kaçmaz, 2003; Kaymaz ve Akdemir, 2016; Öyke, 2008) Bu bulgu, literatür ile benzerlik göstermektedir. Ancak, medeni durum gruplarına göre PAIS-SR toplam puan arasında fark bulunduğunu ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (Karataş, 2014; Uğuz, 2018; Yuet, 2002). Çalışmada, evli ve bekar hastaların aile çevresi alt boyutuna ilişkin uyum düzeylerinin, boşanmış hastalardan daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, boşanma sürecinin aile içi ilişkileri ve iletişimi olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır.

Literatüre bakıldığında, çocuk sahibi olma durumuna göre PAIS-SR toplam puan arasında fark bulunduğunu ve bulunmadığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Çalışmadan elde ettiğimiz bulgu Öyke'nin (2008) çalışması ile uyumluyken; Kaçmaz'ın (2003) çalışması ile örtüşmemektedir. Bu çalışmada, çocuğu olmayan hastaların psikolojik distres alt boyutuna ilişkin uyum düzeylerinin çocuğu olan hastalardan daha iyi olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik hastalıkların, ebeveynlerin çocuklarına karşı sevgi ve bakım gereksinimlerini karşılamasına engel teşkil ettiği ve bu durumun ağır bir yükümlülük algısı ile birey üzerinde psikolojik baskı oluşturduğu düşünülmektedir.

Çalışmada kronik başka bir hastalığı olmayan hastaların sosyal çevre alt boyutuna ilişkin uyum düzeylerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında Uğuz (2018), kronik psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin başka bir kronik hastalığa olmayan bireylere göre aile çevresi ve sağlık bakımına oryantasyon alt boyutlarındaki uyum düzeylerinin daha kötü olduğunu ifade etmiştir. Kaymaz ve Akdemir (2016) ise kronik hastalığa sahip bireylerin başka hastalığa olmayan bireylere göre cinsel yaşam alt boyutundaki uyum düzeylerinin daha kötü olduğunu belirtmiştir. Çalışmadan elde ettiğimiz bulgu, bu çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Literatüre bakıldığında, 2 gecedan daha çok hastanede yatılı tedavi görme gruplarına göre PAIS-SR toplam puan arasında fark bulunduğunu ve bulunmadığını

ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Çalışmadan elde ettiğimiz bulgu Öyke (2008), Akın (2003) ve Kaçmaz'ın (2003) çalışmaları ile uyumluyken; Uğuz (2018) ve Adaylar'ın (1995) çalışması ile uyumlu değildir. Çalışmada, sadece 1 defa iki geceyi aşan yatılı tedavi gören hastaların aile çevresi alt boyutundaki uyum düzeyleri, diğer hastalardan iyi olduğu belirlenmiştir. Uğuz (2018), hastanede yatan hastaların, sağlık bakımına oryantasyon ve aile çevresi alt boyutlarının uyum düzeylerini daha fazla etkilediğini ifade etmiştir. Çalışma sonucu elde ettiğimiz bulgu, bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Yine mevcut çalışmada, hastalığın mevcut olduğu süre aile çevresi, sosyal çevre ve psikolojik distress alt boyutlarında anlamlı bir farklılaşmaya neden olmuştur. Hastalık süreci, hasta birey ile birlikte aile ve sosyal çevresini de etkilemekte ve yaşam düzenini değiştirmektedir (Schwarz ve Elman, 2003). Ayrıca hastalığın psikososyal boyutunu ortaya koymaktadır.

Çalışmada hastaların tedavi alış şekli, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, psikiyatrik tanı, tedavi görme süresi, daha önce psikiyatri kliniğinde 2 geceyi aşan yatılı tedavi görme, kliniğe gelme şekli, kimlerden olumlu destek alındığı, hastalığa dair bakış açısı, sosyal hizmet müdahalesi, aile ve sosyal çevre desteği ile aile görüşmelerini önemli görme değişkenleri gruplarına göre PAIS-SR toplam puan ortalaması incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu değişkenlerin gruplarına göre PAIS-SR alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde de istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmada, kaygı ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların genel psikososyal uyum düzeylerinin, diğer hastalardan; depresyon ve bipolar bozukluğu tanısı almış hastaların genel psikososyal uyum düzeylerinin ise şizofreni hastalarından daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Literatüre bakıldığında, cinsiyet gruplarına göre PAIS-SR toplam puan arasında fark bulunduğunu ve bulunmadığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Çalışmadan elde ettiğimiz bulgu Karataş (2014)'ün çalışması ile benzerlik gösterirken; Adaylar (1995), Akın (2003), Uğuz (2018), Kaymaz ve Akdemir (2016), Kaçmaz (2003), Öyke (2008) ve Yuet'in (2002) çalışma sonuçları ile örtüşmemektedir. Çalışmada, kadın hastaların aile çevresi alt boyutundaki uyum düzeylerinin erkek hastalardan daha iyi olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, Çetinkaya'nın (2019) araştırma sonucu ile örtüşmektedir. Bu bulgu erkeklerin hasta olmaları durumunda aile içerisinde beklenen

sorumluluklarını yerine getirememesi nedeniyle daha çok baskı altında kaldıklarını ve uyum sağlayamadıklarını düşündürmektedir.

Literatüre bakıldığında, eğitim düzeyi gruplarına göre PAIS-SR toplam puan arasında fark bulunduğunu ve bulunmadığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Çalışmadan elde ettiğimiz bulgu Karataş (2014), Akın ve Durna (2006), Kaymaz ve Akdemir'in (2016) çalışmaları ile uyumluyken; Kaçmaz (2003) ve Öyke'nin (2008) çalışma sonuçları ile örtüşmemektedir. Mevcut çalışmada eğitim durumu, geniş aile ilişkileri boyutu hariç genel ve diğer altı alt boyut bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça psikososyal uyum düzeyi genel ve alt boyutlarda artmaktadır. Çalışmamızda, literatür ele alındığında psikososyal uyumda etkilenen alt boyut sayısı fazladır.

Literatüre bakıldığında, çalışma durumu gruplarına göre PAIS-SR toplam puan arasında fark bulunduğunu ve bulunmadığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Çalışmadan elde ettiğimiz bulgu, Öyke (2008) ve Karataş'ın (2014) çalışmaları ile uyumluyken; Uğuz (2018), Kaçmaz (2003) ve Çetinkaya'nın (2019) çalışma sonuçları ile örtüşmemektedir. Çalışma durumunun, psikolojik distres hariç genel ve diğer tüm alt boyutları bakımından da farklılaşmaya neden olduğu saptanmıştır. Psikososyal uyum düzeyi, genel ve alt boyutlarda çalışan hastalarda çalışmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürle karşılaştırma yapıldığında, çalışma durumu mesleki çevre boyutu ile diğer alt boyutlarda da uyum düzeyini etkilemektedir. Psikiyatrik hastalıklar iş kaybına yol açmaktadır (Keskin ve ark., 2013; Yıldırım ve Alptekin, 2012). Psikolojik distres alt boyutunda anlamlı bir farkın olmamasının nedeni, psikiyatri hastalarının çalışmadıklarında sosyoekonomik olarak aileye bağımlı olması ve bundan dolayı bir kaygı taşınamaları olarak değerlendirilebilir.

Literatüre bakıldığında, hastaların algıladıkları sosyal destek arttıkça hastalığa psikososyal uyumları da artmaktadır (Çetinkaya, 2019; Kaçmaz, 2003; Öyke 2008). Çalışmadan elde edilen bulgu literatürle uyumludur. Ayrıca mevcut çalışmada psikiyatrik tanı, kliniğe gelme şekli, hastalığa dair bakış açısı, sosyal hizmet müdahalesi, aile ve sosyal çevre desteği ile aile görüşmelerini önemli görmeye dair sorular sorulmuştur. Psikiyatrik hastalık ve bu hastalığa yönelik algı ve tutumları değerlendiren soruların, psikososyal uyum üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Psikiyatri alanında sosyal hizmet müdahalelerinin önemini ortaya koymak amacıyla

yapılan bu çalışmada olduğu gibi, sosyal hizmet çerçevesinde psikososyal uyumu değerlendiren ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

5.3. Psikiyatri Hastalarının, Benlik Saygısı Düzeyleri ile Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmanın amaçları doğrultusunda belirlenen üçüncü alt problem incelendiğinde, mevcut çalışmada hastaların %24,6'sının (n=46) düşük, %45,5'inin (n=85) orta ve kalan %29,9'unun (n=56) ise yüksek benlik saygısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Hastaların ortalama benlik saygısı puanı $2,94 \pm 1,87$ olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç, araştırmaya katılan hastaların benlik saygılarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Çalışmada hastaların yaş, çocuk sahibi olup olmaması, kronik başka bir başka hastalığın varlığı, hastalığın mevcut olma süresi ve 2 gecedan daha çok hastanede yatılı tedavi görme sayısı değişkenlerine göre RBSÖ puan ortalaması incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Literatürde, Kök ve Demir (2018), şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı alan 180 hasta ile yaptığı çalışmada hastanede yatma durumu ve hastalığın mevcut olma süresinin benlik saygısı üzerine etkisi olmadığını tespit etmiştir. İsmannur (2016) bipolar, şizofreni ve diğer psikotik bozukluğa sahip 117 hastayla yapmış olduğu çalışmada cinsiyet, yaş, medeni durum, hastalığın mevcut süresi, yatış durumuna göre benlik saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir. Blairy ve arkadaşları (2004) bipolar bozukluk tanısı almış olan 144 hasta ile yapmış oldukları çalışmada, cinsiyet ve medeni durumun benlik saygısı üzerine etkisi olmadığını tespit etmiştir. Aydemir ve Akkaya (2011) bipolar bozukluk tanılı 150 hasta ile yaptığı çalışmada, yaş ve cinsiyetin benlik saygısı üzerine etkisi olmadığını saptamıştır. Tel ve Ertekin Pınar (2012), cinsiyet ve hastaneye yatış sıklığına göre benlik saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir. Alıcı ve Önder (2016), kaygı bozukluğu olan ve olmayan bireylerle gerçekleştirdiği çalışmada, cinsiyete göre benlik saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını ifade etmiştir. Çalışmada yalnızca yaş, hastalığın mevcut olma süresi ve yatılı tedavi görme değişkenlerine dair elde ettiğimiz bulgular, literatürdeki bu sonuçlar ile örtüşmektedir.

Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, psikiyatrik tanı değişkenlerine göre RBSÖ puan ortalaması incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Çalışmada, kadın hastaların benlik saygısı düzeylerinin, erkek hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Evli ve bekar hastaların benlik saygısı düzeyleri, boşanmış hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Kök ve Demir (2018) boşanmış, eşi vefat etmiş ya da ayrı yaşayan hastaların benlik saygısı düzeylerinin daha düşük olduğunu belirtmiştir. Bu çalışma, elde ettiğimiz bulgu ile uyumludur. Aytan (2010) obsesif kompulsif tanısı alan bireylerle yaptığı çalışmada, cinsiyet ve medeni durumun benlik saygısı üzerine etkisi olmadığını belirtmiştir. Bu sonuç ise elde edilen bulgu ile örtüşmemektedir.

Eğitim durumuna göre RBSÖ puan ortalaması incelendiğinde, çalışmada, yükseköğretim mezunlarının benlik saygısı düzeylerinin, ilköğretim ve lise mezunlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kök ve Demir (2018), okuryazar hastaların benlik saygısı düzeylerinin, lise ve yükseköğretim mezunu hastalardan daha düşük olduğunu belirtmiştir. Türk (2018), bipolar tanılı hastalarla yaptığı çalışmada, eğitim seviyesinin artmasına bağlı olarak benlik saygısı düzeyinin de arttığını ifade etmiştir. Bu bulgu literatür ile uyum göstermektedir.

Çalışma durumuna göre RBSÖ puan ortalaması incelendiğinde, mevcut araştırmada, çalışan hastaların benlik saygısı düzeylerinin, çalışmayan hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Psikiyatrik hastalıklarda benlik saygısını ele alan çalışmalarda, çalışan hastaların benlik saygısı düzeylerinin çalışmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptanmıştır (Aytan, 2010; Türk, 2018; Van Dongen, 1996). Bu bulgu literatür ile uyum göstermektedir. Çalışıyor olmak, bireye sorumluluk vererek bağımsız bir yaşam kazandırır. Bununla birlikte öz yeterlilik, benlik saygısı, kişiler arası iletişimi ve sosyalleşmeyi arttırmaktadır (Lieberman, 2011).

Psikiyatrik tanıya göre RBSÖ puan ortalaması incelendiğinde, çalışmada kaygı ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların benlik saygısı düzeylerinin, bipolar bozukluğu ve şizofreni tanısı almış hastalardan; depresyon tanısı almış hastaların benlik saygısı düzeylerinin ise şizofreni tanısı almış hastalarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kök ve Demir (2018), yaptığı çalışmada, bipolar bozukluk tanılı hastaların benlik saygısı düzeylerinin, şizofreni tanılı hastalardan yüksek olduğunu belirtmiştir. Bu

bulgu, literatürle benzerlik göstermektedir. Bu durumun şizofreni hastalarında psikotik bulguların daha yoğun ve şiddetli görülmesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

5.4. Psikiyatri Hastalarının, Yaşam Kalitesi Düzeyleri ile Tanımlayıcı Özellikleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmanın amaçları doğrultusunda belirlenen dördüncü alt problem incelendiğinde, mevcut çalışmada, hastaların medeni durumu, çocuk sahibi olup olmaması, başka kronik bir hastalığın varlığı, hastalığın ne kadar süredir olduğu ve tedavi süresi ile sosyal hizmet müdahalesinin gerekli görülmesi değişkenleri dışındaki diğer tüm değişken gruplarına göre yaşam kalitesinin bedensel boyutuna ilişkin puan ortalaması incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Hastaların cinsiyeti, yaşı, çocuk sahibi olup olmaması, başka kronik bir hastalığın varlığı, hastalığın ne kadar süredir olduğu, daha önce psikiyatri kliniğinde 2 geceyi aşan yatılı tedavi görme sayısı ile sosyal hizmet müdahalesinin gerekli görülmesi değişkenleri dışındaki diğer tüm değişken gruplarına göre yaşam kalitesinin ruhsal boyutuna ilişkin puan ortalaması incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Hastaların yaşı, medeni durumu, çocuk sahibi olup olmaması, başka kronik bir hastalığın varlığı ve daha önce psikiyatri kliniğinde 2 geceyi aşan yatılı tedavi görme sayısı değişkenleri dışındaki diğer tüm değişken gruplarına göre yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler boyutuna ilişkin puan ortalaması incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Hastaların tedavi alış şekli, eğitim, medeni ve çalışma durumları, ailede psikiyatrik hastalığın varlığı, psikiyatrik tanı, daha önce psikiyatri kliniğinde 2 geceyi aşan yatılı tedavi görme, bugün kliniğe gelme şekli ve tedavi süresince kimlerden olumlu destek alındığı değişkenleri gruplarına göre yaşam kalitesinin çevre-TR boyutuna ilişkin puan ortalaması incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Çalışmada, yaşam kalitesi boyutlarından en yüksek ortalamadan en düşük ortalamaya sırasıyla; çevre boyutu ($13,72 \pm 1,69$), ruhsal boyut ($12,59 \pm 2,05$), sosyal ilişkiler boyutu ($11,55 \pm 3,54$) ve bedensel boyut ($11,45 \pm 1,94$) olarak tespit edilmiştir. Akdede ve arkadaşları (2005) obsesif kompulsif tanılı hastalarla yaptığı çalışmada,

çevre boyutunu ($13,7\pm3,0$), ruhsal boyutu ($12,5\pm2,3$), sosyal ilişkiler boyutunu ($13,04\pm4,2$) ve bedensel boyutu ($12,7\pm2,5$) olarak ifade etmiştir. Bu sonuç ile elde edilen bulgu benzerlik göstermektedir. Arguvanlı Çoban ve arkadaşları (2013) bipolar tanısı alan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmada, çevre boyutunu ($29,2\pm4,6$), ruhsal boyutu ($19,2\pm3,1$), sosyal ilişkiler boyutunu ($8,0\pm2,4$) ve bedensel boyutu ($20,4\pm3,8$) olarak belirtmiştir. Türk (2018) yaptığı çalışmada, çevre boyutunu ($29,2\pm4,6$), ruhsal boyutu ($19,82\pm5,2$), sosyal ilişkiler boyutunu ($8,94\pm3,05$) ve bedensel boyutu ($26,25\pm6,03$) olarak tespit etmiştir. Bu sonuçlar elde edilen bulgularla kısmen örtüşmektedir.

Çalışmada, ailesinde psikiyatrik hastalık görülmeyen hastaların tüm alt boyutlardaki yaşam kalitesi puanları, görülen hastalardan yüksek bulunmuştur. İki geceyi aşan yatılı tedavi görmeyen hastaların tüm alt boyutlardaki yaşam kalitesi puanları, yatılı tedavi gören hastalardan yüksek bulunmuştur. Türk (2018) ve Michalak (2006) ise yaptıkları çalışmalarda, yatış durumu ve ailede psikiyatrik öykünün varlığının, WHOQOL-Bref-Tr ölçeğinin tüm alt boyutları üzerine etkisinin istatistiksel olarak bir anlamı olmadığını belirtmiştir. Bu sonuçlar, çalışmadan elde edilen bulgularla örtüşmemektedir.

Çalışmada, yaş değişkeni bedensel boyutta, cinsiyet değişkeni bedensel ve sosyal ilişkiler boyutunda, medeni durum değişkeni ruhsal ve çevre-TR boyutlarında etkili bulunmuştur. Literatürde yaş, cinsiyet ve medeni durum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Saarni ve ark., 2010; Tsay ve Healstead, 2002; Türk, 2018). Elde edilen bulgular, bu çalışmalar ile benzerlik göstermemektedir. Kozalı (2017) depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ele aldığı çalışmada, yaş değişkeninin yaşam kalitesinin tüm alt boyutları üzerine etkisinin istatistiksel olarak bir anlamı olduğunu ifade etmiştir.

Çalışmada, hastaların eğitim durumu, çalışma durumunun, WHOQOL-Bref-Tr ölçeğinin tüm alt boyutları üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Türk (2018), hastaların eğitim ve çalışma durumlarının tüm alt boyutlar üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtmiştir. Bu sonuç, çalışmadan elde edilen bulgularla benzerlik göstermektedir. Mevcut çalışmada, yükseköğretim mezunu hastaların tüm alt boyutlardaki yaşam kalitesi puanları, ilköğretim

mezunlarından yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde çalışan hastaların tüm alt boyutlardaki yaşam kalitesi puanları, çalışmayan hastalardan yüksek bulunmuştur. Caron ve arkadaşları (2005), şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada yükseköğrenime sahip ve çalışmakta olan hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Bu bulgu, çalışma ile örtüşmektedir.

5.5. Psikiyatri Hastalarının Psikososyal Uyum, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmanın amaçları doğrultusunda belirlenen beşinci alt problem incelendiğinde, PAIS-SR ile WHOQOL-BREF-TR arasında negatif yönde, PAIS-SR ile RBSÖ arasında pozitif yönde, WHOQOL-BREF-TR ile RBSÖ arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. Türk (2018), bipolar tanıılı hastalarla gerçekleştirdiği çalışmada WHOQOL-BREF-TR ile RBSÖ arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin varlığını saptamıştır. PAIS-SR ile WHOQOL-BREF-TR arasındaki ilişki ele alındığında, hastaların psikososyal uyum düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düzeyi artmaktadır. PAIS-SR ile RBSÖ arasındaki ilişki ele alındığında, hastaların psikososyal uyum düzeyi arttıkça benlik saygısı düzeyi artmaktadır. WHOQOL-BREF-TR ile RBSÖ arasındaki ilişki ele alındığında ise, hastaların yaşam kalitesi düzeyi arttıkça benlik saygısı düzeyi artmaktadır.

Literatürde karşılaştırma yapılabilmesi için PAIS-SR ile WHOQOL-BREF-TR/RBSÖ ilişkisini ortaya koyan ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Sonuçlar;

Psikiyatri hastalarının psikososyal uyum, benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeylerini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada,

- ✓ Demografik bulgular ele alındığında; çalışmaya gönüllü olarak katılan hastaların (%56,1) kadın olup en büyük yaş grubunu %27,8 ile 21-30 yaşında olanların oluşturduğu ve hasta yaş ortalamasının $34,27 \pm 12,38$ olduğu bulundu (kadınların yaş ortalaması $34,17 \pm 12,84$; erkeklerin ise $34,39 \pm 11,84$). Hastalarının büyük bölümünün, %48,7 ile yükseköğretim mezunu olduğu, 39,6'sının evli olup %42,2'sinin çocuk sahibi olduğu görüldü. Son olarak, hastaların %66,3'ünün çalışmadığı saptandı.

- ✓ Hastalığa ilişkin özellikler ele alındığında; çalışmaya katılan hastaların %56,1'inin ayakta %43,9'unun ise yatarak tedavi gördüğü, %51,9'unun ailesinde psikiyatrik hastalığa sahip birinin olduğu tespit edildi. Hastaların psikiyatrik tanı dağılımlarına bakıldığında üçte birinin (34,8) bipolar bozukluk tanısı aldığı, %17,6'sının depresyon, %16,6'sının kaygı bozukluğu, %15'inin OKB ve %16'sının şizofreni tanısı aldığı görüldü. Hastaların %19,8'inin başkaca kronik bir hastalığı olduğu saptandı. Hastaların büyük bölümünün, hastalıklarının 1-5 (%29,4) ve 5-10 yıldır (%25,7) mevcut olduğu ve benzer şekilde 1-5 (%24,6) ve 5-10 yıldır (%22,5) tedavi gördükleri bulundu. Hastaların %40,1'inin daha önce psikiyatri kliniğinde iki geceyi aşan yatılı tedavi gördükleri ve bu hastaların %47,9'unun 1 defa, %30,7'sinin 2 defa ve kalan %21,4'ünün 3 ve daha fazla defa iki geceyi aşan yatılı tedavi gördüğü tespit edildi. Hastalara kliniğe gelme şekilleri sorulduğunda, %46,5'inin kendi istekleri ile geldiği görüldü. Hastaların büyük bölümünün, tedavi süresince (%36,3) ailenin ve aile + tedavi ekibinin (%33,2) olumlu desteğini gördükleri saptandı. Hastaların, hastalıklarını tanımlamaları istendiğinde %34,8'inin bu hastalığın bir süre sonra geçip gideceği, %34,8'inin hayatının bir parçası olduğu ve kalan %30,4'ünün ise ara sıra gelen bir durum olarak gördükleri belirlendi. Hastaların büyük bir bölümünün, %70,1 ile hastalığın tedavisi için sosyal hizmet müdahalesi gerektiğini, %75,9'u aile ve sosyal çevreden alınan desteğin önemli olduğunu ve %62,6'sı aile görüşmelerinin önemli olduğunu düşündükleri tespit edildi.
- ✓ Psikososyal uyuma dair bulgular ele alındığında; çalışmaya katılan hastaların %58,8'inin psikososyal uyum düzeylerinin düşük olduğu bulundu. Hastaların ortalama psikososyal uyum puanı ($58,76 \pm 25,25$) olarak hesaplandı. Hastaların genel psikososyal uyum düzeylerinin çok kötü olmadığı görüldü. En iyi psikososyal uyum; mesleki çevre boyutunda (%38,9), en kötü psikososyal uyum ise psikolojik distres boyutunda (%51,6) görüldü. Psikiyatri hastalarının psikososyal uyum düzeylerinin (puanlarının) bazı değişkenlere göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan analizlerin sonucunda; hastaların yaş, medeni durum, çocuk sahibi olup olmaması, kronik başka bir başka hastalık olması, hastalığın mevcut olma süresi ve daha önce psikiyatri kliniğinde 2 geceyi aşan yatılı tedavi görme sayısı değişkenleri dışındaki diğer tüm değişkenlerin grupları

arasında genel psikososyal uyum düzeyinin anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulundu. Tüm değişkenlerin gruplarına göre PAIS-SR alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde ise boyutlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi.

- ✓ Benlik saygısına dair bulgular ele alındığında, çalışmaya katılan hastaların ortalama benlik saygısı puanı $2,94 \pm 1,87$ olarak hesaplandı. Bu da, çalışmaya katılan hastaların benlik saygılarının orta düzeyde olduğunu gösterdi. Hastaların %24,6'sının düşük, %45,5'nin orta ve kalan %29,9'unun ise yüksek benlik saygısına sahip olduğu görüldü. Hastaların yaş, çocuk sahibi olup olmaması, kronik başka bir hastalığın varlığı, hastalığın mevcut olma süresi ve daha önce psikiyatri kliniğinde 2 geceyi aşan yatılı tedavi görme sayısı değişkenleri dışındaki diğer tüm değişkenlerin grupları arasında benlik saygısı düzeyinin anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulundu.
- ✓ Yaşam kalitesine dair bulgular ele alındığında; çalışmaya katılan hastaların yaşam kalitesi boyutlarında en yüksek ortalama puan çevre boyutunda ($13,72 \pm 1,69$), en düşük ortalama puan ise bedensel boyutta ($11,45 \pm 1,94$) görüldü. Hastaların boyutlara ilişkin puanları birlikte değerlendirildiğinde, yaşam kalitesi düzeylerinin çok iyi değilse de kötü de olmadığı görüldü. Hastaların medeni durumu, çocuk sahibi olup olmaması, başka kronik bir hastalığın olması, hastalığın ne kadar süredir mevcut olduğu ve tedavi süresi ile sosyal hizmet müdahalesinin gerekli görülmesi değişkenleri, yaşam kalitesinin bedensel boyutuna ilişkin algıları üzerinde etkili değilken, diğer değişkenler etkili bulundu. Hastaların, cinsiyeti, yaşı, çocuk sahibi olup olmaması, başka kronik bir hastalığın varlığı, hastalığın ne kadar süredir mevcut olduğu, daha önce psikiyatri kliniğinde 2 geceyi aşan yatılı tedavi görme sayısı ile sosyal hizmet müdahalesinin gerekli görülmesi değişkenleri, yaşam kalitesinin ruhsal boyutuna ilişkin algıları üzerinde etkili değilken, diğer değişkenler etkili bulundu. Hastaların, yaşı, medeni durumu, çocuk sahibi olup olmaması, başka kronik bir hastalığın varlığı ve daha önce psikiyatri kliniğinde 2 geceyi aşan yatılı tedavi görme sayısı değişkenleri, yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler boyutuna ilişkin algıları üzerinde etkili değilken, diğer değişkenler etkili bulundu. Hastaların, tedavi alış şekli, eğitim, medeni ve çalışma durumları, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, psikiyatrik tanı, daha önce psikiyatri kliniğinde 2 geceyi aşan yatılı

tedavi görme, bugün kliniğe gelme şekli ve tedavi süresince kimlerden olumlu destek alındığı değişkenleri, yaşam kalitesinin çevre-TR boyutuna ilişkin algıları üzerinde etkili olurken, diğer değişkenler etkili bulunmadı. Hastaların eğitim durumu, çalışma durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, psikiyatrik tanı, tedavi alış şekli, daha önce 2 geceyi aşan yatılı tedavi görme, kimlerden olumlu destek alındığı ve kliniğe gelme şeklinin, WHOQOL-Bref-Tr ölçeğinin tüm alt boyutları üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi.

- ✓ Psikososyal Uyum, yaşam kalitesi ve benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişkilere yönelik bulgular ele alındığında ise PAIS-SR- WHOQOL-BREF-TR arasında negatif yönde, PAIS-SR-RBSÖ arasında pozitif yönde, WHOQOL-BREF-TR- RBSÖ arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edildi: a)Hastaların psikososyal uyum düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düzeyi artmaktadır. b)Hastaların psikososyal uyum düzeyi arttıkça benlik saygısı düzeyi artmaktadır c)Hastaların yaşam kalitesi düzeyi arttıkça benlik saygısı düzeyi artmaktadır.

Öneriler;

Araştırma sonuçlarına göre psikososyal uyumun hastaların yaşam kalitesi ve benlik saygısı düzeyine direkt ve dolaylı yoldan pozitif etkisi olduğu görülmüştür. Bu bağlamda özellikle psikiyatri hastanelerinde sosyal hizmet uzmanlarının varlığı ve hastalar üzerinde hem ayaktan hem yatış süresince hem de taburculuk sonrası dönemde yapacakları mesleki çalışmaların önemli ve gerekli olduğu görülmektedir. Gerek literatürde yer verdiğim psikiyatrik sosyal hizmet müdahaleleri ile bu alanda yapılan örnek çalışmalar gerek araştırmanın veri toplama sürecinde hastalarla yapılan sosyal hizmet görüşmeleri ile uygulamalarındaki gözlem ve değerlendirmelerim; ortaya koymuş olduğum önerilerin temel dayanağını oluşturmaktadır.

- ✓ Psikiyatri hastalarının psikososyal uyum, benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi sosyal hizmet çerçevesinde inceleyen ileri çalışmaların yapılması,
- ✓ Psikososyal uyum, benlik saygısı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin ve etkilenen alanın her birey için farklılık gösterdiği göz önüne alınarak hastaların ihtiyaç ve sorunlarına yönelik sosyal hizmet müdahale programlarının oluşturulması ve uygulanması,

- ✓ Hastaların, hastanede polikliniğe ilk geliş veya kliniğe yatış sürecinin başında psikososyal uyum düzeylerini tespit etmek amacıyla PAIS-SR başta olmak üzere psikososyal tarama ölçekleri ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği ile durumunun değerlendirilmesi,
- ✓ Hastanın hangi yönlerden psikososyal ve işlevsellik anlamında eksikliklerin olduğu ve geliştirilmesi gerektiğinin tespiti, ayaktan veya yatış sürecinde belirlenen eksiklik ve zayıf noktalarının giderilmesi için çalışmaların yapılması,
- ✓ Hastanın sosyal destek sistemlerinin de tedaviye dahil olması, bu yönde hasta yakınları ile teröpatik ve eğitici görüşmeler yapılması, gerek duyulması halinde hastanın ev/iş/okul ortamlarının değerlendirilmesi için sosyal incelemeler yapılması,
- ✓ Taburculuk sonrası aile/okul/iş/sosyal yaşam durumlarının planlanması, psikososyal uyumu, sosyal işlevselliği arttıracak ve geliştirecek çalışmalar yapılması ve tavsiyeler sunulması,
- ✓ Taburculuk sonrası ile ayaktan tedavi süreçlerinde yapılan ve belirlenen plan ve çalışmaların takibinin yapılması, takip aşamasında yönlendirmelerin devam etmesi, takip aşamasında oluşan sıkıntılı durumlara müdahale edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abay, A. R. ve Çölgeçen. Y. (2018). Psikiyatrik Sosyal Hizmet- Koruyucu, Tedavi Edici ve Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Çalışmacıların Rolü. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. 9(16): 2148-2185. doi: 10.26466/opus.484950.
- Adaylar, M. (1995). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığındaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Öz-Bakım Yönelimleri. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
- Akalan, N. (2006). Okulöncesi Eğitimi Öğretmenlerinin Denetim Odakları Stresle Baş Çıkma Yöntemleri ve Ruh Sağlığı Düzeyleri. Niğde Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Niğde.
- Akdede, B.B., Alptekin, K., Akvardar, Y. Ve Kitiş, A. (2005). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Bilişsel İşlevler ve Klinik Bulgular ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(1):13-19.
- Aker, T., Üstünsoy, S., Kuğu, N. ve Yazıcı, A. Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum ve İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme Ölçeği. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. Antalya: 2000.
- Akın, S. (2003). Kalp Yetmezliği Hastalarının Psikososyal Uyumunun Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Akın, S. ve Durna, Z. (2006). Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumunu. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2): 1-8.
- Akıncı, F. ve Öz, F. (2003). HIV/AIDS'li Hastaların Tedaviye Uyumunu Etkileyen Psikososyal Faktörler. *Türk HIV/AIDS Dergisi*, 6:4.
- Akkaya, C., Altın, M., Kora, K. Karamustafalıoğlu, N., Yaşan, A., Tomruk, N. ve Kurt, E. (2012). Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 22(1):31-42. doi: 10.5455/bcp.20111222061433.
- Alıcı, E. ve Önder, F. (2016). Kaygı Bozukluğu Olan ve Olmayan Yetişkinlerde Sosyal Beceri Ve Benlik Saygısı. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(46):381-389.
- Anderson, D. M., Keith, J. and Novak, P. D. (Eds.). (2002). *Mosby's Medical Dictionary* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby, A Harcourt Health Science Company.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2):67-73.
- Arguvanlı Çoban, S., Özkan, B., Medik, K., ve Saraç, B. (2013). The Quality of Life of People with Bipolar Disorders and Their Caregivers. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(2):61-66. <https://doi.org/10.5505/phd.2013.58070>

- Arslantaş, D., Ünsal, A., Metintaş, S., Koç, F., & Arslantaş, A. (2009). Life Quality and Daily Life Activities of Elderly People in Rural Areas, Eskişehir (Turkey). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(2): 127-131. doi: 10.1016/j.archger.2007.11.005.
- Aslan, N. ve Arslan Cansever, B. (2012). Ergenlerin Boş Zaman Değerlendirme Algısı. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 42: 23-35.
- Aşan, Ö. ve Erenler, E. (2008). İş Tatmini ve Yaşam Tatmini İlişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(2), 207-216.
- Atagün, M. İ., Yıldırım, S., ve Canbek, Ö. (2012). Elektrokonvülsif Tedavi: Bir Güncelleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3): 350-370. <https://doi.org/10.5455/cap.20120421>
- Avcı, K. ve Pala, K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2):81-85.
- Aydemir, O. and Akkaya, C. (2011). Association of Social Anxiety with Stigmatisation and Low Self-Esteem in Remitted Bipolar Patients. *In Acta Neuropsychiatrica*, 23:224-228. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2011.00565.x>
- Aydemir, Ö., Ergün, H., Soygür, H., Kesebir, S., Tulunay, C. (2009). Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(3): 205 - 212.
- Aydiner Boylu, A. (2007). Ailelerin Yaşam Kalitelerini Etkileyen Bazı Objektif ve Sübjektif Göstergelerin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Aile ve Tüketici Bilimleri Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara.
- Ayrancı, Ü. ve Yenilmez, Ç. (2002). Eskişehir İlinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Verilen Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2): 115-124.
- Aytan, M. A. (2010). Obsesif Kompulsif Bozukluklarda Denetim Odağı ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Bahar, A., Savaş, H.A. ve Bahar, G. (2010). Psikiyatri Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışının Değerlendirilmesi. *Yeni Sempozyum Dergisi*, 1(48): 216-222.
- Barker, L. (2003). The Social Work Dictionary (5. Baskı). Washington, D.C: NASW Press.
- Başer, D., Kırlioğlu, M. ve Aktaş, A. M. (2013). Sosyal Hizmet Mesleğinin Bir Uygulama Alanı Olarak Toplum Temelli Ruh Sağlığı Sistemi ve Güncel Değişimler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2):179-192.
- Bayar, R. ve Yavuz, M. (2008). Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar (Obsesif Kompulsif Bozukluk). İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimleri Etkinlikleri, s:185-192, İstanbul.
- Becker, M. H. and Maiman, L. A. (1980). Strategies for Enhancing Patient Compliance. *Journal of Community Health*, 6(2):113–135. doi:10.1007/bf01318980

- Becker, N. and Diamond, R. (1997). *New Developments in Quality of Life In Schizophrenia*. In: Katsching, H., Freeman, H., Sartorius, N. (eds), *Quality of Life in Mental Disorders*. West Sussex: Willey, I 19-133.
- Bilir, N., Özcebe, H., Vazioğlu, S. A., Aslan, D., Subaşı, N. ve Telatar, T. G. (2005). Van İlinde 15 Yaş Üzeri Erkeklerde SF-36 ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 25:663-668.
- Blairy, S., Linotte, S., Souery, D., Papadimitriou, G. N., Dikeos, D., Lerer, B. And Mendlewicz, J. (2004). Social Adjustment and Self-esteem of Bipolar Patients: A Multicentric Study. *Journal of Affective Disorders*, 79(3):97-103. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00347-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00347-6)
- Bolu, Abdullah, Murat Erdem ve Taner Öznur. (2013). Transkranyal Manyetik Stimülasyonun Psikiyatride Tanısal Amaçlı Kullanımı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4):378-387.
- Bouwman, C., de Sonnevile, C., Mulder, C., and Hakkaart-van Roijen, L. (2015). Employment and the Associated Impact on Quality of Life in People Diagnosed with Schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11:2125-2142. <https://doi.org/10.2147/NDT.S83546>
- Boztaş, M. H. ve Arısoy, Ö. (2010). Tıbbi Hastalarda Depresyon: Tanısal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(3): 318-332.
- Brown, M. and Bussel, J. (2011). Medication Adherence: Who Cares? *Mayo Clinic Proceedings*, 86(4): 304-314.
- Bulteau, S., Bronnec, M.G., Yves, B.P., Jules, L.E., Etcheverrigaray, F., Christophe, L.J., Vigneau, C.V., Marie, V.J. and Sauvaget, A. (2018). Bipolar Disorder and Adherence: Implications of Manic Subjective Experience on Treatment Disruption. *Patient Preference and Adherence*, 12(1): 1355–1361.
- Bursal, M. (2017). SPSS ile Temel Veri Analizleri. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Cameron, C. (1996). Patient Compliance: Recognition of Factors Involved and Suggestions for Promoting Compliance with Therapeutic Regimens. *Journal of Advanced Nursing*, 24(2):244–250. doi:10.1046/j.1365-2648.1996.01993.
- Campbell, A., Converse, P.E. and Rogers, W.L. (1976). *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Can, A. (2017). SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi (5. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Caron, J., Mercier, C., Diaz, P., and Martin, A. (2005). Socio-demographic and Clinical Predictors of Quality of Life in Patients with Schizophrenia or Schizo-affective Disorder. *Psychiatry Research*, 137(3):203-213. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.07.002>
- Cevher, F. N. ve Buluş, M. (2007). Benlik Kavramı ve Benlik Saygısı: Önemi ve Geliştirilmesi. *Akademik Dizayn Dergisi*, 1(2): 52-64.
- Christudas, M.J., Gupta, B.S., Undela, K., Isaac, N.M., Ram, D., and Ramesh, M. (2016) Assessment of Impact of Pharmacophilia and Pharmacophobia on Medication Adherence in Patients with Psychiatric Disorders: A Cross-Sectional Study. *Indian Journal of Pharmacology*, 48(6):701-705.

- Cia, A.H., Stagnaro, J.C., Gaxiola, S.A., Vommara, H., Loera, G., Mediana-Mora, M.E., Sustas, S., Benjet, C. and Kessler, R.C. (2018). Lifetime Prevalence and Age-of-onset of Mental Disorders in Adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(4):341-350. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1492-3>
- Constitution of the World Health Organization*, (1946).
- Cüceloğlu D. (2005). *İnsan ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramları* (13. Baskı). İstanbul:Remzi Kitabevi.
- Cüceloğlu, D. (2014). *İnsan Ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramlar* (28.bs.). İstanbul: Remzi Kitabevi
- Çakır, F. İlnem, C. Ve Yener F. (2010). Kronik Psikotik Hastalarda Taburculuk Sonrası Takip ve Tedaviye Uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(1): 50-59. DOI: 10.5350/DAJPN2010230108
- Çam, O., Saka, Ş. ve Gümüş, A. B. (2009). Meme Kanseri Hastalarının Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *The Journal Of Breast Health*, 5(2): 73-81.
- Çelik, F.H. ve Hocaoglu, Ç. (2016). Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal Of Contemporary Medicine*, 6(1): 51-66.
- Çelik, S., Kelleci, M., Avcı, D. ve Temel, E. (2015). Tip 1 Diyabetli Genç Yetişkinlerin Hastalığa Psikososyal Uyumları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2): 105-115. <https://doi.org/10.17672/fnhd.69115>
- Çetin, A., Çengel, M, S. ve Dilbaz, N. (2017). Transkraniyal Manyetik Uyarım ve Kognisyon. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri*, 10(2): 145-149.
- Çetinkaya, S. (2019). Kalp Hastalıklarında Hastalığa Psikososyal Uyum Ve Sosyal Destek Algısı. T.C. Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Çobanoğlu, Z.S.Ü., Aker, T. ve Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. *Düşünen Adam*, 16(4): 211-218.
- Çöl, S.E., Çayköylü, A., Karakaş, U. G., Uğurlu, M., (2014). Factors Affecting Treatment Compliance in Patients with Bipolar 1 Disorder During Prophylaxis: a Study from Turkey. *General Hospital Psychiatry*, 36(2):208-213.
- Çuhadaroglu, F. (1986). Adolesanlarda Benlik Saygısı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
- de Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R. and van Middendorp, H. (2008). Psychological Adjustment to Chronic Disease. *The Lancet*, 372: 246-255. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61078-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61078-8).
- Demiral, Y. (2001). Çalışanlarda ve İşsizlerde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenler ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir.

- Demirkol, M. E. ve Lut T. (2016). Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1):85-93. doi: [10.18863/pgy.49806](https://doi.org/10.18863/pgy.49806).
- Demirkol, M.E., Tamam L., Evlice, Y.E. ve Karaytuğ, M.O. (2015). Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumu. *Cukurova Medical Journal*, 40(3):555-568.
- Dep, S., Thomas, M. and Bright, C. (2001). Mental Disorder in Adults With Intellectual Disability: Prevalence of Functional Psychiatric Illness Amonga Community-Based Population Aged Between 16 and 64 Years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6):495-505.
- Depression and Suicide Risk* (2014). American Association of Suicidology, www.suicidology.org, Erişim:30.11.2020
- Derogatis, L. R. (1975). Psychosocial Adjustment to Illness.Baltimore: *Scale Clinical Psychometric Research*.
- Derogatis, L. R. (1986). The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*, 30: 77-91.
- Derogatis, L. R. and Derogatis, M. A. (1990). *PAIS & PAIS-SR: Administration, Scoring & Procedures Manual-II*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L.R. and Lopez, M. (1983) .The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS& PAIS-SR): Administration, Scoring and Procedures Manual –I Baltimore: Clinical Psychometric Research Inc.
- Dıġrak, E., Koçoğlu, D. ve Akın, B. (2014). Kırsal Bir Bölgedeki Yetişkinlerde Ruhsal Sorunların Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3):122-128.
- Dilbaz, N., Karamustafaoğlu, O., Oral, T., Önder, E. ve Çetin, M. (2006). Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Şizofreni Hastalarında Tedaviye Uyumun Ve Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 16(4): 223-232.
- Duman, Z.Ç. ve Bademli, K. (2013). Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: SistematiK Bir İnceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1):78-94. <https://doi.org/10.5455/cap.20130506>
- Elbi, H. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(3): 3-18.
- Engin, E., Çuhadar, D. (2014).Bipolar Bozukluk. İçinde: Çam, O., Engin, E., *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Engin, E., ve Ergün G., (2014). Depresyon. İçinde: Çam, O., Engin E., *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Engle, G. (1977). The Need For a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(1): 129-136.
- Engle, G. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *American Journal of Psychiatry*, 137(1): 535-544.
- Ergen, A., Tanrıverdi, O., Kumbasar, A., Arslan, E. ve Atmaca, D. (2011). Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma. *Haseki Tıp Bülteni*, 49:14-19.

- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M. ve Şimsek, Z. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara.
- Ersoy, M.A. ve Varan, A. (2007). Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2):163-171.
- Eser, Y. S., Fidaner, H., Fidaner, C., Elbi, H., Eser, E., ve Göker, E. (1999). “Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref. 3 P. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 7(ek2): 5-13.
- Gençöz, T. and Astan, G. (2006). Social Support, Locus of Control and Depressive Symptoms in Hemodialysis Patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(3):203-208.
- Goldberg, E. M. and Warburton, R. W. (1979) *Ends and Means in Social Work*, National Institute for Social Work, Social Services Library No. 35, Allen & Unwin, London.
- Golightley, M. (2008). *Social Work and Mental Health*. Great Britain: Learning Matters Ltd.
- Göz, F., Karaöz, S., Göz, M. and Ekiz, S. and Çetin, I. (2007). Effects of the Diabetics Patients’ Perceived Social Support on Their Quality-of-Life. *Journal of Clinical Nursing*, 6(7):1353-1360.
- Green, S. B. ve Salkind, N. J. (2014). *Using SPSS for Windows and Macintosh Analyzing and Understanding Data*. Boston: Pearson.
- Greenberg, J. J. S. (1985). Health and Wellness: A Conceptual Differentiation. *The Journal of School Health*, 55(10): 403-406.
- Güleç, C. ve Köroğlu, E. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı* (2. Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Gültekin, A., Özdemir, A. ve Kavak, F. (2018). Determination of Compliance to Treatment of Schizophrenia Patients in Turkey. *Austin Journal of Nursing & Health Care*, 5(1):1046. ISSN :2375-2483
- Haggett, A. (2014). Masculinity and Mental Health - The Long View. *The Psychologist*, 27(6):426-429.
- Harkın, Ş. (2009). Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumlarının Arttırılmasında Psikoeducatif Modelin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Düzce.
- Haynes, R.B, Taylor, D.W. and Sackett, D.L. (1979). *Compliance in Health Care* (eds. Et all). Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Hendryx, M., Green, C. A. and Perrin, N. A. (2009). Social Support, Activities, and Recovery from Serious Mental Illness: STARS Study Findings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(3): 320-329. <https://doi.org/10.1007/s11414-008-9151-1>
- Hope, R. (2004). *The Ten Essential Shared Capabilities: A Framework For the Whole of the Mental Health Workforce*. London: DH Publications.

- Hoyt, M. A. and Stanton, A. L. (2012). Adjustment to Chronic Illness. In A. Baum, T. A. Revenson and J. Singer, (Eds.): *Handbook Of Health Psychology* (2nd ed., pp. 219-246). New York: Psychology Press.
- <https://npistanbul.com/eriskin-psikiyatri/kaygi-bozukluklari> Erişim:01.12.2020
- Hudson, B. L. (1982). *Social Work with Psychiatric Patients*. UK; London: Macmillan Education.
- Hugtenburg, J.G., Timmers, L., Elders, P.J.M., Vervloet, M. and Dijk, L.V. (2013). Definitions, Variants and Causes of Nonadherence with Medication: A Challenge for Tailored Interventions. *Patient Prefer Adherence*, 7: 675–682. doi: 10.2147/PPA.S29549
- Hutchison, C. (1999). Social Support: Factors to Consider When Designing Studies That Measure Social Support. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6): 1520-1526. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01041.x>
- International Federation of Social Workers.(2014). International Association of Schools of Social Work, “Definition Term of Social Work”.
- Işık, E. (2013). *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. İstanbul: Rota Tıp Kitabevi.
- İsmanur, O. B. (2016). Relationships Between Internalized Stigma, Hopelessness and Selfesteem and Their Sociodemographic and Clinical Characteristics in a Group of Patients with Severe Mental Illness. Master Thesis, İstanbul Bilgi Üniversitesi, İstanbul.
- Jawlik, A.A. (2016). *Statistics from A to Z*. New Jersey, John Wiley & Sons, Inc.
- Jones, S.C. (1973). “Self- and Interpersonal Evaluations: Esteem Theories Versus Consistency Theories.” *Psychological Bulletin*, 79(3):185-99. doi: 10.1037/h0033957.
- Kaçmaz, N. (2003). Fiziksel Hastalığa Uyum Güçlüğü Yasayan Hastalarda Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi Hemşireliği Modeli Geliştirme Çabaları. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
- Karamustafalıoğlu, O. ve Akpınar, A. (2006). Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(12): 30-44.
- Karataş, T. (2014). Koroner Kalp Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve Psikososyal Uyum. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Kasapoğlu, A. (2008). *Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık*. Ankara: Phoenix Yayınevi.
- Katschnig, H. (2000). “Schizophrenia and Quality of Life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102:33-37. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.00006.x.
- Kaymaz, T.T. ve Akdemir, N. (2016). Psychosocial Adjustment to Disease in Individuals with Diabetes. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(2):61-67. <https://doi.org/10.5505/phd.2016.50251>

- Kayataz, B. N., Abut, F. B. ve Yıldız, M. (2017). Şizofreni Ve Şizoaffektif Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda Çalışma Yaşamının İncelenmesi: Bir Pilot Çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3):13-17.
- Kelleci, M. ve Ata, E. E. (2011). Psikiyatri Kliniği'nde Yatan Hastaların İlaç Uyumları ve Sosyal Destekle İlişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3):105-110.
- Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U. ve Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50(4): 344-351. <https://doi.org/10.4274/Npa.y6522>
- Kessler, R.C., Foster, C.L., Saunder, W.B. and Stang, P.E. (1995). Social Consequences of Psychiatric Disorders: Educational Attainment. *American Journal Of Psychiatry*, 152:1026-1032.
- Kılıç, C. (2017). Ruhsal Hastalıklara Bağlı Hastalık Yüğü. *Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri*, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara: 1-18.
- Kılınç, G. (2015). Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumunda Sosyal Desteğin Etkisi. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
- Kirst-Ashman, K. K. 2010. *Introduction to Social Work & Social Welfare: Critical Thinking Perspectives* (3rd ed). Australia;Belmont, CA: Brooks/Cole Cengage Wadsworth.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York: International Universities Press.
- Kolokotroni, F. (2014). Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). In A. C Michalos. (Ed.): *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 5141-5144). New York: Springer.
- Kozalı, E. (2017). Depresyonda Yaşam Kalitesi: Yetişkin Bağlanma Stilleri, Duygulanım Düzenleme Stratejileri ve Öz Duyarlılığın Rolü. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir
- Kök, H., ve Demir, S. (2018). Şizofreni ve Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek. *Çukurova Medical Journal*, 43(1): 99-106.
- Köroğlu, E. (2015). Klinik Psikiyatri (2. Baskı). Ankara: HYB Yayıncılık.
- Köroğlu, E., çev. (2013). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı* (5. Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Kulaksızoğlu, A. (2000). *Ergenlik Psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Larsen, P. D. (2016). *Lubkin's Chronic Illness: Impact and Intervention* (9th ed.). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Leech, N.L., Barrettt, K.C. and Morgan, G.A. (2005). *SPSS for Intermediate Statistics: Use and Interpretation*. London: Lawrance Erlbaum Associates Publishers.

- Liberman, R.P. (2011). Yitiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı. (Çev. Der.: Y. M. Yeti) Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği.
- Lindstrom, E. ve Bingerfors, K. (2000). Patient Compliance with Drug Therapy In Schizophrenia. *Economic And Clinical Issues*, 18(2): 106-124. doi: 10.2165/00019053-200018020-00002.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44(3):151-160.
- Londono, Y. and Mcmillan, D.E. (2015). Psychosocial Adaptation: an Evolutionary Concept Analysis Exploring a Common Multidisciplinary Language. *LAN*, 2504-2519.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality*. New York: Longman.
- Memik, N. Ç., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Üneri, Ö. Ş. ve Karakaya I. (2007). Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4): 353-363.
- Michalak, E. E., Yatham, L. N., and Lam, R. W. (2005). Quality of Life in Bipolar Disorder: A Review of the Literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(3):72. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-72>
- Misdrahi, D., Llorca, P. M., Lançon, C. and Bayle, F. J. (2002). Compliance in Schizophrenia: Predictive Factors, Therapeutical Considerations and Research Implications. *Encephale*, 3(1): 266-272.
- Norem-Hebeisen, A. A. (1976). "A Multidimensional Construct of Self-Esteem." *Journal of Educational Psychology*, 68(5):559-65. doi: [10.1037/0022-0663.68.5.559](https://doi.org/10.1037/0022-0663.68.5.559).
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group.(1997). Cognitive Assessment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7):667-681. doi: 10.1016/s0005-7967(97)00017-x.
- Oral, M. ve Tuncay, T. (2012). Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2), 93-114.
- Öyke, N. (2008). Behçet Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumu. Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Düzce.
- Özbesler, C. (2014). Hasta Yaşam Kalitesinde Önemli Bir Unsur Tıbbi Sosyal Hizmet. *Hakemli Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 3(2):6-12.
- Özcan, E. (2019). Psikiyatri Hastalarının Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyi ve Öz Yeterliliğin Tedavi Uyumuna Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Özdemir, Ö. ve Doğan, O.(2015). Sivas İl Merkezinde İki Uçlu Duygudurum Bozukluğunun Yaygınlığı, Psikiyatrik Eş Tanıları Ve Hastaların Yaşam Kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16:85-94.
- Özdemir, U. (1999). Psikiyatri Tedavi Ekibinin "Ekip Çalışması" Kavramına İlişkin Kendi Bilgilerini ve Çalıştıkları Psikiyatri Tedavi Kurumlarını Değerlendirmeleri. *Kriz Dergisi*, 7(2), 17-24.

- Özdemir, U. (2000). *Türkiye’de Psikiyatrik Sosyal Hizmet*. Ankara: Aydınlar Matbaası.
- Özdemir, Ü. ve Taşçı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1): 57-72.
- Özden, S. (2015). Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinin Bakımverme Deneyimleri ve Sosyal Destek İlişkilerinin Psikiyatrik Sosyal Hizmet Temelinde İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.
- Özkan, S. (1998). *Hastalıklara Psikolojik Tepkiler*. V. Uluslararası Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi İstanbul-Türkiye, 21-23 Ekim 1998:27-30.
- Özmete, E. (2010). Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(11): 455-465.
- Öztürk, M.O. ve Uluşahin, A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (14.bs.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual*. Allen & Unwin. Australia.
- Perkins, D. O. (1999). Adherence to Antipsychotic Medications. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(21): 25-30.
- Pinikahana, J., Happell, B., Taylor, M. and Keks, N. A. (2002). Exploring the Complexity of Compliance in Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(5): 513-528. <https://doi.org/10.1080/01612840290052677>
- Plummer, D. (2011). *Helping Adolescents and Adults To Build Self-Esteem: A Photocopiable Resource Book*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Pugh, M. B. (Ed.). (2002). *Stedman’s Medical Dictionary* (27th ed.). New York: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Ramirez, M. J. F., Ferriol, E. E., Doménech, F. G., Llatas, M. C., Suárez-Varela, M. M. and Martínez, R. L. (2003). Psychosocial Adjustment in Patients Surgically Treated For Laryngeal Cancer. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 129(1): 92-97. <https://doi.org/10.1016/S0194-59980300478-9>
- Rasmussen, B., Ward, G., Jenkins, A., King, S. J. and Dunning, T. (2011). Young Adults’ Management Of Type 1 Diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13-14): 1981-1992. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03657.x>
- Riegel B. and Carlson, B. (2002). Facilitators and Barriers to Heart Failure Self-Care. *Patient Education and Counseling*, 46(4): 287-295.
- Ro, E. and Clark, L. A. (2009). Psychosocial Functioning in the Context of Diagnosis: Assessment and Theoretical Issues. *Psychological Assessment*, 21(3): 313-324.
- Rockwell, J.M. and Riegel, B. (2001). Predictors of Self-Care in Persons with Heart Failure. *Heart Lung*, 30(1):18-25.
- Rosenberg M. (1976). Beyond Self-Esteem: Some Neglected Aspects of the Self-Concept. *Annual Meeting of the American Sociological Association (August 30 - September 3)*, (s.1-29). New York City: Eric.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Rosner, F. (2006). Patient Noncompliance. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 73(2): 553-559.
- Roy, R., Jahan, M., Kumari, S. and Chakraborty, P. K. (2005). Reasons for Drug Non-Compliance of Psychiatric Patients: A Centre Based Study. 31(1): 24-28.
- Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar-Kanıtlar-Uygulamalar Özet Rapor*. (2020). (Çev. Der: O. Taycan ve B. Coşkun, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42940/9241591595-tur.pdf>
- Saarni, S. I., Viertiö, S., Perala, J., and Koskinen, S. (2010). Quality of Life of People with Schizophrenia, Bipolar Disorder And Other Psychotic Disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 197: 386-394. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.076489>
- Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. (2016). *Psikiyatri, Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri* (11.baskı). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Sadock, B.J. and Sadock, V.A. (Eds). (2000). Kaplan & Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry (7th Ed). Lippincott Williams-Wilkins: Philadelphia.
- Sam, N., Sam, R. ve Öngen, B. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Çevresel Tutumlarının Yeni Çevresel Paradigma ve Benlik Saygısı Ölçeği İle İncelenmesi. *Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi*, 21:1-16.
- Saruç, S ve Duyan, V .(2009). Psikiyatride Ekip Çalışması ve Sosyal Hizmet Bakış Açısı. *Kriz Dergisi*, 17(1):37-44 . DOI: 10.1501/Kriz_0000000291
- Savaş, H.A., Ünal, A. ve Vırt, O. (2011). Treatment Adherence in Bipolar Disorder. *Journal of Mood Disorders*, 1(3):95-102.
- Sayar, H, G., Özten, E., Eryılmaz, G., Göğçegöz, I. ve Ceylan, M. E. (2014). EKT : A Current Review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2): 107-125.
- Schwarz, K.A. and Elman, C.S. (2003). Identification of Factors Predictive of Hospital Readmissions for Patients with Heart Failure. *Heart Lung*, 32(2):88-99.
- Semple, D., and Smyth, R. (2013). *Oxford Handbook of Psychiatry*. Oxford: OUP Oxford.
- Sierra, P., Lorenzo, L. and Luis, R. (2005). “Quality of Life for Patients with Bipolar Disorder: Relationship with Clinical and Demographic Variables”. *Bipolar Disorders*, 7(2):159-65. doi: [10.1111/j.1399-5618.2005.00186.x](https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00186.x).
- Smith, J. and Birchwood, M. (1990). Relatives and Patients as Partners In the Management of Schizophrenia. The Development of a Service Model. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 156: 654-660.
- Sofuoğlu, S. ve Turan, T. (2000). Antipsikotik İlaç Tedavisinde Uyum Problemleri: Bunların Ekstrapiramidal Yan Etkilerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(2): 100-106.
- Stanton, A. L. and Revenson, T. A. (2007). Adjustment to Chronic Disease: Progress and Promise in Research. In H. S. Friedman and R. C. Silver (Eds.): *Foundations of Health Psychology* (pp. 203-233). New York, NY: Oxford University Press.

- Stubbing, D. G., Haalboom, P. and Barr, P. (1998). Comparison of the Psychosocial Adjustment to Illness Scaleself Report and Clinical Judgment in Patients with Chronic Lung Disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 18(1): 32–36.
- Stubley, T. and McCroy, C. (2014). Psychosocial Adjustment (Includes Psychosocial Functioning and Well-Being). In A. C Michalos. (Ed.): *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 5184-5187). New York: Springer.
- Sullivan, M.J. and Hawthorne, M.H. (1996). Nonpharmacologic Interventions in the Treatment of Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*, 10 (2): 47-57.
- Suls, J. M., Luger, T. and Martin, R. (2010). The Biopsychosocial Model and the Use of Theory in Health Psychology. In J.M. Suls, K. W. Davidson, and R. M. Kaplan, (Eds.): *Handbook of Health Psychology and Behavioral Medicine* (pp. 15–27). New York: Guilford Press.
- Summakoğlu, D., ve B. Ertuğrul. (2018). “Şizofreni ve Tedavisi”. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 1(2):43-61.
- Swain, S.M., Rowland, J., Weinfurt, K., Berg, C., Lippman, M.E. and Walton, L. (1996). Intensive Outpatient Adjuvant Therapy for Breast Cancer: Results of Dose Escalation and Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 14(5): 1565- 1572.
- Şahin, Altun, Ö., Olçun, Z., (2018). Şizofreni Hastalığında Umut Kavramı. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(1):107-112.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. Ankara: 29-34.
- T.C. Sağlık Bakanlığı .(2011). Türkiye Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Ankara.
- Tarrier, N., Barrowclough, C. and Vaughn, C. (1988). The Community Management of Schizophrenia. A Controlled Trial of a Behavioural Intervention with Families to Reduce Relaps, *Br J Psychiatry*, 153:532-542.
- Tel, H. ve Ertekin Pınar, Ş. (2012). Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2): 61-66. <https://doi.org/10.5505/phd.2012.09719>
- Tel, H., Doğan, S., Özkan, B. ve Çoban, S. (2010). Hasta Yakınlarına Göre Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(1): 7-12.
- The Whoqol Group. (1995). “The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization”. *Social Science & Medicine*, 41(10):1403-9. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K.
- Toprak, H. (2002). *Yaşlı Sağlığı*. Ankara: TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları.
- Torlak, S. E. ve Yavuzçehre, P. S. (2008). Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme. *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 17 (2), 23-44.

- Tsay, S.L. and Healstead, M. (2002). Self-Care Self-Efficacy. Depression and Quality of Life Among Patients Receiving Hemodialysis in Taiwan. *International Journal Of Nursing Studies*, 39:245–251.
- Turhan, N. (2007). Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana.
- Turner, F. J. (2009). Psychosocial Therapy. In A. R. Roberts (Ed.): *Social Workers' Desk Reference* (2nd ed.,pp. 247-253). New York: Oxford University Press.
- Türk, A. (2018). Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalama, Yaşam Kalitesi Ve Benlik Saygısı. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Muğla.
- Türkiye İstatistik Kurumu.(2019). *İstatistiklerle Kadın- 2018*.
- Uğuz, M. (2018). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı Hastalarda Hastalığa Psikososyal Uyum. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Ünal, S., Çakıl, G. ve Elyas, Z. (2006). Taburculuk Sonrası Tedaviye Gelmeyen Psikotik Hastaların Özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(2):69-75.
- Van Dongen, C. J. (1996). Quality of Life and Self-Esteem in Working And Nonworking Persons with Mental İllness. *Community Mental Health Journal*, 32(6):535-548. <https://doi.org/10.1007/BF02251064>
- Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Akademi Basın.
- Velligan, D. I., Weiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R. and Docherty, J. P. (2010). Assessment of Adherence Problems in Patients with Serious and Persistent Mental Illness: Recommendations from the Expert Consensus Guidelines: *Journal of Psychiatric Practice*, 16(1): 34-45. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000367776.96012.ca>
- Vlasnik, J. J., Aliotta, S. L. and Delor, B. (2005). Medication Adherence: Factors Influencing Compliance With Prescribed Medication Plans. *The Case Manager*, 16(2): 47-51. <https://doi.org/10.1016/j.casemgr.2005.01.009>
- Vos, T., Flaxman, A.D., Naghavi,M., Lozano, R., Michaud, C.and Ezzati, M. (2012) Years Lived with Disability (YLDs) for 1160 Sequelae of 289 Diseases and injuries 1990-2010: a Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380: 2163-96.
- Watt, S., Roberts, J., Browne, G. and Gafni, A. (1997). Age, Adjustment, and Costs: A Study of Chronic Illnesses. *Social Science & Medicine*, 44(10): 1483-1490.
- Weissman, M.M. (1975). The Assessment of Social Adjustment. A Review of Techniques. *Arch Gen Psychiatry*, 32(3): 357-365.
- Weissman, M.M. and Bothwell, S. (1976). Assessment of Social Adjustment by Patient Self-Report. *Arch Gen Psychiatry*, 33(9): 1111-1115.
- Weissman, M.M., Sholomskas, D. and John, K. (1981). The Assessment of Social Adjustment. An Update. *Arch Gen Psychiatry*, 38(11): 1250-1258.
- WHO (2001). *Strengthening Mental Health Promotion*. Geneva: World Health Organization.

- WHO. (1993). *Measuring Quality of Life: The Development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL)*. Geneva: World Health Organization.
- WHO.(1990). *Internationale Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: A Manual of Classifications Relating to the Consequences of Disease*. Geneva: World Health Organization.
- Willoughby, D. F., Kee, C. and Demi, A. (2000). Women's Psychosocial Adjustment to Diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6):1422-1430.
- World Health Organization. (2017). World Health Statistics.
- Yaşam, A ve Gürgen, F. (2004). Psikiyatri Ve Fizik Tedavi Polikliniklerine Başvuran Hastaların Geleneksel Yardım Arama Davranışının Karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 31(3): 20-28.
- Yavuz, R. (2008).Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar (Şizofreni). İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimleri Etkinlikleri, s:49-58, İstanbul.
- Yavuzer, H. (2000). *Doğum Öncesinden Ergenlik Sonuna Çocuk Psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Yıldırım, E. ve Alptekin, K. (2012). Şizofrenide Öne Çıkan Yeni Bir Boyut: Sosyal Biliş Düşünen Adam: *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25(4): 368-375. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2012250410>
- Yıldırım, K. (2007). *Sosyal Hizmet*. (1. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yörükoğlu, A. (2019). *Gençlik Çağı-Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar* (15.Baskı). Ankara: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları Sosyal ve Felsefi Eserler Dizisi.
- Yuet, L. M., Alexander, M. ve Chun, C.J. (2002). Coping and Adjustment in Chinese Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Journal of Nursing Studies*, 39:383–395.
- Zastrow, C.(2013). *Sosyal Hizmete Giriş* (Çev. Der.: D. B. Çiftçi) Ankara: Nika Yayınevi.
- Zengin, O. (2015). Çözüm Odaklı Kısa Terapi Yaklaşımına Dayalı Sosyal Hizmet Müdahalesinin Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikososyal Uyum Düzeylerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.

EKLER

Ek 1: Tanıtıcı Bilgi Formu ve Ölçekler

1.

Tanıtıcı Bilgi Formu

1. **Tedaviyi Alış Şekli?**
a) Yatarak Tedavi b) Poliklinik (Ayaktan Tedavi)
2. **Cinsiyetiniz**
a) Kadın b) Erkek
3. **Yaşınız:** _____ (Belirtiniz)
4. **Eğitim Durumunuz**
a) İlkokul mezunu b) Ortaokul mezunu c) Lise mezunu d) Yükseköğretim mezunu
5. **Medeni Durumunuz**
a) Evli b) Bekar c) Boşanmış
6. **Çocuğunuz var mı?**
a) Var b) Yok
7. **İşiniz:**
a) Çalışıyorum.. b) Çalışmıyorum.
8. **Ailenizde (Anne/baba/kardeş/eş/çocuk) psikiyatrik hastalığı olan var mı?**
a) Var b) Yok
9. **Biliyorsanız psikiyatrik tanınız nedir?**
a) Depresyon b) Kaygı Bozukluğu (Anksiyete) c) Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)
d) Bipolar Bozukluk e) Şizofreni
10. **Psikiyatrik hastalığınız dışında kronik başka bir hastalığınız var mı?**
a) Evet b) Hayır
11. **Bu hastalığınız ne kadar süredir mevcut?**
a) 0-6 ay b) 6-12 ay c) 1-5 yıl d) 5-10 yıl e) 10-20 yıl f) 20 yıldan fazla
12. **Bu hastalığınız için ne kadar süredir tedavi alıyorsunuz?**
a) 0-6 ay b) 6-12 ay c) 1-5 yıl d) 5-10 yıl e) 10-20 yıl f) 20 yıldan fazla
13. **Daha önce psikiyatri kliniğinde 2 geceyi aşan yatılı tedavi gördünüz mü?**
a) Evet b) Hayır
14. **17.soruya cevabınız "Evet" ise kaç kez yatılı tedavi gördünüz?** _____
15. **Bugün kliniğe ne şekilde geldiniz?**
a) Kendi isteğim ile b) Ailemin/çevremizin isteği ile
c) Ailemin/çevremizin zorlaması ile
16. **Tedavi sürecinde kimin/kimlerin olumlu desteğini görmektesiniz?**
a) Hiç kimse b) Aile (anne, baba, eş, çocuk) c) Aile Dışı (akraba, arkadaş vb.)
d) Tedavi Ekibi
17. **Size göre bu hastalık nasıl bir hastalıktır?**
a) Bir süre sonra geçip gidecek bir durum b) Hayatınızın bir parçası
c) Ara ara gelen bir durum

18. Başarılı bir tedavi için psikiyatrik tedavinin (ilaç ve psikoterapi) yanı sıra sosyal işlevselliği iyileştirmeye yönelik sosyal hizmet müdahalesi gerekli midir? (Sosyal hizmet müdahalesi gerekli midir?)
a) Evet b) Hayır
19. Aile ve sosyal çevreden alınan destek; hastalığın ortaya çıkışında, tedavi süreci ve sonrasında hastanın durumunu etkileyen önemli bir faktör müdür? (Aile ve sosyal çevreden alınan destek önemli midir?)
a) Evet b) Hayır c) Kısmen
20. Psikososyal uyumun sürdürülebilmesi için hastanın yaşam alanının düzenlenmesi ve bilinçlendirmeye yönelik aile görüşmelerinin yapılması önemli midir? (Aile görüşmeleri önemli midir?)
a) Evet b) Hayır c) Kısmen

2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Kısa Formu
1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum. a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
2) Bazı olumlu özelliklerim olduğumu düşünüyorum. a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
3) Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim. a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim. a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum. a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim. a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
7) Genel olarak kendimden memnunum. a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim. a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum. a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum. a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

3.Psikososyal Uyum Ölçeği

BÖLÜM 1: SAĞLIK BAKIMINA ORYANTASYON

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?
 - a) Sağlığımı ilgiliiyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.
 - b) Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
 - c) Genellikle sağlığımıla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
 - d) Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.
2. Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.
 - a) Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.
 - b) Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum ya da yorgun veya meşgul oluyorum.
 - c) Hastalığımla ilgili bakım ve koruması için yaptığım uygun birçok şey var.
 - d) Hastalığımla ilgili gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.
3. Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?
 - a) Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.
 - b) Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.
 - c) Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.
 - d) Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.
4. Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?
 - a) Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.
 - b) Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.
 - c) Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.
 - d) Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel.
5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olanı işaretleyiniz.
 - a) Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.
 - b) Hastalığımla ilgili bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski haline döneceğimi düşünüyorum.
 - c) Hastalığımla ilgili hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti. Fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki haline kavuşacağıma eminim.
 - d) Hastalığımla ilgili yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

- 6. Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.**
- Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel, hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.
 - Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.
 - Hastalığım hakkında genel bir kanıya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.
 - Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.
- 7. Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında, aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanı seçiniz.**
- Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.
 - Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.
 - Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.
 - Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye emin değilim.
- 8. Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinde, tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.**
- Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum.
 - Tedavim hakkında biraz bilğim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.
 - Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.
 - Tedavimle ilgili bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

BÖLÜM 2: MESLEKİ CEVRE

- 9. Hastalığınız mesleğinizi / okulunuzu / ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?**
- Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.
 - Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.
 - Bazı ciddi sorunlar var.
 - Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.
- 10. Şu an mesleğiniz / çalışmalarınız / ev işlerinizi vb. yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?**
- Kötü durumda
 - Pek iyi değil
 - Yeterli
 - Çok iyi
- 11. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?**
- 3 gün ve daha az
 - 1 hafta
 - 2 hafta
 - 2 haftadan daha çok

12.Şu an işiniz / okulunuz / çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha önemli mi?

- a) Şu an hiç önemli değil.
- b) Oldukça az bir öneme sahip.
- c) Eskiye göre biraz önemini yitirdi.
- d) Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi.

13.Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz / işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

- a) Amaçlarım değişmez.
- b) Amaçlarımda çok az bir değişme oldu.
- c) Amaçlarım önemli ölçüde değişti.
- d) Amaçlarımı tamamen değiştirdim.

14.Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlemlendi mi?

- a) Sorunlarda büyük artış var.
- b) Sorunlarda orta dereceli bir artış var.
- c) Sorunlarda az ölçüde bir artış var.
- d) Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok.

BÖLÜM 3: AİLE ÇEVRESİ

15.Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

- a) İyi b) Fena değil c) Kötü d) Çok kötü

16.Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız (çocuklar, akrabalar vb.)?

- a) Çok kötü b) Kötü c) Fena değil d) İyi

17.Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

- a) Bir engelleme olmadı.
- b) Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir.
- c) Orta derecede bazı problemler var, bazıları halledilecek gibi değil.
- d) Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var.

18.Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

- a) Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı.
- b) Ailem bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler.
- c) Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı.
- d) Bu konuda bir sorun yok.

19.Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

- a) İletişimde bir azalma yok.
- b) Çok az ölçüde bir azalma oldu.
- c) İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum.
- d) İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum.

20.Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaş, komşular, aile) bazı yardımlar bekler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

- a) Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.
- b) Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil.
- c) Her zaman olmamakla birlikte, çoğunlukla gereken yardımı görüyorum.
- d) Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var.

21.Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

- a) Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok.
- b) Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.
- c) Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.
- d) Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.

22.Sizinki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

- a) Önemli ölçüde maddi sıkıntım var.
- b) Orta derecede maddi sıkıntılarım var.
- c) Çok az maddi problemim var.
- d) Para ile ilgili bir problemim yok.

BÖLÜM 4: CİNSEL YASAM

23.Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

- a) İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı.
- b) Hastalanmamdan bu yana, birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı.
- c) Hastalanmamdan bu yana, yakınlığımız kesinlikle azaldı.
- d) Hastalanmamdan bu yana, ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu.

24.Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler, hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?

- a) Hastalığımdan bu yana, kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum.
- b) Cinsel istekte belirgin bir azalma var.
- c) Cinsel istekte hafif bir azalma var.
- d) Cinsel istekte hiçbir azalma yok.

25.Hastalıklar bazen cinsel aktivitelere azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?

- a) Cinsel aktivitede bir azalma yok.
- b) Cinsel aktivitede çok az ölçüde bir azalma var.
- c) Cinsel aktivitede önemli ölçüde bir azalma var.
- d) Cinsel aktivite tamamen durdu.

26. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

- a) Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu.
- b) Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var.
- c) Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var.
- d) Cinsel tatminde bir değişiklik yok.

27. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?

- a) Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok.
- b) Cinsel performansıyla ilgili ufak problemler var.
- c) Önemli cinsel problemlerim var.
- d) Cinsellikten tamamen koptum.

28. Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda e şinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?

- a) Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var.
- b) Bu konuda yoğun farklılıklar var.
- c) Bazı farklılıklar var.
- d) Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok.

BÖLÜM 5: GENİŞ AİLE İLİSKİLERİ

29. Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre)?

- a) Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu.
- b) Görüşmeler biraz azaldı.
- c) Görüşmeler belirgin olarak azaldı.
- d) Hastalık süresince hiç görüşmedik.

30. Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?

- a) Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu.
- b) Önceki orana ilgi ve isteğim çok azaldı.
- c) İlgi bir parça azaldı.
- d) İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı.

31. İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve yakın akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fikrine ve yardımına ihtiyaç duyduğunuzda onlardan destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

- a) Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar.
- b) Yeterince yardımcı oluyorlar.
- c) Yardım ediyorlar ama yeterince değil.
- d) Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar.

32. Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağlıdır. Sizin bağlılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağlılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

- a) Bağlılığım önemli ölçüde yok oldu.
- b) Bağlılığım önemli ölçüde azaldı.
- c) Bağlılığım biraz azaldı.
- d) Bağlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağlılık hastalıktan hiç etkilenmedi.

33. Genel olarak şu anda bu insanlarla aranınız nasıl?

- a) İyi
- b) Fena değil
- c) Kötü
- d) Çok kötü

BÖLÜM 6: SOSYAL CEVRE

34. Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenabiliyor musunuz?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde azaldı.
- d) Hemen hemen hiç ilgim kalmadı.

35. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az ya da hiç yok.
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı.
- c) Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi.
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

36. Hastalığınızda öncesine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb.) ilgi duyuyor musunuz?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde azaldı.
- d) İlgim çok az, ya da ilgim kalmadı.

37. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az ya da şu anda hiçbir katılımım yok.
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı.
- c) Katılımım biraz azaldı.
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

38. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema vb.) olan ilginizi devam ettirebildiniz mi?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde azaldı.
- d) İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı.

39. Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az ya da yok.
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı.
- c) Katılımım biraz azaldı.
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

BÖLÜM 7: PSİKOLOJİK DİSTRES

40. Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı b) Çok az c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede

41. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

- a. Aşırı derecede b) Oldukça fazla c) Çok az d) Olmadı

42. Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

- a. Olmadı b) Çok az oldu c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede

43. Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

- a. Aşırı derecede b) Oldukça fazla c) Çok az d) Olmadı

44. Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

- a. Olmadı b) Çok az oldu c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede

45. Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

- a. Aşırı derecede b) Oldukça fazla c) Çok az oldu d) Olmadı

46. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı b) Çok az oldu c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede

4.Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği Kısa Formu

Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü ☐ 1	Biraz kötü ☐ 2	Ne iyi, ne kötü ☐ 3	Oldukça iyi ☐ 4	Çok iyi ☐ 5
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil ☐ 1	Çok az hoşnut ☐ 2	Ne hoşnut, ne de değil ☐ 3	Epeyce hoşnut ☐ 4	Çok hoşnut ☐ 5
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç ☐ 5	Çok az ☐ 4	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 2	Aşırı derecede ☐ 1
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Son derecede ☐ 5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Tamamen ☐ 5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü □ ₁	Biraz kötü □ ₂	Ne iyi, ne kötü □ ₃	Oldukça iyi □ ₄	Çok iyi □ ₅
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil □ ₁	Çok az hoşnut □ ₂	Ne hoşnut, ne de değil □ ₃	Epeyce hoşnut □ ₄	Çok hoşnut □ ₅
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	□ ₁	□ ₂	□ ₃	□ ₄	□ ₅
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	□ ₁	□ ₂	□ ₃	□ ₄	□ ₅
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	□ ₁	□ ₂	□ ₃	□ ₄	□ ₅
20 F13.3	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	□ ₁	□ ₂	□ ₃	□ ₄	□ ₅
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	□ ₁	□ ₂	□ ₃	□ ₄	□ ₅
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	□ ₁	□ ₂	□ ₃	□ ₄	□ ₅
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	□ ₁	□ ₂	□ ₃	□ ₄	□ ₅
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	□ ₁	□ ₂	□ ₃	□ ₄	□ ₅
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	□ ₁	□ ₂	□ ₃	□ ₄	□ ₅
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunalı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman □ ₅	Nadiren □ ₄	Ara sıra □ ₃	Çoğunlukla □ ₂	Her zaman □ ₁
27 U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç □ ₁	Çok az □ ₂	Orta derecede □ ₃	Çokça □ ₄	Aşırı derecede □ ₅

Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

CALISMANIN ADI: “Psikiyatri Hastalarının Psikososyal Uyum, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi”

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**’nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Göstermiş olduğunuz ilgi ve katılım için teşekkür ederiz.*

CALISMANIN KONUSU VE AMACI: Bu araştırmanın amacı; hastalığa, tedaviye ve hastalık sonrası yaşama psikososyal yönden yeniden uyumunun sağlanması ve sürdürülmesi için sorun alanlarının anket yoluyla tespit edilerek bilimsel veriler elde edilerek sosyal hizmet müdahalesinin önemini ve gerekliliğini ortaya koymaktır.

CALISMA İSLEMLERİ: Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilmiş olan “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Hastalığa Psikososyal Uyum–Öz Bildirim Ölçeği” (PAIS-SR), “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği-Kısa Formu” ve “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği- Kısa Formu” kullanılarak toplanacaktır.

CALISMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Türkçe literatürde psikiyatri hastalarına yönelik psikososyal uyumun değerlendirildiği çalışmaların oldukça az sayıda olduğu görülmüştür. Bu bilgiler ışığında literatürdeki eksikliğin tamamlanmasına yönelik verilerin elde edilmesine katkı sağlanacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ölçeklerden elde edilen veriler araştırmanın bulgular kısmında kullanılacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BASVURULACAK KİŞİLER :

1. Özgür Varan- NPİstanbul Beyin Hastanesi-Sosyal Hizmet Uzmanı
ozgur.varan@uskudar.edu.tr e-posta adresinden ulaşabilirsiniz.
2. Nurefşan Özalp-Üsküdar Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü
nurefsan.tomac@uskudar.edu.tr e-posta adresinden ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum.

Tarih ve İmza:

Ek 4: İntihal Raporu

PSİKİYATRİ HASTALARININ PSİKOSOSYAL UYUM, BENLİK SAYGISI VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 20	% 18	% 6	% 10
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	% 8
2	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	% 2
3	Submitted to Marmara University Öğrenci Ödevi	% 1
4	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	% 1
5	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
6	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	<% 1
7	katalog.marmara.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1

- Kocak, O., Aydin, S., Younis, M. Z. and Tomac, N. (2020). Assessment of Individual and Organizational Characteristics on Job Satisfaction Level: An Empirical Analysis. *European Journal of Environment and Public Health*, 4(2).
- Kocak, O., Aydin, S., Tomac, N. and Younis, M. (2020) College Students' Attitudes Toward the Elderly: an Exploratory Study in Turkey. *Ageing Int.* <https://doi.org/10.1007/s12126-020-09393-8>.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (*Proceedings*) basılan bildiriler

- 1.Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi (2014), “Türkiye’de Çocuk Koruma Politikalarının Tarihsel Gelişimi”, Yayınlanmış, Sunulmuş Sözlü Bildiri.
- “Suriyeli Mülteci Çocuklarla El-Ele” Uluslararası Göç ve Çocuk Sempozyumu (2016), “Ulusal Ve Uluslararası Hukuk Bağlamında Suriyeli Mülteci Çocuklarının Temel Haklarının Değerlendirilmesi” Yayınlanmış, Sunulmuş Sözlü Bildiri.

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

- 3. Ulusal Sosyal Hizmet Öğrenci Kurultayı (2015), “Manevi Sosyal Hizmetler ve Manevi Sosyal Hizmetlerin Kültürümüzdeki Yeri”, Sunulmuş Sözlü Bildiri.
- SHUDER 1. Sosyal Hizmet Öğrenci Kongresi (2015), “Sosyal Hizmet Açısından Kadına Şiddet Olgusu”, Sunulmuş Sözlü Bildiri.
- 4. Ulusal Sosyal Hizmet Öğrenci Kurultayı (2016), “Engelli Bireye Sahip Ailelerin Psiko-Sosyal Durumu”, Sunulmuş Sözlü Bildiri.
- Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Sempozyumu (2018), “Sosyal Hizmetlerde Kişilerarası İlişki Odaklı Yaklaşım”, Sunulmuş Sözlü Bildiri.