



T. C.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKIYATRİK BOZUKLUĞU OLAN YETİŞKİNLER İÇİN TOPLUM  
ENTEGRASYON ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMU GEÇERLİK VE  
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Eda AÇIKGÖZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

Gaziantep

2020



T. C.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKIYATRİK BOZUKLUĞU OLAN YETİŞKİNLER İÇİN TOPLUM  
ENTEGRASYON ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMU GEÇERLİK VE  
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Eda AÇIKGÖZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

Gaziantep

2020

**T.C.**  
**GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**PSİKIYATRİK BOZUKLUĞU OLAN YETİŞKİNLER İÇİN TOPLUM  
ENTEGRASYON ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMU GEÇERLİK VE  
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

**EDA AÇIKGÖZ**

Tez Savunma Tarihi: 24.06.2020

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

**Prof. Dr. Mehmet TARAĞÇIOĞLU**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü**

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

**Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ**

**Anabilim Dalı Başkanı**

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

**Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN**

**Tez Danışmanı**

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

**Tez Jürisi**

**İmzası**

**Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ**

**Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR**

**Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN**

**Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR**

**Dr. Öğr. Üyesi Özlem İŞİL**

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

24.06.2020

Eda AÇIKGÖZ



## TEŐEKKÜR

Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programına kabul edildiğim günden bu güne kadar engin bilgisini, tecrübelerini ve desteğini hissettiğim danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN' a ve yüksek lisans öğrenimim boyunca gelişimime katkı sağlayan değerli psikiyatri anabilim dalı öğretim üyelerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her döneminde yanımda olan, varlığını hep yanımda hissettiğim ve bu güne kadar vermiş oldukları emek için sevgili aileme ve değerli arkadaşım Gizem Özge AYRIÇ' a teşekkürlerimi sunarım.

Yürüdüğüm yolda beni hiç yalnız bırakmayan, hoşgörlü ve sabırlı olan, sevgisini her zaman hissettiğim ve başarılı olacağıma daima inanan sevgili Metehan ATAY' a teşekkürlerimi sunarım.

**Eda AÇIKGÖZ**

**Gaziantep/2020**

# İÇİNDEKİLER

<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1. Psikiyatrik Bozukluklar</b> .....	<b>3</b>
2.2 Şizofreni .....	3
2.2.1. Tarihçe.....	3
2.2.2 Epidemiyolojisi .....	5
2.2.3. Etiyolojisi .....	6
2.2.4. Belirtiler.....	7
2.2.5. Tedavi.....	8
2.2.6. Seyir ve Sonlanım .....	9
2.3. İki Uçlu Bozukluk .....	9
2.3.1. Tarihçe.....	10
2.3.2. Epidemiyolojisi .....	14
2.3.3. Etiyolojisi .....	14
2.3.4. Belirti.....	15
2.3.5. Tedavi.....	16
2.3.6. Seyir ve Sonlanım .....	17
2.4. Entegrasyon Kavramı .....	17
2.4.1. Toplum Entegrasyonu Kavramı Ve Gelişimi .....	17
2.4.2. Toplum Entegrasyonun Boyutları .....	19
2.4.2.1. Fiziksel Entegrasyon .....	19
2.4.2.2. Sosyal Entegrasyon .....	19
2.4.2.3. Psikolojik Entegrasyon.....	20
2.5. Ölçek Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışmaları .....	21
2.5.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi.....	22
2.5.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi .....	22
2.5.2.1. Geçerlik .....	22
2.5.2.1.1. Kapsam Geçerliği .....	24
2.5.2.1.2. Ölçüt- Bağımlı Geçerlik .....	25
2.5.2.1.3. Yapı Geçerliği .....	26
2.5.2.2. Güvenirlik.....	28
2.5.2.2.1. Değişmezlik.....	30
2.5.2.2.2. Gözlemciler Arası/ İç Uyum .....	30

2.5.2.2.3. İç Tutarlılık.....	30
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>33</b>
3.1. Araştırmanın Türü .....	33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	33
3.4. Verilerin Toplanması.....	34
3.5. Veri Toplama Araçları.....	35
3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi .....	36
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği .....	36
3.8. Etik İlkeler.....	36
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>38</b>
4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular .....	38
4.2. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri .....	40
4.2.1. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Geçerliğine İlişkin Bulgular.....	40
4.2.1.1. Kapsam ve Dil Geçerliği .....	40
4.2.1.2. Yapı Geçerliği .....	43
4.2.2. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular.....	51
4.2.2.1. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği Madde Analizi.....	52
4.2.2.2. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' Nin Madde Ve Toplam Ölçek Korelasyonu.....	53
4.2.2.3. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' Ayırt Ediciliği ....	55
4.2.2.4. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Test-Tekrar Test Puanları Arasındaki Korelasyon.....	56
4.2.2.5. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması.....	56
<b>5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....</b>	<b>57</b>
5.1. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Geçerliği' ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	57
5.2. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Güvenirliği' ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	60
Sonuçlar.....	61
Öneriler.....	62
<b>6. KAYNAKLAR .....</b>	<b>63</b>
<b>7. EKLER.....</b>	<b>72</b>

EK I: BİREYSEL BİLGİ FORMU .....	72
EK II. PSİKİYATRİK BOZUKLUKLUĞU OLAN YETİŞKİNLER İÇİN TOPLUM ENTEGRASYONU ÖLÇEĞİ.....	74
EK III. CIS-APP-34 .....	76
EK IV. KAPSAM GEÇERLİĞİ İÇİN UZMAN GÖRÜŞÜ ALINAN UZMAN LİSTESİ....	78
EK V. DİL GEÇERLİĞİ İÇİN ÇEVİRİ YAPAN UZMANLARIN LİSTESİ .....	79
EK VI. PSİKİYATRİK BOZUKLUĞU OLAN YETİŞKİNLER İÇİN TOPLUM ENTEGRASYON ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI.....	80
EK VII.....	81
ETİK KURUL ONAYI .....	81
EK VIII. ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI BİRİMLERİN ONAYI .....	82
ÖZGEÇMİŞ .....	86



## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> DSM-V Şizofreni Tanı Ölçütleri .....	4
<b>Tablo 2:</b> Şizofreni Seyrini Etkileyen Faktörler .....	9
<b>Tablo 3:</b> DSM-V İki Uçlu Bozukluk Manik Dönem Tanı Ölçütleri .....	11
<b>Tablo 4:</b> DSM-V İki Uçlu Bozukluk Hipomanik Dönem Tanı Ölçütleri .....	12
<b>Tablo 5:</b> DSM-V İki Uçlu Bozukluk Yeğın (Major) Depresyon Dönemi Tanı Ölçütleri .....	13
<b>Tablo 6:</b> İki Uçlu Bozukluk Bozukluk Belirtileri .....	16
<b>Tablo 7:</b> Toplum Entegrasyonu Tanımları .....	18
<b>Tablo 8:</b> Kapsam Geçerliği Hesaplaması .....	25
<b>Tablo 9:</b> Araştırmaya Alınan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular .....	39
<b>Tablo 10:</b> Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' ne Ait Kapsam Geçerliği .....	42
<b>Tablo 11:</b> Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' ne Ait Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Ve Barlett Testi .....	42
<b>Tablo 12:</b> Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' ne İlişkin Açıklanan Faktör Yapısı .....	43
<b>Tablo 13:</b> Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' ne İlişkin Açıklanan Faktör Yapısı .....	44
<b>Tablo 14:</b> Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Faktör Yükleri .....	46
<b>Tablo 15:</b> Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' ne Ait DFA Bulgularına İlişkin Madde İstatistikleri.....	48
<b>Tablo 16:</b> Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' ne Ait Uyum İyiliği Değerleri .....	50
<b>Tablo 17:</b> Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Cronbach Alfa Değerleri .....	51
<b>Tablo 18:</b> Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Değerleri .....	52

<b>Tablo 19:</b> Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon leği'nin Madde ve Toplam lek Korelasyonu Değerleri .....	53
<b>Tablo 20:</b> Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon leği' ne Ait %27 Alt-st Dilim Analizi Sonucu .....	54
<b>Tablo 21:</b> Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon leği' nin Test-tekrar test korelasyonu .....	55
<b>Tablo 22:</b> Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon leği Toplam Puan Karşılaştırması .....	55



## GRAFİK LİSTESİ

<b>Grafik 1:</b> Şizofreni Erkek Yaygınlığı .....	5
<b>Grafik 2:</b> Şizofreni Kadın Yaygınlığı .....	6
<b>Grafik 3:</b> Scree Plot Grafiği .....	44



## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Şizofreni Pozitif Belirtiler .....	7
Şekil 2: Şizofreni Negatif Belirtiler .....	8
Şekil 3: Ölçek Uyarlama Aşamaları .....	21
Şekil 4: Geçerlik Yöntemleri .....	23
Şekil 5: Güvenirlik Yöntemleri .....	29
Şekil 6: Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Path Diyagramı .....	49



## **KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ**

**AFA:** Açıklayıcı Faktör Analizi

**APA:** Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)

**CFI:** Comperative Fit Index

**CVI:** Content Validity Index

**CVR:** Content Validity Ratio

**DA:** Dopamin

**DFA:** Doğrulayıcı Faktör Analizi

**DSM-5:** Mental Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. Baskı

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

**EKT:** Elektro Konvülsif Terapi

**GABA:** Gama Amino Butirik Asit

**GFI:** Goodness of Fit Index

**ICD:** Uluslararası Hastalık Sınıflandırması

(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

**KGI:** Kapsam Geçerlik İndeksinin

**KGO:** Kapsam Geçerlik Oranı

**KMO:** Kaiser- Meyer- Olkin

**MR:** Manyetik Rezonans

**NA:** Noradrenalin

**NNFI:** Non-Normed Fit İndex

**RMSEA:** Root Mean Square Error of Approximation

**SRMR:** Standardized Root Meansquare Residual

**TRSM:** Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

**YEM:** Yapısal Eşitlik Modeli

**5-HT2a:** Serotonin

## ÖZET

### PSİKİYATRİK BOZUKLUĞU OLAN YETİŞKİNLER İÇİN TOPLUM ENTEGRASYON ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMU GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

EDA AÇIKGÖZ

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı  
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

2020, 93 sayfa

Bu çalışma Psikiyatrik bozukluğu olan yetişkinlerin toplum entegrasyon düzeyini ölçmek için geliştirilmiş olan “Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği” nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla metodolojik çalışma olarak yapılmıştır. Ölçeğin dil ve kapsam geçerliği değerlendirilmiştir. Kapsam geçerliği oranı (CVI) 0,98 olarak tespit edilmiş ve ölçekte gerekli düzeltmeler yapılarak son hali verilmiştir. Haziran 2019 – Ekim 2019 tarihleri arasında Gaziantep Şahinbey TRSM ve Şehitkamil TRSM’ ye kayıtlı olan şizofreni ve iki uçlu (bipolar) bozukluk tanısından herhangi birini almış 170 hasta ile yapılmıştır. Test-tekrar test güvenirligi için örneklem grubunda yer alan 30 kişiye 20 gün ara ile ikinci uygulama yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik analizlerinden kapsam geçerliği için uzman görüşüne başvurulmuş, yapı geçerliği için de faktör analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonucu ölçeğin aslı ile paralel olarak beş faktörlü bir yapı ortaya çıkmış ve bu doğrultuda doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi ile ölçeğin uyum indeksleri ( $X^2/df$ : 2,013, RMSEA:0,077, CFI:0,96, GFI:0,84, p:0,000) anlamlı bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirlik analizi için Cronbach Alfa Katsayısı, Madde- Toplam Puanı ve test-tekrar test korelasyonu incelenmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa’ sı 0,92, madde toplam puan korelasyonu yüksek, test tekrar test korelasyonu ise 0,84 bulunmuştur. Sonuç olarak Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği’ nin psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin toplum entegrasyon düzeyini ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Geçerlik, Güvenirlik, Şizofreni, İki Uçlu Bozukluk, Toplum Entegrasyon.

## ABSTRACT

### THE VALIDATION AND RELIABILITY OF THE COMMUNITY INTEGRATION SCALE FOR ADULTS WITH PSYCHIATRIC DISORDERS (CIS-APP34)

#### TURKISH FORM

EDA AÇIKGÖZ

Master's Thesis, Department of Nursing  
Psychiatric Nursing Master's Degree Program

Advisor: Asist. Prof. Dr. Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

2020, 93 Pages.

This study was conducted as a methodological study to determine the validity and reliability of the Turkish form of the "Community Integration Scale for Adults with Psychiatric Disorders" developed to measure the level of community integration of adults with psychiatric disorders. Language and content validity of the scale were evaluated. The content validity index (CVI) was determined to be 0.98, and the necessary corrections were made to the scale and finalized. It was performed with 170 patients who were diagnosed with Gaziantep Şahinbey TRSM and Şehitkamil TRSM between June 2019 and October 2019 and who had any diagnosis of bipolar disorder. For the test-retest reliability, the second application was made to 30 people in the sample group with an interval of 20 days. From the validity analysis of the scale, expert opinion was consulted for scope validity, and factor analysis was performed for construct validity. As a result of the explanatory factor analysis, a five-factor structure emerged in parallel with the original scale and confirmatory factor analysis was performed accordingly. Confirmatory factor analysis showed that the scale's fit indices ( $\chi^2 / df$ : 2,013, RMSEA: 0,077, CFI: 0,96, GFI: 0,84,  $p$ : 0,000). For the reliability analysis of the scale, Cronbach Alpha Coefficient, Item-Total Score and test-retest correlation were examined. The Cronbach Alpha of the scale was found to be 0.92, the item total score correlation was high, and the test-retest correlation was 0.84. As a result, it was determined that the Community Integration Scale for Adults with Psychiatric Disorders is a valid and reliable tool for measuring the level of social integration of individuals with psychiatric disorders.

**Key words:** Validity, Reliability, Schizophrenia, Bipolar Disorder, Community Integration.

# 1. GİRİŞ

## 1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Bilişsel, sosyal ve yönetsel becerilerde yıkıcı etkisi ile yeti yitimine neden olan şizofreni ve duygu durum bozuklukları gibi kronik psikiyatrik hastalıklar “Ağır Ruhsal Bozukluk” olarak tanımlanmaktadır (1).

Psikiyatrik bozuklukların büyük bir nüfusu etkilemesi tüm dünya için bir endişe kaynağıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), küresel düzeyde hastalık yükünün %13’ünü ruhsal hastalıkların oluşturduğunu ve dört kişiden birinin nörolojik ya da ruhsal hastalığa sahip olma riski olduğunu ifade etmektedir (2). Psikiyatrik hastalıklara sahip bireyler yaşadıkları toplumda hemen her alanda dezavantajlı bir konumdadır. Psikiyatrik bozuklukları olan bireyler başka kronik hastalıklara sahip bireyler gibi kendi yaşamlarını yönetmek, içinde bulunduğu topluma katılmak ve ait olduğu topluma katkıda bulunmak istemektedir (3). Ancak eğitimlerini sürdüremedikleri, çalışma hayatına atılmakta sorun yaşadıkları, sosyal güvenlik hakkında yararlanamadıkları, düzenli bir gelire sahip olamadıkları ve sınırlı sosyal faaliyetlere katılabildikleri görülmektedir. Bu nedenle psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin yaşadığı topluma tam anlamıyla entegre olamadıkları görülmektedir (4,5). Bireylerin topluma entegre olması hastalığın belirtilerinde azalma ve herhangi birine bağımlı olmaktan kurtulmaya katkı sağlamaktır. Toplum entegrasyonu psikiyatrik bozukluğa sahip bireyler üzerinde değerli hissetme, sosyal rolleri benimseme, yaşam doyumu, benlik saygısı ve bireysel yetkinliklerin artması gibi birçok yarar sağlamaktadır (6). Psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin topluma entegre olmaları konusunda Toplum Ruh Sağlığı merkezleri önem arz etmektedir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, şizofreni ve iki uçlu bozukluk gibi ağır ruh sağlığı sorununa sahip bireylerin yaşadığı toplumdan ayrılmadan rehabilitasyonunu sağlamayı amaçlamaktadır. Alevlenme döneminde hastanede yatarak tedavi gören ve alevlenme dönemi yatıştırılan hastaların yaşamları boyunca izlenmesi ve iyilik halinin desteklenmesini sağlamaktadır (7,8). Bu şekilde psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin yaşadığı topluma entegre olabilmesini desteklediği düşünülmektedir. Toplum entegrasyonun önceliklendirilmesi ve desteklenmesi konusunda ilerlemelere rağmen, ciddi akıl hastalığı olan insanların yaşadıkları topluma entegre olabilmeleri ile ilgili gerçek potansiyelleri hakkında yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle ciddi akıl hastalığı olan yetişkinlerin toplum entegrasyon düzeyi hakkında henüz çok az şey bilinmektedir (9,10).



Psikiyatri hemşireleri psikiyatri hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, genel hastaneler, gündüz hastaneleri, ayaktan tedavi üniteleri, hapishane ve okul gibi çeşitli alanlarda görev almaktadır. Psikiyatri hemşireleri bu alanlarda bireylerin sağlığı geliştirmek ve korumak, hastalık durumunda tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sağlamaktadır (11). Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin iyileşme süreci yaşam boyu devam etmektedir. Psikiyatri hemşireleri bu süreçte bireylerin öz farkındalık oluşturmasına, güçlü yönlerini fark etmelerine ve mevcut hastalıkları ile yaşamlarına devam edebilmeleri için yeni stratejiler geliştirmelerine yardım etmektedir (12). Bu doğrultuda psikiyatri hemşirelerinin psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin yaşadığı topluma entegre olabilmeleri için önemli bir rolü bulunmaktadır. Ancak lkemizde bireylerin topluma entegre olma düzeylerinin belirlenmesi ve desteklenmesi için bir ölçüm aracı ve psikiyatri hemşirelerine rehberlik edebilecek herhangi bir araç bulunmamaktadır.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı “Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon leği” ni Türk toplumuna kazandırmak için geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Psikiyatrik Bozukluklar

Psikiyatrik bozukluklar, toplumda yaygın olarak görülen, yaşam süresini kısaltan ya da yaşam kalitesini bozan, hastalık sürecinde bireyi ve ailesini tıbbi ve sosyoekonomik olarak toplumu da çeşitli alanlarda değişik şekillerde etkileyen hastalıklardır (13,14).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) psikiyatrik bozukluğu temel ruhsal işlevselliği, psikolojik, biyolojik ve gelişimsel bir rahatsızlığı yansıtan, bireyin bilişsel, duygusal ve davranışsal alanlarda önemli ölçüde bozulma ile karakterize olan bir sağlık durumu olarak tanımlamaktadır (15). Psikiyatrik bozukluklar bir çok tıbbi bozukluğun aksine net bir fizyolojik ve patolojik nedene bağlı değildir. Bu nedenle psikiyatrik bozuklukların tanımlanması ve sınıflandırılması için çeşitli kriterler ile belirlenmektedir. Her belirti için özel kriterler sağlanmıştır. Belirtiler bozukluk türlerine göre psikotik bozukluklar, kaygı bozuklukları, kişilik bozuklukları vb. gibi sınıflandırılmaktadır (16). Dünyada yeti yitimi ve erken ölüme en sık neden olan on hastalıktan beşi psikiyatrik bozukluklardır. Şizofreni, bireyin yaşam kalitesini düşüren, sosyal işlevsellikte azalmaya ve yeti kaybına neden olan önemli psikiyatrik hastalıklardan biridir (17).

### 2.2 Şizofreni

Şizofreni; farklı etiyolojiye, patolojik formlara ve seyirlere sahip olan genellikle geniş psikopatolojik belirti (pozitif ve negatif belirti) gösteren, erken yaşta başlayan, bilişsel ve sosyal fonksiyonların kalıcı bir biçimde bozulmasına neden olan kronik psikiyatrik bir hastalıktır (18).

#### 2.2.1. Tarihçe

Günümüzde şizofreninin klinik tablosunda yer alan birçok belirti ve bulgunun benzer tanımları çok eski tarihlerde ortaya çıkmıştır. Eski çağlara ait bir çok kaynakta (Tevrat ve Talmut, Çince yapıtlar, Yunan mitolojisi) şizofrenide görülen davranışlara değinilmiştir (19). Şizofreni 19. yüzyılın sonlarına doğru bilimsel açıdan araştırılmaya başlanmıştır. Morel (1860) "erken bunama" anlamına gelen "dementia praecox" terimini ilk defa kullanmıştır. 1874'de Kahlbaum katatoniye tanımladıktan sonra, 1896'da E. Kraepelin bu hastalığa, "dementia praecox" tanısı adını vermiş; paranoid ve basit tiplerini de eklemiştir. Aynı zamanda Kraepelin şizofreniyi ilk kez bir kavram olarak ele almıştır (20). Şizofreni kavramı 1908 yılında İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler tarafından kullanılmıştır. Kelime

Yunanca'daki Skhizo (bölünme) ve Phren (akıl) kelimelerinden türetilmiştir (21). Bleuler şizofreninin temel belirtilerini 4 başlıkta birleştirmiştir. “4A Belirtisi” ismini verdiği bu temel belirtiler: “Assosiyasyon, Autizm (otizm), Ambivalans, Affektif Bozukluk” dur (22,23). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ve International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) sınıflandırmalarında bu belirtiler daha önemli hale gelmektedir. 1980 yılında DSM III'ün basılması ile ruhsal işlevsellik ile ilgili kuramlar ve kanıtlanmış etiyolojik varsayımları temel alan çalışmalardan farklı tanımlar ortaya çıkmıştır. DSM IV sınıflandırmasında belirtili boyutunda değerlendirilmiş, alt tipler hastalığın gidişi ve sonlanması ile birbirinden ayrılmıştır. DSM V'e göre Şizofreni tanısı için akut dönemdeki belirtiler ve süre ölçütü değerlendirilmektedir. Aynı zamanda hastalığın başlangıcından itibaren sosyal ve mesleki işlevselliğin beklenen düzeyin altında kalması ölçütü de mevcuttur (8). DSM-V Şizofreni Tanı Ölçütleri tabloda yer almaktadır (24).

**Tablo 1. DSM-V Şizofreni Tanı Ölçütleri**

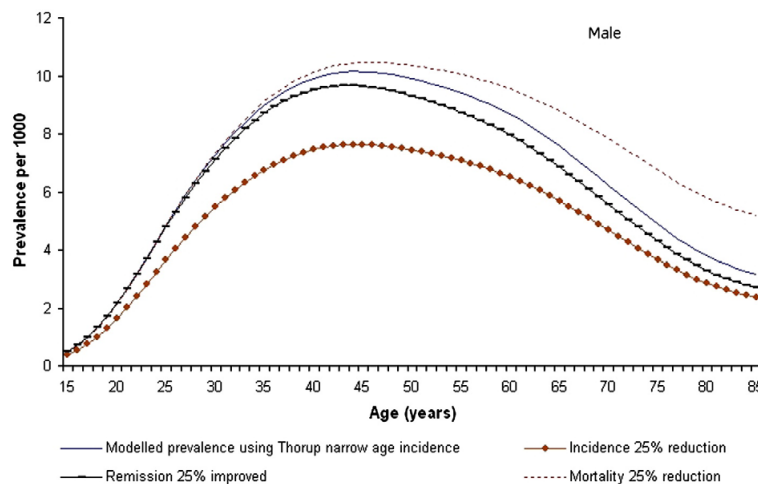
NO	KRİTER
<b>A.</b>	Aşağıdaki belirtilerden ikisi ya da daha fazlasının, otuz günlük (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kısmında bulunması 1. Sanrılar 2. Varsanılar 3. Darmadağın konuşma 4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı. 5. Negatif belirtiler
<b>B.</b>	Bu hastalığın başlangıcından itibaren geçen zamanın önemli bir kısmında, mesleki, kişilerarası ilişkiler ya da özbakım gibi, bir ya da daha fazla temel alanda işlevsellik düzeyi, bu hastalığın başlangıcından önce ulaşılan düzeyin belirgin olarak altında olması
<b>C.</b>	Bu bozukluğun devam eden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık dönem, A tanı ölçütünü karşılayan, en az otuz günlük belirtileri kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti dönemlerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan dönemler sırasında, yalnızca negatif belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde belirtilen iki ya da daha fazla belirtinin eşik altı biçimleriyle kendini gösterebilir.

<b>D.</b>	Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon ya da İki Uçlu Bozukluk dışlanır, çünkü ya açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak majör depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa da, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.
<b>E.</b>	Bu bozukluk, bir maddenin (ör. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.
<b>F.</b>	Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur.

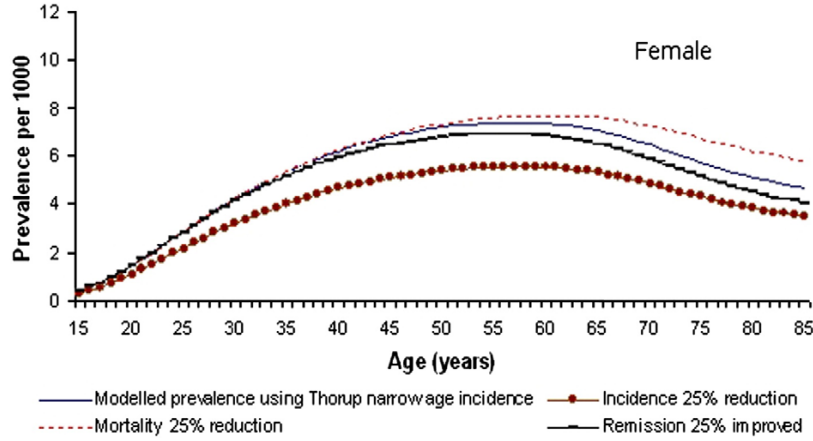
### 2.2.2 Epidemiyolojisi

Hastalığın yaşam boyu yaygınlığı %1, sıklığı ise 10000'de 3-5'dir. Türkiye'de az sayıda yapılan toplum araştırmasına göre şizofreni yaygınlığı 1000 kişide 8.9' dur (25). Hastalığın farklı coğrafya ve kültürlerde hemen hemen aynı sıklıkla görülmektedir. Cinsiyet dağılımı erkeklerde daha sık olmakla birlikte eşit kabul edilmektedir. Şizofreni hastalığının görülme oranı diğer hastalıklardan daha az olsa da morbidite ve mortalite oranı daha yüksektir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şizofreninin bütün hastalıklar arasında en fazla yeti yitimine neden olan on hastalık içerisinde yer aldığını ve ülkeler arasında değişiklik gösterdiğini ifade etmiştir. (26,27). Şizofrenide cinsiyete göre dağılımı aşağıdaki grafikte yer almaktadır (28).

**Grafik 1. Şizofreni Erkek Yaygınlığı**



**Grafik 2. Şizofreni Kadın Yaygınlığı**



### 2.2.3. Etiyolojisi

Kraepelin ve Blueler şizofreniyi yalnızca bir beyin hastalığı olarak tanımlamıştır. Ancak şizofrenin her bireyde farklılık göstermesi tek bir hastalık yerine bir sendrom olarak değerlendirilmesine neden olmuştur. Yapılan birçok tetkik ve inceleme sonucunda şizofreninin etiyojisi ile ilgili önemli verilere ulaşılmıştır. Şizofreni etiyojisi ile ilgili etmenler genetik, nötransmitterler, nörogelişimsel etmenler, nöroanatomik etmenler ve çevresel etmenlerdir (19, 21, 28, 29).

**Genetik:** Aile üyelerinden bir ya da bir kaçında hastalığın bulunması şizofreni için en büyük risk etmenidir. Tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerinden daha fazla tutarlı sonucun bulunması genetik etkenini açıklamaktadır. Bununla birlikte evlat edinme çalışmaları, şizofreniye yatkınlığı bazı çevresel faktörlerin genler ile birlikte etkilediğini ortaya koymaktadır (30,31).

**Nötransmitterler:** Şizofreni gelişiminde dopamin, serotonin, norepinefrin, asetilkolin gibi nötransmitterler etkili olmaktadır (32). Şizofrenide pozitif belirtilerin dopaminin artışına, negatif belirtiler ise dopaminin azalmasına bağlı olarak geliştiği belirtilmektedir. Ayrıca şizofrenik hastaların frontal ve temporal kortekslerinde 5-HT<sub>2a</sub> reseptöründe azalma görülmesi ve Selektif 5-HT<sub>2a</sub> antagonistleri ile yapılan tedavilerin olumlu sonuçlar vermesi serotoninin şizofrenide etkili olduğunu göstermektedir. Glutamat seviyesinde azalma şizofrenide negatif belirtilerin oluşumunda rol oynamaktadır. Kolinerjik mekanizmaların bozulması şizofreni hastalarında dikkat, bellek, işlem hızı gibi bilişsel kayıpların üzerine etkili olduğu ifade edilmektedir (33).

**Nöroanatomi etmenleri:** Şizofreni hastalarının beyin görüntüleme çalışmalarında (beyin tomografisi ve MR) beynin bazı bölgelerinde yapısal değişiklikler gözlenmiştir. Ancak bu değişikliklerin hastalık başlamadan önce mi yoksa hastalığın ortaya çıkışından sonra mı olduğu bilinmemektedir (34,35)

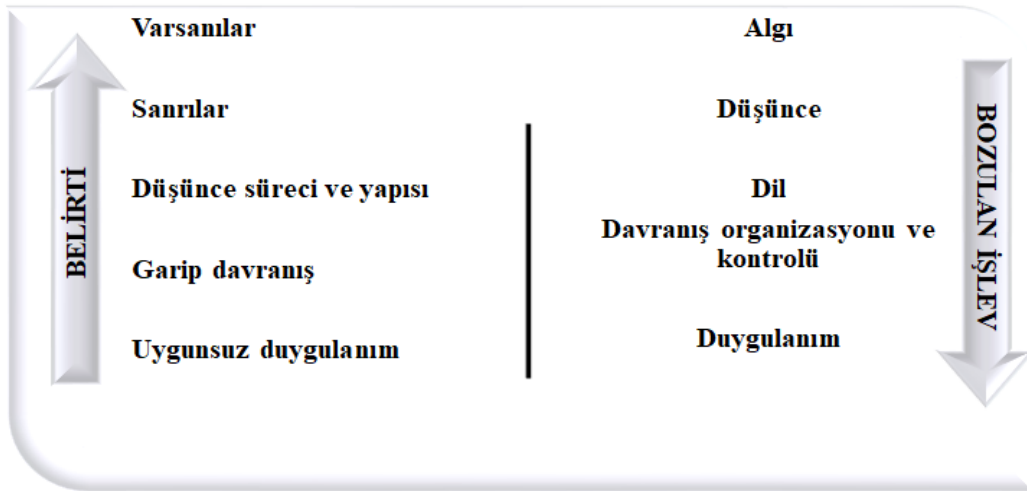
**Nörogelişimsel etmenler:** Prematüre, düşük doğum ağırlığı, preeklamsi ve diğer gebelik komplikasyonları şizofreni ile ilişkilendirilmektedir. Belirtilen komplikasyonların şizofreni etiyojisinde yer alma oranı düşük iken neonatal hipoksinin diğer komplikasyonlardan daha yüksek oranda etkilediği belirtilmiştir. Buna ek olarak özellikle kuzey yarım kürede kış ve erken bahar aylarında doğan bireylerde aynı yarım kürede diğer mevsimlerde doğan bireylere göre şizofreni gelişme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (36).

**Çevresel Etmenler:** Nüfus yoğunluğu, kırsal-kentsel yerleşim yerleri, göçler, önemli kültürel ortam değişiklikleri, sanayileşme, ülkenin gelişmişlik düzeyleri gibi birçok faktörün de şizofreninin meydana gelmesinde etkili olduğu düşünülmektedir (37).

#### 2.2.4. Belirtiler

Şizofreni pozitif belirtiler ve negatif belirtiler olarak iki kategoride incelenmektedir. Şizofreni belirtileri şekil 1 ve şekil 2’ de yer almaktadır (38).

**Şekil 1. Pozitif belirtiler:** Bilişsel işlevlerde aşırılaşma ve bozulma.



**Şekil 2. Negatif belirtiler:** Bilişsel işlevlerde azalma ya da kaybolma



### 2.2.5. Tedavi

Şizofreni hastalığının tedavisinde hastanın kendine ve çevresine zarar vermesini önlenmesi, davranış problemlerinin kontrol etmesi, belirtilerin baskılanması, işlevselliğin yeniden kazandırılması, hasta ve aile işbirliğinin sağlanması, yaşam kalitesi ve uyumun artırılması, amaçlanmaktadır (37,39). Şizofreni tedavisinde son elli yıl içinde devrim niteliğinde gelişmeler yaşanmıştır. Tedaviye tipik antipsikotikler ile başlanarak önemli başarılar elde edilmesine rağmen tipik antipsikotiklerin etki mekanizmalarının bilinmemesi ve yan etkileri zamanla sorunlar oluşturmuştur (40,41). Bu nedenle araştırmacılar yan etkileri daha az ve daha etkili olan ilaçlar aramaya yönelmiştir. Atipik antipsikotikler keşfedilerek alevlenme dönemlerinde tipik antipsikotiklerden daha etkili olan ve istenmeyen yan etkilerin daha güçlü bir şekilde önlenmesi bakımından avantajlı olduğu düşünülmüş ve kullanılmıştır. Atipik antipsikotikler; seratonin-dopamin antagonistleri, mezolimbik seçici dopamin reseptör antagonistleri, kısmi dopamin reseptör antagonistleridir (19, 42, 43). Buna ek olarak  $\beta$  blokerler antikonvülsanların özellikle manik semptomlar için antipsikotiklerin etkisini arttırdığı ve var olan ya da antipsikotiklerin neden olabileceği epilepsi nöbetlerini ve antidepresanları da kişilerin çökkün duygu durumunu engellemek için ilaç tedavisinde yer almaktadır (36).

İlaç tedavisine ek olarak yapılan bireysel eğitim, aile eğitimi, sosyal beceri eğitimi, bilişsel davranışçı terapiler, mesleki rehabilitasyon bireyin iyileşmesine ve işlevselliğin artmasına katkı sağlamaktadır (44,45). Ayrıca Elektrokonvulsif Terapi (EKT) ilaç tedavisine dirençli,

ağır eksitasyon gösteren ve ya katatonik hastalarda gerekli durumlarda semptom yatıştırma amacıyla kullanılmaktadır (20).

### 2.2.6. Seyir ve Sonlanım

şizofreni hastalığı sürecinde hem iyileşme gösteren hem de alevlenme-remisyon dönemleri ile seyreden farklı sonlanım biçimleri görülebilmektedir. şizofreni yavaş ve geç başlangıçlı olabileceği gibi akut olarak başlayabilmektedir. Prodromal dönemde uykusuzluk, içe kapanma, kendine bakımda azalma, okul ya da iş başarisında azalma, sıkıntı ya da öfke patlamaları gibi birçok belirti oluşabilmektedir (28). şizofreni seyrini etkileyen faktörler tabloda 2’ de yer almaktadır (34).

**Tablo 2. şizofreni Seyrini Etkileyen Faktörler**

Faktör	İyi Sonlanım	Kötü Sonlanım
Demografik	Kadın Evli	Erkek Bekar
Genetik	Ailede duygudurum bozukluğu hikayesi	Ailede şizofreni hikayesi
Başlangıç	Hastalık ncesi iyi uyum Akut başlangıç Başlangıçta tetikleyen Olay Erken tedavi	şizoid belirtiler Yavaş başlangıç Uzun süreli tedavi edilmemiş psikoz
Belirtiler	Duygudurum belirtileri	Negatif Belirtiler Takıntılar Garip sanrılar
Psikososyal	Tedaviye iyi yanıt	Yüksek duygu ifadesi Madde suiistimali

### 2.3. İki Uçlu Bozukluk

İki uçlu bozukluk aşırı coşku, neşe, öfke, yoğun üzüntü, keder, umutsuzluk duygularının abartılı şekilde yineleyici ataklar şekilde yaşandığı, hastanın aile, iş ve sosyal yaşamını önemli derecede etkileyen intihar ve ölüm riskinin yüksek olduğu kronik psikiyatrik bir hastalıktır (46,47,48).



### 2.3.1. Tarihçe

İki uçlu bozukluk için tanımlar ve tanı kriterleri yıllar içinde değişmiştir. Hipokrat M.Ö 400 yılında “mani” ve “melankoli” kelimelerini kullanmıştır. Melankoli hastalığının kara safradan meydana geldiği ifade edilirken, Areatus manik depresif durumların birbiri ile ilişkili olduklarını belirtmiştir. Falret (1854) mani ve melankoli hastalıklarının aynı hastalığın farklı görünüş biçimleri olduğunu savunmuştur. Kahlbaum (1863) ise ilk defa “Siklotimi” kelimesini kullanmıştır. Baillarger hastalığın mizaç ve düşünce değişikliklerinden oluştuğunu ifade ederek “folie a double forme” adını vermiştir (48). Kreaplin depresyon ve mani hastalıklarının tek bir hastalığın iki farklı kutupları olduğunu, bu durumun tek bir hastalık içerisinde dönemsel olarak gerçekleştiğini ifade etmiştir. Kreapli’in tanımlaması daha sonra ifade edilen; hafif depresyon örüntüsünden ve hipomaniye kadar hızlı bir döngü veya psikotik özelliklere sahip mani arasında değişen bir tablo tanımlamasının temelini oluşturmuştur (49,50). Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından (1980) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-III)’nda manik-depresif hastalık için tanısal kategori olarak İki Uçlu Bozukluk terimi kabul edilmiştir (25). Günümüzde DSM-V’de İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar olarak yer almaktadır.

### DSM-V İki Uçlu Bozukluk Tanı Ölçütleri

DSM-V’te İki Uçlu Bozuklukların sınıflandırılması aşağıdaki gibidir:

- 1. İki Uçlu Bozukluğu:** temel özelliği hastanın bir ya da daha fazla manik veya karma epizod geçirmiş olmasıdır (51).
- 2. İki Uçlu II Bozukluğu:** en az bir majör depresif epizod ile bir veya daha fazla hipomanik epizod geçirmiş olmasıdır (24,38).
- 3. Siklotimi:** temel özelliği çok sayıda hipomanik dönem ve hafif depresyon dönemlerinin düzensiz biçimde devam etmesidir (24,38).
- 4. Başka yerde adlandırılmayan İki Uçlu Bozukluk:** Maddenin veya ilacın neden olduğu klinik görünümde çökkün duygudurumun baskın olduğu ya da çökkün duygudurum olmadan, coşkulu, taşkın veya asabi duygudurum belirtileri mevcuttur. Hastaların etkinliklerin çoğuna ya da hepsine karşı ilgi ve zevk azalması olabilmektedir (24,38).
- 5. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İki Uçlu Ve İlişkili Bozukluk**
- 6. Tanımlanmış Diğer İki Uçlu Ve İlişkili Bozukluk**
- 7. Tanımlanmamış İki Uçlu Ve İlişkili Bozukluk**

Mani, hipomanik ve yeğın (major) depresyon epizod DSM-V tanı kriterleri Tablo 3, Tablo 4 ve Tablo 5’de verilmiştir (24).

**Tablo 3. DSM-V İki Uçlu Bozukluk Manik Dönem Tanı Ölçütleri**

NO	KRİTER
A.	En az bir hafta süre ile neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde olağandışı ve sürekli, taşkın ya da çabuk kızan, kabarmış bir duygudurumun, amaca yönelik etkinlik ve içsel güçte artmış olduğu bir dönemin olması.
B.	Duygudurum bozukluğunun devam ettiği bu dönemde, aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha fazlasının (çabuk kızan duygudurum varsa dördünün) bunların olağan davranışlardan farklı ve belirgin derecede bulunması: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Benlik saygısında abartılı artma veya büyüklük düşünceleri</li><li>2. Uyku ihtiyacında azalma</li><li>3. Her zamankinden daha fazla konuşkan olma</li><li>4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin ard arda geldiğine ilişkin öznel yaşantı</li><li>5. Dikkat dağınıklığı</li><li>6. Amaca yönelen etkinlikte artma veya Psikomotor ajitasyon</li><li>7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma</li></ol>
C.	Duygudurum bozukluğunun iş ile ilgili ya da toplumsal işlevsellikte belirgin bir düşmeye yol açacak kadar ya da çevreye veya kendine zarar vermemesi için hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ve psikoz özelliklerinin olması
D.	Bu dönemin, bir maddenin (bir ilaç da olabilir) veya bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaması. Ancak, antidepresan tedavisinde ortaya çıkan ve tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi, bir mani dönemi tanısı için yeterli bir kanıttır.

**Tablo 4. DSM-V İki Uçlu Bozukluk Hipomanik Dönem Tanı Ölçütleri**

<b>NO</b>	<b>KRİTER</b>
<b>A.</b>	En az bir hafta süre ile neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde olağandışı ve sürekli, taşkın ya da çabuk kızan, kabarmış bir duygudurumun, amaca yönelik etkinlik ve içsel güçte artmış olduğu bir dönemin olması.
<b>B.</b>	Duygudurum bozukluğunun devam ettiği bu dönemde, aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha fazlasının (çabuk kızan duygudurum varsa dördünün) bunların olağan davranışlardan farklı ve belirgin derecede bulunması:  <ol style="list-style-type: none"><li>1. Benlik saygısında abartılı artma veya büyüklük düşünceleri</li><li>2. Uyku ihtiyacında azalma</li><li>3. Her zamankinden daha fazla konuşkan olma</li><li>4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin ard arda geldiği ile ilişkili öznel yaşantı</li><li>5. Dikkatin dağılması</li><li>6. Amaca yönelen etkinlikte artma veya Psikomotor ajitasyon</li><li>7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılım</li></ol>
<b>C.</b>	Bu dönemde, ve kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha farklı, işlevsellikte belirgin bir farklılığın görülmesi
<b>D.</b>	Duygudurum bozukluğunun ve İşlevsellikteki değişikliğin başkalarınca gözlenebilmesi
<b>E.</b>	İş ile ilgili veye toplumsal işlevsellikte belirgin bir düşmeye yol açak kadar ya da kişinin kendisine ya da çevresine zarar vermemesi için hastaneye yatırılmasını gerektirecek derecede ağır ve psikoz özelliklerinin (varsa mani dönemi) olmamasıdır.
<b>F.</b>	Bu dönemin bir maddenin fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaması. Ancak, antidepresan tedavisinde ortaya çıkan, tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir hipomani dönemi, bir hipomani dönemi tanısı için yeterli bir kanıttır.

**Tablo 5. DSM-V İki Uçlu Bozukluk Yeğın (Major) Depresyon Dönemi Tanı Ölçütleri**

NO	KRİTER
<b>A.</b>	<p>İki haftalık dönem boyunca önceki işlevsellik düzeyinde bir farklılık olması ve aşağıdaki belirtilerden en az beşi olması, bu belirtilerden en az biri ilgisini yitirme, zevk almama veya çökkün duygudurumdur.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Çökkün duygudurum ve bu durumun neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunması ve kişinin kendisi tarafından bildirilmesi veya başkalarınca gözlenmesi</li><li>2. Bütün etkinliklere veya çoğu etkinliğe karşı ilgide neredeyse her gün, günün büyük bölümünde belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama</li><li>3. Neredeyse her gün, aşırı uyumaya da uykusuzluk çekme</li><li>4. Neredeyse her gün, içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü) ya da bitkinlik</li><li>5. Neredeyse her gün, odaklanmakta ya da düşünmekte güçlük çekme</li><li>6. Neredeyse her gün, kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo olma ve yeme isteğinde azalma ya da artma</li><li>7. Neredeyse her gün ajitasyon ya da yavaşlama.</li><li>8. Neredeyse her gün, uygunsuz veya aşırı suçluluk (sanrsal olabilir) ve değersizlik duyguları</li><li>9. Yineleyici öz kıyım veya ölüm düşünceleri ya da öz kıyım girişiminin veya öz kıyıma yönelik özel bir tasarının olması</li></ol>
<b>B.</b>	Yukarıdaki belirtilerin toplumsal, mesleki alanlarda işlevsellikte düşmeye veya klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olması
<b>C.</b>	Bu dönemin, bir maddenin fizyolojiyle veya bir sağlık durumunun ilgili etkilerine bağlanamaması

### 2.3.2. Epidemiyolojisi

İki uçlu bozukluk herhangi bir ülke, etnik köken veya sosyoekonomik statüden bağımlı olmaksızın genel nüfusun % 1' den fazlasını etkileyen ve gençler arasında önde gelen hastalıklardan biridir (52). Dünya çapındaki bir ruhsal sağlık araştırmasında, İki Uçlu Bozuklukların prevalansı çeşitli kültürler ve etnik gruplar arasında tutarlı olmakla birlikte toplam yaşam boyu bipolar I bozukluğu % 0.6 ve bipolar II bozukluğu % 0.4' tür (53). İki uçlu bozukluk ortalama yirmili yaşlarda başlamaktadır. Kadınlar ve erkeklerde yaklaşık olarak aynı görülme oranına sahiptir. Ancak kadınlar, erkeklere göre daha ileri yaşta İki Uçlu Bozukluk tanısı almaktadır. Kadınlar, hipomani veya mani öncesi depresif epizotlar geçirmekte ve erkeklerden daha uzun süre depresif epizoda sahip olmaktadır Medeni durum bakımından boşanmış ve bekar bireylerde evli olan bireylerden daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (54,55).

### 2.3.3. Etiyolojisi

Hastalığın nedeni tam olarak bilinmemekte, ancak biyolojik ve psikososyal etkenler birbiri ile etkileşerek duygudurum bozukluğuna neden olduğu düşünülmektedir. Hastalığın mani ve depresyon epizodlarının ortaya çıkışında psikososyal etkenlerin rol oynadığı belirtilmektedir (56).

**Genetik:** Aile bireylerinde İki Uçlu Bozukluk tanısının olması hastalığın ortaya çıkmasında etkili olmaktadır (57). Bipolar I bozukluk tanısı olan bireylerin birinci derece aile üyelerinde Bipolar I bozukluğun görülme olasılığı 8-18 kat, majör depresyon görülme olasılığı ise 2-3 kat artmaktadır. Major depresyona sahip olan bireylerin birinci derece akrabaları bipolar I görülme olasılığı 1,5-2 kat, majör depresyon görülme olasılığı 2-3 kat artmaktadır (46).

**Nörotransmitterler:** Duygudurum bozukluklarında dopamin (DA), serotonin (5-HT), noradrenalin (NA) ve GABA (gama amino butirikasit) etkisi en çok bilinen nörotransmitterlerdir.

Bireylerin yaşamları boyunca karşılaştıkları stresörler sonucu beyinde ve otonom sinir sisteminde salınımlara neden olan beyinde norepinefrin sentezinde artışa neden olduğu sonucuna varılmıştır (58). Norepinefrin ve epinefrindeki bir artışın mani; epinefrin ve norepinefrindeki azalmanın da depresyona yol açtığı ifade edilmiştir (59).

Dopaminerjik nöronlar bilişsel işlevler, duygudurum ve duygulanım, motor hareketlerinin başlatılması ve sürdürülmesinde önemli rol oynamaktadır. Depresyondaki bireyde belirgin olarak bilişsel, motor işlevlerde azalma, zevk almama belirtilerinin oluşması dopaminerjik

nöronların aktivitesinde azalmaya bağlı oluşmaktadır (60). Bipolar hastalarda platelet GABA (gamma aminobütirik asit) alımının depresif dönemde artması, mani döneminde azalması tespit edilmiştir. Ancak GABA transmisyonuna odaklanan çalışmalar yetersizdir (61).

Ayrıca akut ve kronik stres durumları serotonerjik sistem üzerinde farklı sonuçlara neden olmaktadır. Akut stres durumu serotonin salınımında artışa neden olurken kronik stres durumu 5-HT depolarının tükenmesine ve serotonin aktivitesinde azalmaya yol açmaktadır. Bu nedenle İki Uçlu Bozuklukta serotonin sistemi etkili olmaktadır (62).

**Nörogörüntüleme çalışmaları:** Bipolar depresyonu olan bireylerde kontroller sonucu prefrontal lob hacimleri düşük bulunmuştur. Ancak talamus hacimleri ve bazal gangliyon daha fazla bulunmuştur. Bazı çalışmalarda da bipolar bozukluğa sahip bireylerde hipokampus ve amigdala hacimlerinde büyüme ve sağ prefrontal korteks işlevlerinde azalma olduğu ifade edilmiştir. Bu nedenle hezeyanlar, dürtü kontrolünde azalma ve disinhibisyon gibi belirtiler geliştiği tespit edilmiştir (63).

**Psikososyal Faktörler:** Bireyin yaşamı boyunca karşılaştığı olumsuz yaşantılar (düzensiz bir yaşam sürmesi, sağlığının bozulması, yoğun stres altında kalması, iş hayatındaki çatışmalar ve iş doyumunda azalma, çocukluk travmaları gibi bireyi örseleyen olaylar), alkol/madde kullanımı, aile içi çatışmalar ve bunalımlar gibi bir çok fizyolojik, psikolojik ve sosyal durumlar duygudurum bozukluklarının gelişmesi ve kronikleşmesinde rol oynamaktadır. Ancak bu olay ve durumlar bireyde biyolojik ve ruhsal bir eğilim mevcut ise hastalığın başlamasını etkilemektedir (37,51, 64, 65).

#### **2.3.4. Belirti**

İki Uçlu Bozuklukta görülen Mani, Hipomani ve Depresyon epizodlarının özellikleri aşağıdaki tabloda 6' da verilmiştir (57).

**Tablo 6. İki Uçlu Bozukluk Belirtileri**

<b>ÖZELLİK</b>	<b>HASTALIĞIN ŞİDDETİ</b>	<b>BELİRTİ</b>
<b>MANİ</b>	Çoğu olguda mesleki ve sosyal işlevsellikteki bozulma nedeniyle hastaneye yatışı gerektirir.	Öfori veya huzursuz ruh hali, uykusuzluk, artan cinsel aktivite ve agresif davranışlar, artan motor aktivite ve ajitasyon, hızlı düşünme ve konuşma.
<b>HİPOMANİ</b>	Hastaneye yatış gerektirmeyen, ve birkaç gün süren başkaları tarafından fark edilebilen alışılmadık davranışlar.	Maniye benzer.
<b>DEPRESYON</b>	En az iki hafta süresince moral bozukluğu ya da aktivitelere olan ilginin ya da keyfin azalması; sosyal, mesleki ve diğer işleyiş alanlarında gözle görülür bir bozulmaya neden olan normal kişilikten farklı davranış ve tavır.	İştah azalması ve kilo kaybı; yorgunluk; uykusuzluk (özellikle sabah erken uyanışı); değersizlik duyguları; zayıf konsantrasyon; intihar düşünceleri; cinsel aktiviteye ve diğer zevkli aktivitelere olan ilginin azalması.

### **2.3.5. Tedavi**

İki uçlu bozukluğun tedavisinde geleneksel olarak akut stabilizasyona odaklanılmaktadır. Tedavide mani veya depresyonlu bir hastayı ötimik (stabil) ruh hali ile semptomatik iyileşme sağlamak, hastalığın nüksetmesini önlemek, semptomları azaltmak, gelişmiş sosyal ve mesleki işlevselliği geri kazandırmak amaçlanmaktadır. Hastalığın her iki aşamasında da tedavi karmaşık olabilmektedir. Çünkü depresyonu hafifleten aynı tedaviler mani veya hipomaniye; maniyi azaltan tedaviler depresyona neden olabilmektedir (66,67). Önceki veya mevcut tedaviler, tıbbi ve psikiyatrik komorbiditeler, hasta ve yakınlarının tedaviye yaklaşımı, yan etkiler ve hastanın tedavi edilmeye istekli olması gibi çeşitli faktörler farmakolojik ve psikolojik tedavi sürecini etkileyebilmektedir (68).

İki Uçlu Bozukluk tedavisinde antimanik ilaçlar, antidepresanlar, antipsikotik ilaçlar gibi geniş bir tedavi yelpazesi mevcuttur. Amerikan Psikiyatri Birliği tedavi rehberine (2002) göre; Mani/Hipomani döneminde lityum ya da valproat tedavisi ile birlikte antipsikotik ilaçların birlikte kullanılmasını, daha az ciddi hastalar için valproat veya olanzapin türevi ilaçlar ile tedavi edilmesinin yeterli olabileceği ifade edilmektedir. Depresyon döneminde ise lityum ya da lamotrigine ek olarak antidepresan tedavisinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Alternatif olarak lityum ve bir antidepresana ek olarak EKT'nin eş zamanlı olarak kullanılabilirliği belirtilmiştir (69).

İki uçlu bozuklukta medikal tedaviye ek olarak gerçekleştirilen bilişsel terapi, aile terapisi, grup terapisi, kişilerarası ve sosyal ritim tedavisinin de olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (70). Bireysel, aile ve grup ile birlikte psikoeğitim hastalığın semptomlarını öğrenme, ilaç uyumu sağlama ve ilaç yan etkilerini en aza indirme gibi stratejileri öğretmek hastalığın ataklarını azaltmak amacıyla yapılmaktadır (71).

### **2.3.6. Seyir ve Sonlanım**

İki uçlu bozukluğa sahip her bireyde hastalığın başlangıç biçimi ve zamanının, hastalık sürecinin, tedavi ve girişimlere yanıtının farklı olması nedeni ile hastalığın tek bir gidiş ve sonlanımı söz konusu değildir (72).

Hastalığın geç başlangıçlı olması, uzun dönemli ötimik duygu durum, manik-depresif atakların az olması, ek psikiyatrik hastalığın olmaması, bilişsel işlevlerin bozulmaması, tedavi uyumunun iyi olması hastalığın seyrini ve sonlanımını olumlu etkilemektedir (73, 74, 75).

## **2.4. Entegrasyon Kavramı**

İnsan toplumsal bir varlıktır. Bireyin kişiliğini aile, akrabalar, yakın çevre ve yaşadığı toplumdaki etkileşimler oluşturmaktadır. Birey dünyaya belirlenmiş kalıtsal özellikler ile gelmesine rağmen doğumundan itibaren etkileşimde olduğu insanlar sayesinde bulunduğu ortam ile bütünleşebilmektedir (76). Berry (1997), bireyin özgün kimliklerini ve özelliklerini devam ettirmelerinin yanı sıra, içinde yaşadığı topluma uyum sağlayacak ilişkiler kurabilmelerinin de entegrasyon olgusu için önemli olduğu ifade etmektedir (77).

### **2.4.1. Toplum Entegrasyonu Kavramı Ve Gelişimi**

Toplum Entegrasyonu, Dünya Sağlık Örgütü' nün 2000 Yılı Herkes İçin Sağlık hedefine halkın katılımını vurgulamasından itibaren son 20 yıldır sağlık hizmeti sağlayıcıları ve araştırmacıları için odak noktası olmuştur (78). Eski bir terim olarak toplum entegrasyonu “normalleşme” anlamına gelmektedir. Normalleşme ise engellilerin yaşadığı, çalıştığı ve günlük yaşamlarını birlikte devam ettirdikleri sağlıklı bireyler ile aynı imkanlara sahip olmasıdır (79). Toplum entegrasyonu kavramı kronik rahatsızlıkların rehabilitasyonunda büyük dikkat çekmekle birlikte kronik hastalığa sahip bir bireyin yalnızca fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlardaki iyileşme dışında yaşadığı topluma ne kadar dahil olduğunu da içermektedir (80). Toplum entegrasyonu, engelli bireylerin ve/veya hastalıkların içinde yaşadığı toplumda sosyal, fiziksel ve psikolojik varlıklarını kapsamaktadır. Toplum entegrasyonu sosyal, psikolojik, fiziksel ve yaşam kalitesiyle ilgili alanlarda olumlu sonuçlar



içermektedir (81). Ayrıca bireyin içinde bulunduğu topluma ait olma ve katılma gibi öznel duygularını da kapsamaktadır (78). Toplum entegrasyonu, insanların içinde bulunduğu toplumda ne ölçüde yaşadıklarını, katıldıklarını ve sosyalleştiklerini incelemektedir. Toplum entegrasyonu; iyileşme sürecini kolaylaştırmaya, bireyin hedeflerini gerçekleştirmesine ve entegrasyona yönelik sosyal engelleri belirlemesine yardımcı olmaktadır. Bu nedenle bireyi geri kazanmanın sonuç bileşeni olarak kavramsallaştırılmaktadır. (82). Yetişkinlerin yaşamdaki rolleri kültüre ve yaşam evresine göre değişmektedir. Toplum entegrasyonunun ölçütleri; bağımsız, özerk bir birey olmanın farklı yönlerini; aile üyesi, arkadaş, eş, ebeveyn, öğrenci ve çalışan bir birey olmayı kapsamaktadır (83,84).

Yıllar boyunca çeşitli tanımlar önerilmiş ve özetlenmiştir. Literatürden elde edilen toplum entegrasyonunun tanımları tablo 7’de kronolojik olarak derlenmiştir (85).

**Tablo 7. Toplum Entegrasyonu Tanımları**

<b>Yazar&amp;Yıl</b>	<b>Toplum Entegrasyonu Tanımı</b>
<b>Jacob, 1993</b>	“Yapacak bir şey, yaşayacak bir yer ve sevecek bir şey” olarak tanımlamıştır.
<b>Willer ve ark., 1993</b>	Toplum entegrasyonu temel olarak yaşadığı yere entegrasyonu, sosyal entegrasyonu ve üretken faaliyetlere olan entegrasyonu içermektedir
<b>Corrigan, 1994</b>	“Kültürel ve gelişimsel açıdan uygun sosyal rollerin varsayılması veya yeniden başlatılması” olarak tanımlamıştır.
<b>Dijker, 1998</b>	“Karar vermede bağımsızlık / karşılıklı bağımlılık ve üretken davranışlar dahil olmak üzere yaşa / cinsiyete / kültüre uygun rol / statü / faaliyete geçme / devam etme” olarak tanımlamıştır.
<b>McColl ve ark, 1998</b>	Genel entegrasyon (oryantasyon, uygunluk ve kabul); bağımsız yaşam (bağımsızlık ve yaşam durumu); meslek (verimlilik ve eğlence); ve sosyal destek (yakın ve yaygın ilişkiler) olarak tanımlamıştır.
<b>McColl ve ark, 2001</b>	Toplum entegrasyonu, öz bakım ve fiziksel işleyişin ötesine geçen çok boyutlu bir kavramdır. Birinin yaşam koşullarında bağımsızlık ve anlamlı bir biçimde katılımı olarak tanımlamıştır.
<b>Wong ve Solomon, 2002</b>	Fiziksel, sosyal ve psikolojik entegrasyon dahil olmak üzere toplum entegrasyonunu 3 alt boyut olarak gruplandırmıştır.
<b>Reistetter &amp; Abreu, 2005</b>	“Çok Boyutlu, Dinamik, Kişisel ve Kültürel Sınırlı” olarak ifade etmişlerdir.
<b>Parvaneh &amp; Cocks, 2012</b>	Yedi temayı içeren bir toplum entegrasyon çerçevesi önermiştir. Bunları; toplum ilişkileri, topluluğa erişim, kabul, meslek, evde olma ve yüksek risk ve kırılganlık olarak tanımlamıştır.

Toplum entegrasyonu kavramının değerinin ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri için rehber çerçevenin artmasıyla birlikte;

- Psikiyatrik bozukluğa sahip insanların toplum yaşamına tam olarak katılması,
- Kaynaklara, faaliyetlere ve herkes için var olan ortamlara erişmesi için olanakların genişletilmesine odaklanması,
- İstihdam, eğitim, barınma ve özellikle insanların yaşam koşullarını iyileştirmesi,
- Topluma dayalı ilişkilerde sosyal etkileşimin kolaylaştırması,
- Topluma ait olma duygusunu güçlendirmesi için bir odak nokta haline gelmiştir (86).

#### 2.4.2. Toplum Entegrasyonun Boyutları

Toplum entegrasyon kavramı üç boyuta sahiptir. Bu boyutlar; **Fiziksel Entegrasyon, Sosyal Entegrasyon ve Psikolojik Entegrasyon** dur (87).

##### 2.4.2.1. Fiziksel Entegrasyon

Psikiyatrik hastalığa sahip kişilerin toplum entegrasyonu ile ilgili çalışmalarda daha çok fiziksel entegrasyona odaklanılmıştır (3). Fiziksel bütünleşme, bir toplumda bireyin zaman geçirmesi, günlük yaşam aktivitelerine katılması, kendi içinde yaşadığı toplumdaki mal ve hizmetleri tek başına kullanabilmesi anlamına gelmektedir (87,88,89).

Fiziksel entegrasyon genellikle sosyal etkileşime izin veren veya kolaylaştıran, insani hizmetlerin aracılık ettiği fiziksel bir ortamı içermektedir. Fiziksel entegrasyonun sağlanması için olanakların birey tarafından erişilebilir, fiziksel ortamının uygun ve etkileşimde bulunacağı insanların bulunması gerekmektedir (90). Prens ve Gerber (2005), fiziksel entegrasyonun, psikiyatrik bozukluklara sahip bireylerin yaşam kalitesini etkilediğini ve toplumdaki fiziksel varlığın yaşam doyumunu artırabileceğini belirtmektedir (91).

##### 2.4.2.2. Sosyal Entegrasyon

Psikiyatrik hastalığa sahip olan bireylerin tedavisi genel olarak içinde yaşadığı toplumda gerçekleşmektedir. Bu nedenle sosyal entegrasyon, ruh sağlığını geliştirmek ve tedavi etmek için önem arz etmektedir. Bireyin kendi bütünlüğü ve ait olduğu toplumun kültürünü koruyarak yaşadığı çevreye ve topluma dahil olmaktır (5). Sosyal entegrasyon çok yönlü bir kavramdır. Vatandaş olma, arkadaş, eş, ebeveyn olma gibi farklı rolleri içermektedir. Aynı

zamanda çevre ile kurulan bağ ve sosyal kaynaklara erişimi, duygusal destek sistemlerini de tanımlamaktadır. Bireylerin kişilerarası ilişkileri ne kadar iyi ise sosyal bütünleşme düzeyleri de o kadar yüksek olmaktadır (92,93).

Benlik saygısı azalmış bir bireyin kendi hayatında ve ait olduğu toplumda başarılı olabilmesi için desteklenmesi gerekmektedir. Bireyin desteklenmesi de sosyal entegrasyonun sağlanmasında etkilidir. Toplumda benlik saygısı azalmış bir bireyin fiziksel entegrasyonu sosyal katılımın kolaylaştırıcısıdır. Bireyleri sadece yaşadığı ortamdan çıkarmak, onların toplumun bir üyesi olabileceği anlamına gelmemektedir. Bu nedenle, gerçek sosyal entegrasyonun sağlanması çok önemlidir. Ancak bu sadece benlik saygısı azalmış bireylerin toplumun daha değerli üyeleri olmasına yardım ederek yapılabilmektedir (80).

#### **2.4.2.3. Psikolojik Entegrasyon**

Wong ve Soloman (2002), toplum entegrasyonu kavramının topluma basit fiziksel katılımdan daha fazlasını içerdiğini ifade etmektedir. Bireyin yaşadığı topluma katılarak aynı zamanda yaşadığı toplumun bir parçası olduğunu gösteren entegrasyonun sosyal ve psikolojik yönleri önemlidir (94). Psikolojik entegrasyon, bir kişinin algılanan aidiyet hissini, toplumsal katılım için algılanan yeterliliğini, topluluğa bağlanma duygusunu, toplumun üyeleri ile duygusal bağlarını ve toplumu etkileme becerisini ifade etmektedir. Psikolojik entegrasyon yaşam kalitesini, psikolojik iyi oluşu, çevre uyumunu ve benlik saygısını olumlu yönde etkilemektedir (95,96).

#### **2.4.2.4. Psikiyatri Hemşireliği ve Toplum Entegrasyonu**

Psikiyatri hemşirelerinin psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin tedavi, bakım ve rehabilitasyonunu sağlamanın yanısıra bağımsız olarak bireysel ve toplumsal rollerini gerçekleştirmesine destek olmak, bireylere kendini gerçekleştirme imkanlarını sağlamak, bireylerin yaşadığı topluma ait olma duygularını arttırmak ve sosyal destek sistemlerini güçlendirmek açısından önemli rolleri bulunmaktadır. Aynı zamanda psikiyatri hemşireleri psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin günlük yaşamlarını etkileyen toplumsal faktörlerin de farkında olmalıdır (97). Psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin yaşadıkları topluma entegre olabilmeleri için bireyi, ailesini ve yaşadığı toplumun özelliklerini göz önünde bulundurarak bakım vermesi gerekmektedir. Bireyin yaşadığı topluma entegre olma düzeyinin tekrarlı kontroller ile yakından takip edilmesi önem arz etmektedir.

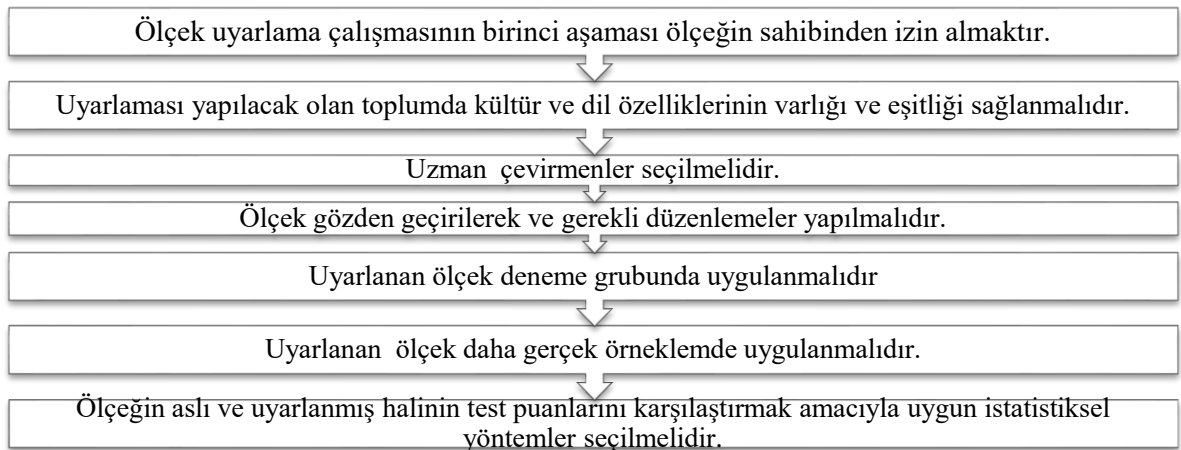
## 2.5. Ölçek Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışmaları

İncelenmek istenen özelliklerin amaca, araca ve imkanlara bağlı olarak nicelleştirilme (sayısallaştırılması) sürecine Ölçme adı verilmektedir. Ölçme için bir ölçülen, bir ölçen, bir araç ve bu üçünün arasındaki ilişkileri düzenleyen kurallar olması gerekmektedir. Ölçme bireyin ölçmeyi hedeflediği özelliği uyaran uyarıcılar grubunu ve bu uyarıcı grubuna uygun kategori ve sınıflandırma oluşturma sürecidir. Ölçek geliştirmede amaçlanan psikolojik özelliği belirleme işlemi madde ve madde öbeklerinin yapılandırılması süreciyken, geliştirilmiş olan ölçek ile bir bireyin tepkilerinden yola çıkılarak psikolojik özelliğin ne kadar olduğu saptanabilmektedir (98). Ölçek uyarlama, daha önce geliştirilen bir ölçeğin farklı bir dil için çevirisini yaparak geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmelerinin yapılmasını ve ölçeğin farklı bir dil ve kültüre uyarlanmasını ifade etmektedir (99). Ölçeğin bir dilden ve kültürden farklı bir dil ve kültüre uyarlanması için hem çevirinin aslına uygun bir biçimde gerçekleşmesi hem de geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin uygun bir biçimde devam etmesi gerekmektedir. Bu nedenle ölçek uyarlama süreci çok dikkat gerektiren, bir den çok araştırmacının birlikte çalışması ile gerçekleşen uzun bir süreçtir (100). Ölçek uyarlama çalışmalarında farklı bir dil ve kültürde geliştirilen ölçeğin Türk dili ve kültürüne uyarlama çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Uyarlama çalışmaları her biri için farklı aşamalar gerektiren üç başlık altında toplanmaktadır:

- Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/ dil uyarlaması
- Psikometrik özelliklerin incelenmesi (geçerlik ve güvenilirlik çalışması)
- Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılmasıdır (101).

Ölçek uyarlama aşamaları Şekil 3’de yer almaktadır ( 100,102).

### Şekil 3. Ölçek Uyarlama Aşamaları



### **2.5.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi**

Dil uyarlaması ölçek uyarlama çalışmalarında önemli bir aşamadır. Bu aşamada araştırmacı tarafından ölçeğin asıl diline ve Türkçe'ye hakim olan dil uzmanları belirlenmektedir. Ölçeğin asıl diline ve Türkçe'ye hakim birbirinden bağımsız en az iki dil uzmanı tarafından ölçek Türkçe'ye çevrilmektedir. Birbirinden bağımsız çevirmenlerin yapmış olduğu çeviriler karşılaştırılarak anlam ve yapı olarak değerlendirilmektedir. Türkçe'ye çevrilen ölçek her iki dile hakim en az iki uzman tarafından tekrar asıl dile çevrilmelidir. Çeviri-geri çeviri yöntemi ile oluşturulan Türkçe form ile ölçeğin aslı arasında önemli bir farklılık bulunmaması gerekmektedir (103).

### **2.5.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi**

Uyarlama aşamasında ölçme aracının hassas, tutarlı ve kararlı ölçme sonuçlarını veren, ölçmek istenen niteliği doğru ve istabetli olarak ölçebilme özelliklerini göstermelidir (101). Ölçeğin standardize olabilmesi ve uygun bilgiler üretme yeteneğinin olması için "geçerlik" ve "güvenirlik" adı verilen önemli iki psikometrik özelliğe sahip olması gerekmektedir (103).

#### **2.5.2.1. Geçerlik**

Ölçeğin ölçülmek istenilenleri tam olarak ölçüp ölçmediğini tespit etmek amacıyla Geçerlik çalışması yapılmaktadır (105). Bir ölçeğin geçerlik çalışmasında farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bir ölçeğin ölçülmek istenen yapıyı ölçtüğünü kanıtlama sürecinde kapsam, yapı ve ölçüt-bağımlı geçerliği olmak üzere üç temel yöntem uygulanmaktadır (106). Geçerlik yöntemleri şekil 4'de yer almaktadır (101).



Şekil 4. Geçerlik Yöntemleri

### 2.5.2.1.1. Kapsam Geçerliği

Ölçülmek istenen yapıyı ölçęin tamamının ve her bir maddenin ölçüp ölçmediğini ve ölçülmek istenen yapı dışında farklı anlamların yer alıp almadığını incelemek için yapılmaktadır (101). Ölçekte yer alan maddelerin, ölçülmek istenen olgusal ve/veya yargısal verileri kapsamak ve toplamak için yeterli olup olmadığının uzman görüşlerine sunularak tespit edilmesidir. Yeşilyurt ve Çapraz' a göre araştırmalarda Kapsam Geçerliği adımları aşağıdaki gibidir (101);

**1. Uzmanların belirlenmesi:** Kapsam Geçerliğinin yapılacak olan analizler için alana ve ölçek çalışmalarına hakim 3-20 aralığında uzman belirlenmektedir.

**2. Değerlendirilecek ölçek formunun hazırlanması ve uzman görüşlerine sunulması:** Lawshe ve Davis teknikleri kullanılabilir. Ancak çoğunlukla kullanılan Content Validity Index (CVI)' dir. Bu analiz Waltz ve Bausel (1981) tarafından oluşturulmuştur. 1-4 arasında puanlanarak değerlendirilir. Puanlar;

- 1 puan: uygun değerdir.
- 2 puan: maddenin uygun biçime getirilmesi gerekmektedir.
- 3 puan: uygun ancak küçük değişiklikler gerekmektedir.
- 4 puan: çok uygun şeklindedir (101).

**3. Uzman görüşlerinin analizi:** Uzman formlarının tamamı incelendikten sonra, araştırmacı tarafından her madde için uzman görüşleri tek bir formda bir araya getirilmektedir. Maddelere 3 veya 4 puan veren uzman sayısını belirlemek amacıyla uzman görüşleri tek bir formda birleştirilmektedir (107).

**a. Kapsam geçerlik oranlarının (Content Validity Ratio-KGO=CVR) ve Kapsam geçerlik indeksinin (Content Validity Index- KGI=CVI) analizi:** KGO, maddelerin ölçekte yer alıp almamasına ilişkin madde istatistiğidir. KGO aşağıda yer alan formüldeki gibi hesaplanmaktadır:

$$KGO = \frac{Nu - N/2}{N/2} \quad \text{veya} \quad KGO = \frac{Nu}{N/2} - 1$$

Formüle göre; **Nu;** ölçekte yer alan maddelere 3 ya da 4 puan veren uzman sayısını ve N ise ölçek için görüş bildiren toplam uzman sayısını belirtmektedir. KGO saptandıktan sonra maddeler ölçeğe dahil edilmek üzere tanımlanır ve KGI ölçeğin tamamı için hesaplanmaktadır. Ölçekte bulunmasına karar verilen maddelerin KGO değerlerinin ortalamalarının hesaplanmasıyla KGI elde edilmektedir (108). Kapsam geçerliği tablosu Tablo 8' de yer almaktadır.

**Tablo 8. Kapsam Geçerliği Hesaplaması**

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	1.000	12	0.667
6	1.000	13	0.538
7	1.000	14	0.571
8	0.750	15	0.600
9	0.778	16	0.500
10	0.800	17	0.529
11	0.636	18	0.444

**4. Analiz sonucuna göre maddelerin ölçekte yer alıp alamayacağına karar verilmesi:** Ölçekteki maddelerin KGO değeri uygun ise ve KGI değeri tabloda belirtilen değerleri karşılıyorsa ölçeğin Kapsam Geçerliği' nin anlamlı olduğu söylenebilmektedir (109).

#### **2.5.1.1.2. Ölçüt- Bağımlı Geçerlik**

Ölçme aracının uygun bir ölçüt ile karşılaştırılarak ölçeğe ilişkin ek kanıtlar toplamaya çalışmasıdır. Ölçüt olarak alınacak olan ölçeğin daha önceden geçerlik ve güvenirlik analizlerinin yapılmış olması gerekmektedir. Önceden geçerliği ve güvenirliği kanıtlanmış olan bir ölçeğin aynı veya benzer bir niteliği ölçen bir ölçme aracı olması gerekmektedir. Ölçüt bağımlı geçerlik kendi içerisinde eş zaman geçerliği ve yordama geçerliği olarak ikiye ayrılmaktadır (110).

##### **a) Eş Zaman Geçerliği**

Katılımcıların ölçekten aldıkları puanlar ile aynı davranışı ölçen başka bir ölçek ya da ilişkili diğer davranışı ölçen bir ölçekten elde edilen puanlarla korelasyonunu incelenmektedir. Ölçekten alınan puanlar ile daha önceden kullanılan ya da ilişkili olan ölçekten elde edilen puanların aynı ya da yakın zamanda yapılmış olması gerekmektedir. Eş zaman geçerliği, hali hazır geçerliği, benzer ölçek geçerliği ve uyum geçerliği olarak da bilinmektedir (110).



## **b) Yordama Geçerliği**

Yordama Geçerliği, sonradan alınacak referans sonucun ölçek uygulanmadan önce tahmin edilmesidir (96). Bir ölçeğin ileriye ait yordama gücü bu ölçeğin analiziyle, ilerde ortaya çıkan ölçme ile karşılaştırılmasıyla tespit edilmektedir (111).

### **2.5.1.1.3. Yapı Geçerliği**

Yapı Geçerliği bir değişkenin diğer değişkenlerle olan ilişkisi ile doğrudan ilgilidir (112) Doğrudan ölçülemeyen bir özelliği ölçen bir ölçüm aracının ölçme derecesi olarak ifade edilebilmektedir. Yapı geçerliğinin ölçülmesinde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler Faktör Analizi, Çok Değişkenli-Çok Yöntemli Matris, Hipotez Sınama (Mantıksal Analiz), Bilinen Grup İle Karşılaştırma yöntemleridir (113). Yapısal geçerlik çok değerli bir yöntem olmasının yanında bir o kadar karmaşık bir yöntemdir. Aynı zamanda geçerliğinin saptanmasına yönelik yapılan işlemler sonucunda elde edilen bulguların yorumlanmasında da çok dikkat edilmesi gereken bir yöntemdir (110,114).

#### **a) Faktör Analizi**

Ölçekte yer alan maddelerin ölçeğe katkısını incelemek amacıyla yapılan işlemlere madde faktör analizi adı verilir. Faktör analizinde, madde gruplarının değerini özdeğerler, maddelerin her biri için ilgili madde yükleri ve her bir maddenin tüm maddeler içerisindeki değerini ise ortak varyans ile ifade edilir. Bu doğrultuda her maddenin hem kendi yığına hem de tüm yığına bir katkısı bulunmaktadır. Madde Faktör Analizi Açıklayıcı (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) olarak iki bölümde incelenmektedir (95,113,115).

#### **Açıklayıcı Faktör Analizi**

Araştırmacının hedeflediği bir hipotezi test etmek değeril, ölçek ve ölçülen faktörlerin doğasının incelendiği bir değerlendirme çalışmasıdır. Temel amaç, verilerin yapısına uygun bir ölçüm modeli oluşturmaaktır. Açıklayıcı Faktör Analizi dört temel adımda gerçekleşmektedir.

1. Veri toplama sonucunda oluşturulan veri setinin Açıklayıcı Faktör Analizi için uygun olup olmadığı değerlendirilir. Bu doğrultuda Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) değerlendirmesi ve değerşkenlerin birbiri ile korelasyonunu incelemek için Bartlett Testi yapılmaktadır.
2. Ölçeğin faktör yapısını incelemek için Özdeğer (eigen values) incelemesi ve Scree Plot grafiği elde edilmektedir.

3. Maddelerin faktörlerin altında yer alması için Varimax Rotation (döndürme işlemi) yapılmaktadır.
4. Rotasyon işlemi sonucunda belirlenen faktörlere uygun isimlendirme yapılmaktadır (103).

### **Doğrulayıcı Faktör Analizi**

Araştırmacı tarafından istenilen ya da belirlenen/kurulan hipotezin test edilerek sınanmasını ifade etmektedir. Doğrulayıcı Faktör Analizi maddelerin faktörler ile ilişkisini, faktör sayısını, faktörlerin birbiri ile ilişkili olup olmadığını incelemektedir. Doğrulayıcı Faktör Analizi 'ni uygulamak için Lisrel, Amos, Mplus gibi farklı birçok program kullanılmaktadır. Araştırmacılar faktör analizi için hangi programı kullandıkları belirtmelidir (106).

DFA ile elde edilen uyum iyiliği istatistiği sonuçlarının istenilen düzeyde olması gerekmektedir.

**1. Yapılan testler sonucu Ki-kare değerinin anlamlı çıkması modelin kabul edilebilir olduğunu göstermektedir.**

**2. Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation -RMSEA):** RMSEA' nin  $\leq 0.08$ , p değerinin  $\leq 0.05$  olması uyumun iyi olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca  $\leq 0.10$  olması ise uyumun düşük olduğunu ifade etmektedir.

**3. Standardize Ortalama Hataların Karekökü (Standardized Root Meansquare Residual- SRMR):** SRMR' nin  $\leq 0.10$  ise uyum olduğunu ifade etmektedir.

**4. Karşılaştırılmalı Uyum iyiliği (Comperative Fit Index-CFI):**  $\geq 0.90$  ise uyum olduğunu ifade etmektedir.

**5. Non-normed fitindex (NNFI):**  $\geq 0.90$  ise uyum olduğunu ifade etmektedir

**6. Uyum İyiliği İndeksi (GFI- Goodness of Fit Index):**  $\geq 0.90$  ise uyum olduğunu ifade etmektedir (101,114).

### **b) Bilinen Grup İle Karşılaştırma**

Bilinen bir grup ile karşılaştırmada ölçüm aracı iki farklı gruba uygulanmaktadır. Ayrılan gruplardan biri ölçülmek istenen faktör bakımından bilinen, diğeri bilinmeyen bir gruptur. Yapılan ölçümler sonucunda bilinen grubun yanıtları araştırmacının beklediği yönde ise ölçek ölçülmek istenen faktörü ölçebiliyor yani aracın seçme geçerliği var demektir (113).

### **b) Hipotez Sınama (Mantıksal Analiz)**

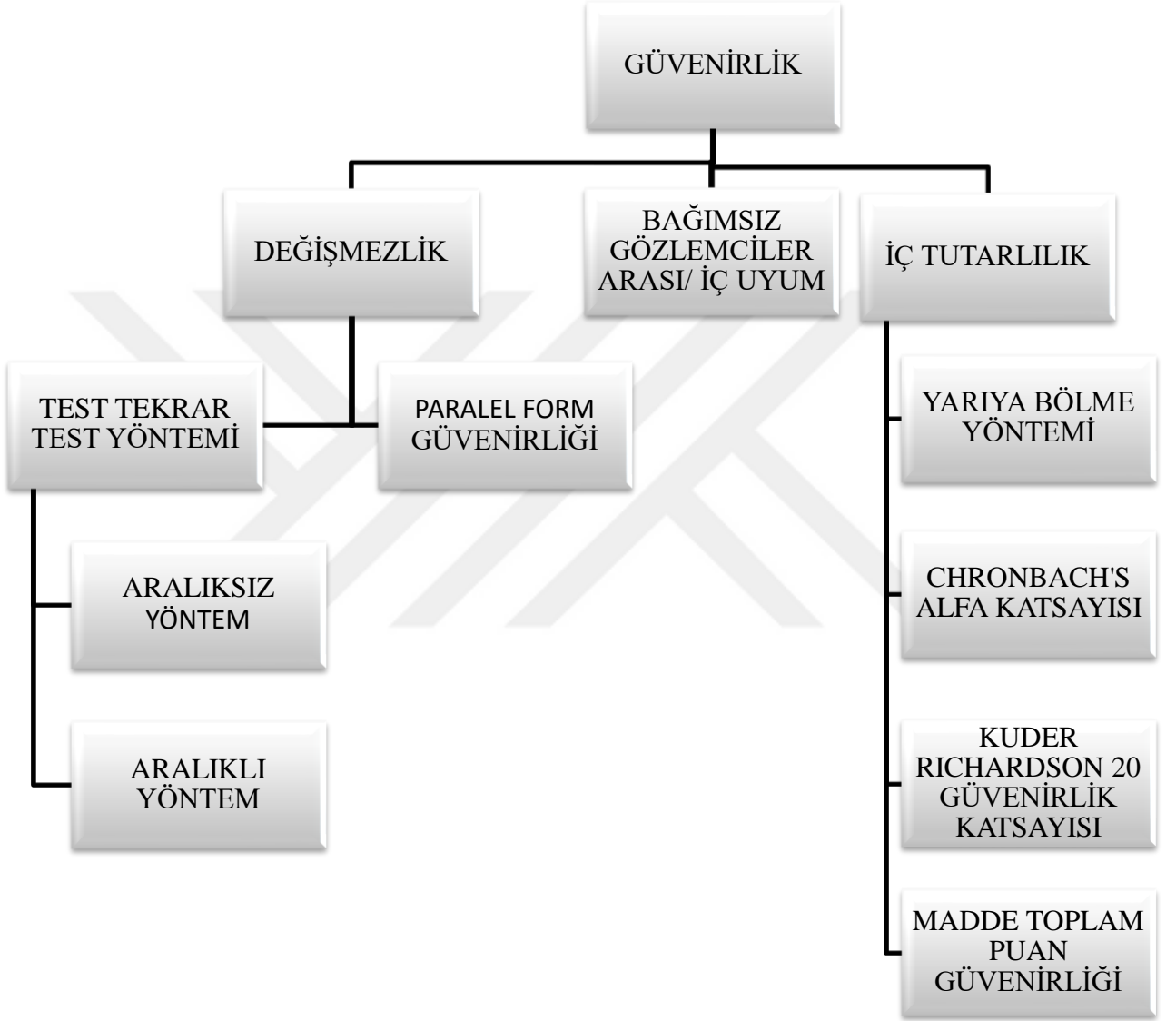
Bu geçerlik yönteminde araştırmacı kullanılacak ölçekten elde edilecek sonuçlara yönelik hipotezler geliştirmektedir. Bunun için araştırmacı kullandığı kaynaklar ve gözlemleri ile değerlendirme öncesinde birbirleri ile ilişkili olacağını tahmin ettiği ilişkilerin düzeyini ve yönünü korelasyon analizi ile değerlendirerek sınamaktadır (101).

### **c) Çok Değişkenli-Çok Yöntemli Matris**

Campbell ve Fiske (1959) yapı geçerliğini değerlendirmek için, çok değişkenli çok yöntem matrisi adı verilen oldukça kullanışlı bir yöntem geliştirmişlerdir. Birden fazla yapının birden fazla yöntem aracılığıyla ölçülmesini içermektedir. Böylece “tamamen çaprazlanmış” yöntem-ölçüm matrisi elde edilmektedir. Bu yöntem ile bir yapıyı farklı yöntemler ile test ederek benzer sonuçlar ortaya çıkarılmaya çalışılarak yakınlaşma bulgusu elde edilir. Ölçeğin benzer başka ölçeklerden ayırt edilme yeteneği ise ayırışım ile belirlenmektedir. (112).

#### **2.5.2.2. Güvenirlik**

Güvenirlik analizi, örneklemi oluşturan bireylerden toplanan veriler sonucunda ölçekte yer alan maddelerin, birbirleri ile tutarlılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla yapılmaktadır (115). Bir ölçeğin güvenirliliği, ölçeğin sağlamlığını ve tutarlılığını göstermektedir. Güvenirlik zamana göre değişmezlik, bağımsız gözlemciler arası/içi uyum ve iç tutarlılık bakımından üç ayrı özellik taşımaktadır (105). Güvenirlik yöntemleri şekil 5’ de yer almaktadır (101).



Şekil 5. Güvenirlik Yöntemleri

### **2.5.2.2.1. Değişmezlik**

Ölçeğin değişmezliğini incelemek için “Test-Tekrar Test Güvenirliği” ve “Paralel Formlar Güvenirliği” yöntemleri kullanılmaktadır.

#### **a) Test-Tekrar Test Güvenirliği**

Ölçeğin tutarlılığını ölçmek için kullanılan test-tekrar test yönteminde ölçeğin aynı örnekleme farklı zamanlarda yapılan ölçümler ile ortaya çıkan sonuçların sınılanması amaçlanmaktadır. Yapılan ölçüm sonuçlarının benzerliği güvenirliliğinin olduğunu ifade etmektedir. Test-tekrar test yöntemi her ölçekte kullanılmamaktadır. Test- tekrar test yönteminde örneklem üzerinde uygulanan ölçeğin iki uygulama arasında geçen zamanın kısa olması ve buna bağlı hatırlama etkisi ya da zamanın uzun olması ve tutarsızlık olması yöntemin dezavantajı olarak ifade edilmektedir (117).

#### **b) Paralel Formlar Güvenirliği**

Paralel Formlar ile güvenirlilik bir ölçeğin bir defa, eşdeğer ölçeğin iki defa uygulanmasıyla ya da ölçek ve eşdeğer ölçeğin aynı zamanda bir kez uygulanması ile test edilmektedir. Güvenirlilik katsayısı 0 ile 1 arasında olmalıdır (104).

### **2.5.2.2.2. Gözlemciler Arası/ İç Uyum**

Araştırmacının birden fazla gözlemci kullanarak aynı kişileri, olayı ve yeri değerlendirmek amacıyla kullandığı yöntemdir. Bu yöntemin test-tekrar testten farkı ise araştırmacının katılımcıların ölçeğe verdikleri puanların değil, gözlemcilerin verdikleri puanların karşılaştırmasını değerlendirmesidir. Bu yöntemde özellikle ölçeğe ait veriler arşiv kaynaklarından ya da sistematik gözlem ile elde edilmek istenirse gözlemciler arası/içi uyum yöntemi kullanılmaktadır (114).

### **2.5.2.2.3. İç Tutarlılık**

İç tutarlılık bir ölçeğin maddelerinin homojenliğini ifade etmektedir. Bir ölçekte bulunan maddelerin birbiri ile korelasyon düzeyi ne kadar yüksek ise ölçeğin iç tutarlılık düzeyi o kadar yüksek olarak belirtilmektedir. Maddeler arasında yüksek korelasyon olması, ölçek maddelerinin tamamının ölçülmek istenen kavramı ya da yapıyı aynı şekilde ölçtüğünü ifade etmektedir. İç tutarlılık; Yarıya bölme yöntemi, Chronbach's Alfa Kat Sayısı, Kuder Richardson 20 Güvenirlilik Kat Sayısı ve Madde Toplam Puan Güvenirliliği olmak üzere dört farklı biçimde ölçülmektedir (112).

### a) Yarıya Bölme Yöntemi

Bu yöntemde kullanılacak ölçek örneklem grubuna uygulanmadan önce tam olarak ikiye bölünerek bir kez uygulanmaktadır. Bu ikiye bölme işlemi iki farklı biçimde yapılmaktadır. Tek numaralı (1, 3, 5, 7 gibi) sorulardan bir grup, çift numaralı (2, 4, 6, 8 gibi) sorulardan bir grup oluşturarak kullanılan yöntem araştırmalarda daha çok tercih edilmektedir. Kullanılan diğer yöntem, ölçek maddelerinin ortadan ikiye bölünerek ilk yarı ve ikinci yarı biçiminde oluşturulmasıdır. Ölçekte ikiye bölünerek elde edilen sorular iki farklı ölçek olarak kabul edilmektedir. Bu iki farklı ölçekten elde edilen puanlar arasında ilişki değerlendirilmektedir. İki ayrı soru grubu arasındaki korelasyon yüksekse birbiriyle ölçeğin yakından ilişkili sorulardan oluştuğu tespit edilmektedir. Bu sonuç ölçeğin iç tutarlılığının olduğunu göstermektedir (101).

### b) Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı genellikle bir uygulama gerektiren güvenilirlik yöntemlerindedir. Ölçek maddelerinin 3'lü, 4'lü, 5'li ya da 6'lı derecelendirilmesi (likert) yapılan ölçeklerin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (102). Ölçek maddelerinin homojenliğinin bir ölçüsü olan Alfa kat sayısı, k tane sorunun aynı yapıyı tanımlamak ve ya sorgulamak için bir bütün oluşturup oluşturmadığının sınanmasıdır. Ölçeğin analizi sonucu alfa katsayısının yüksek olması ölçekte yer alan maddelerin birbiri ile yüksek derecede tutarlı olduğunu ve aynı özelliğin öğelerini sınanan maddeleri içerdiğini ya da ölçek maddelerinin tümünün o ölçüde birlikte çalıştığını göstermektedir.

- $0.00 < \alpha < 0.40$  ise ölçek güvenilir değildir.
- $0.40 < \alpha < 0.60$  ise ölçek düşük güvenilirliktedir.
- $0.60 < \alpha < 0.80$  ise ölçek oldukça güvenilirdir.
- $0.80 < \alpha < 1.00$  ise ölçek yüksek derece güvenilirdir (114).

### c) Kuder Richardson Güvenirlik Katsayısı

K20 eşitliği ile güvenirliliğin bulunması için ölçekteki her maddenin güçlük derecesinin (p) bilinmesi gerekmektedir. Bu nedenle ölçeğin madde analizi yapılarak soruların güçlük derecelerinin elde edilmesi gerekmektedir (107). Ölçek maddelerinin ölçülmek istenen yapıyı ölçüp ölçmediği sınanmalıdır. Bunun için ölçekte yer alan her maddeye verilen değer ile ölçeğin tamamına verilen değerler arasındaki ilişki hesaplanmaktadır. Belirli bir korelasyon katsayısına sahip olmayan maddeler yeterince güvenilir olmadığını göstermektedir. Araştırmacının aldığı ölçüte göre değişmekle birlikte 0.80 ve üzerinde korelasyon katsayısı bulunan maddeler genelde ölçeğe alınmaktadır (111).

#### **d) Madde-Toplam Puan Güvenirliği**

Ölçeğin toplam puanları ile ölçekte yer alan her bir maddeye ait puanların korelasyonunun alınmasını ifade etmektedir. Madde toplam puan korelasyon katsayılarının ortalaması testin güvenirliliğini vermektedir (117). Madde-toplam korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer özellik gösterdiğini ve ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu ifade etmektedir. Likert tipi derecelendirmenin yer aldığı bir ölçekte madde-toplam korelasyonu, Pearson korelasyon katsayısı ile test edilmektedir. Madde- toplam korelasyonu 0.30 ve daha yüksek olan maddelerin bireyleri iyi derecede ayırt ettiği, 0.20-0.30 arasında kalan maddelerin gerekli ise ölçeğe dahil edilebileceği veya maddenin düzeltilmesi gerektiği, 0.20' den daha düşük maddelerin ise ölçekte yer almaması gerektiği söylenebilmektedir (110).

#### **2.5.3. Kültürlerarası Özelliklerin Karşılaştırılması**

Ölçek uyarlama çalışmasında kültürlerarası özelliklerin karşılaştırması aşamasında ölçeğin kültüre bağlı niteliği incelenmektedir. Çalışma grupları arasında ortaya çıkan farklar kültürel farklardan kaynaklanabilmektedir. Bu nedenle uyarlanan ölçeğin kültüründeki normlar ile ölçeğin geliştirildiği kültürel normlar karşılaştırılmaktadır. Ancak kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması çalışmaları başka bir araştırma konusudur. Bu çalışmaya ait özel koşullar bulunmaktadır. Öleği geliştiren birey ile uyarlayan birey birlikte çalışmalıdır. Ölçek geliştirme ve uyarlama sonucunda ortaya çıkan değerler, yüzdeler, psikometrik özellikler gibi birçok özellikler karşılaştırılmaktadır. Bu kültürel farkların nedeni tartışılmaktadır. Bunun sonucunda ölçeğin evrenselleşmesi sağlanmaktadır (118).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Araştırma metodolojik araştırma türüne uygun olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma Kasım 2018 – Mayıs 2020 tarihleri arasında yapılmış olup araştırmanın veri toplama süreci Haziran 2019 – Ekim 2019 arasında Gaziantep Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Gaziantep Şehitkâmil Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Gaziantep Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Şehitkâmil Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan şizofreni ve iki uçlu bozukluk tanısı alan yetişkin hastalar araştırma evrenini oluşturmuştur. Çalışma kapsamında şizoaffektif bozukluğa sahip bireylerin örneklem grubuna dahil edilmesi planlanmıştır. Ancak her iki merkezde şizoaffektif bozukluğa sahip birey sayısının istatistiksel analiz açısından yeterli olmadığı için şizoaffektif bozukluğa sahip bireyler çalışmaya alınmamıştır. Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında Gaziantep Şahinbey Ruh Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı 347 ve Şehitkâmil Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı 214 hasta bulunmaktadır.

Araştırmanın örneklemini belirlenen tarihlerde ilgili sağlık merkezlerinde kayıtlı şizofreni ve iki uçlu bozukluk tanısı almış ve araştırmaya alınma koşullarını karşılayan 170 yetişkin hasta oluşturmuştur. Ölçek uyarlama çalışmasında örneklem sayısı için ölçekte yer alan madde sayısının 5 veya 10 katına ulaşması gerekmektedir (101). Bu doğrultuda araştırmada kullanılacak ölçeğin 34 maddeye sahip olması nedeniyle madde sayısının 5 katına (n=170) ulaşılmıştır.

#### **Araştırma kapsamına alınan bireylerin özellikleri;**

1. 18 yaşının üzerinde olması,
2. Gaziantep ilinde ikamet etmesi,
3. Türkçe konuşma-anlama probleminin olmaması,
4. Görme ve işitme ile ilgili sağlık probleminin bulunmaması,
5. Okuryazar olması,



6. Çalışmaya katılmayı kabul etmesi,
7. DSM V tanı ölçütlerine göre Şizofreni veya İkiuçlu Bozukluk tanısı almış olması.

#### **Araştırmadan dışlanma ölçütleri;**

1. Şizofreni ve İki Uçlu Bozukluk tanısına ek başka bir tanı almış olması
2. Türkçe dilini anlama ve konuşma probleminin olması
3. İşitme ve görme ile ilgili duyu kaybının iletişime engel olacak kadar bulunması.

#### **3.4. Verilerin Toplanması**

Bu araştırmada araştırmacı tarafından bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi tanıtıcı özelliklerine yönelik sorular içeren “Bireysel Bilgi Formu” oluşturulmuştur. Ayrıca psikiyatrik bozukluğu olan yetişkin hastaların toplum entegrasyon düzeyini belirlemek için dil geçerliği yapılan “Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği” kullanılmıştır.

Verilerin toplanmasında araştırmacı bireyler ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmanın ilk aşamasında “Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği” Türkçeye uyarlanarak dil geçerliği değerlendirilmiştir. Dil geçerliği için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Birbirinden bağımsız iki uzman tarafından ölçeğin İngilizceden Türkçe’ ye çevirisi yapılmıştır. Uzman çevirmenlerden elde edilen ölçeğin Türkçe formu incelenmiştir. Türkçe formunun İngilizce’ ye geri çevirisi birbirinden bağımsız iki uzman tarafından yapılmıştır. Yapılan çeviriler tekrar değerlendirilerek ölçeğin orijinal formu ile karşılaştırılmıştır. Yapılan çeviri-geri çeviri sonucunda elde edilen ölçekte gerekli düzenlemeler yapılmış ve Kapsam Geçerliği test edilmiştir. Kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi aşamasında ölçeğin Türkçe formunun son şekli ruh sağlığı alanında uzman 10 kişiye elektronik posta olarak gönderilmiştir. Uzmanlar tarafından yapılan değerlendirme sonucunda ihtiyaç duyulan ölçek maddelerinde düzenlemeler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı 20 hasta ile ön uygulama (pilot çalışma) yapılmıştır. Ön uygulama sonrası hastalardan geri bildirim alınarak ölçek maddelerinde anlaşılmayan bir ifade olmadığı saptanmıştır. Ön uygulama yapılan bireylerin verileri araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmanın örneklemini oluşturan 170 hastaya ilk uygulama yapılmıştır. İlk uygulamadan sonra test-tekrar test güvenilirliğini incelemek için 20 gün sonra

30 hastaya ikinci uygulama yapılmıştır. Uygulama sürecinde formların yanıtlanması 15-20 dakika sürmüştür.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan hastalık adı, cinsiyet, yaş, meslek, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum vb. gibi hastanın tanıtıcı özelliklerini belirleyen 20 sorunun yer aldığı “Bireysel Bilgi Formu” oluşturulmuştur (EK-I). Dil ve kapsam geçerliği yapılan “Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği” kullanılmıştır (EK-II).

#### **Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği (Validation of the Community Integration Scale for Adults with Psychiatric Disorders (CIS-APP-34))**

Cabral ve ark. (2014) tarafından geliştirilmiştir. Daha sonra Cabral ve ark. (2018) tarafından tekrar uygulanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin toplum entegrasyon düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. (EK-III). Ölçeğin son şekli toplum entegrasyon düzeyi ile ilgili 34 madde ve 5’li likert tipi özelliğindedir. “0” bilmiyorum, “1” kesinlikle katılmıyorum, “2” katılıyorum, “3” katılmıyorum, “4” kesinlikle katılmıyorum anlamına gelmektedir. Ölçekten 0-136 arasında puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanların artması toplum entegrasyon düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin cronbach  $\alpha$  katsayısı 0.90’ dır. Ölçekte yer alan her bir alt boyutun cronbach  $\alpha$  katsayısı: 1. Faktör: .733, 2. Faktör: .642, 3. Faktör: .752, 4. Faktör: .693 ve 5. Faktör: .733’tür. Ölçekte yer alan faktörler;

1. Faktör: 10, 11, 15, 19, 23, 24, 28, 29 ve 32 maddelerinin yer aldığı “Fiziksel Toplum Entegrasyonu Bağımsızlık ve Toplum Kaynağının Kullanımı” ( $\alpha = .733$ )
2. Faktör: 1, 6, 16, 20 ve 33 maddelerinin yer aldığı “Fiziksel Toplum Entegrasyonu Toplum Katılımı ve Boş Zaman Etkinlikleri” ( $\alpha = .642$ )
3. Faktör: 2, 3, 4, 7, 8, 12, 13, 17, 21 ve 34 maddelerinin yer aldığı “Psikososyal Toplum Entegrasyonu - Sosyal Ağ Boyutu ve Özellikleri” ( $\alpha = .752$ )
4. Faktör: 25, 26, 27 ve 30 maddelerinin yer aldığı “Psikososyal Toplum Entegrasyonu- Duygusal Bağlantı” ( $\alpha = .693$ )
5. Faktör: 5, 9, 14, 18, 22 ve 31 maddelerinin yer aldığı “Psikososyal Toplum Entegrasyonu - Toplum Desteği” ( $\alpha = .733$ ) (119).

### 3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Bu araştırmanın sonuçlarının elde edilmesinde 10 farklı istatistiksel analiz uygulanmıştır. İstatistik analizleri, SPSS for Windows 22.00 istatistik paket programı ve Lisrel 8.8 paket programı ile yapılmıştır. Bu çalışmada;

- KMO (Kaiser-Meyer Olkin) Örneklem Yeterliği analizi
- Barlett's Test of Sphericity Örneklem Büyüklüğü Testi
- Açıklayıcı faktör analizi olarak (exploratory factor analysis) Principal Component (Temel Bileşenler)
- Varimax Dik Döndürme
- Yapısal eşitlik modellemesi (YEM)
- Kolmogorov-Smirnov testi
- Shapiro-Wilks testi
- Cronbach Alfa katsayısı
- Korelasyon Analizi
- Bağımlı Gruplarda t testi kullanılmıştır.

### 3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu çalışmanın gerçekleşmesi için uygun olan iki TRSM' nin seçilmiş olması, remisyonda olan hastalar ile yapılması, araştırma planında yer alan Şizoaffektif tanılı hastalara ulaşılamamış olması, komorbid tanılı hastaların çalışma dışında tutulması ve bu çalışmada zaman sınırlılığımızın bulunması çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Bütün sınırlılıklara rağmen yapılan çalışmanın sonuçları şizofreni ve iki uçlu bozukluk tanılı hastalar için genellenebilir.

### 3.8. Etik İlkeler

Ölçek uyarlama çalışmalarında ilk adım ölçeği geliştiren kişiden ölçeğin kullanılması için izin alınmasıdır. Etik olarak bu tür çalışmalarda ölçeği geliştiren kişi/kişilerden yazılı olarak izin alınması gerekmektedir. Uyarlaması yapılan ölçek Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon düzeyini belirlemek amacıyla Cabral ve ark. (2014) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması ve kazandırılması için ölçeği geliştiren Joana Cabral' dan gerekli yazılı izin alınmıştır. (EK-VI)

Çalışma öncesinde Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul' una başvurulmuş ve onay alınmıştır (EK-VII). Etik kurul izni alındıktan sonra Gaziantep Şahinbey TRSM ve Gaziantep Şehitkamil TRSM' den gerekli yazılı ve sözlü izinler alınmıştır (EK-VIII).

Araştırmada yer alan katılımcıların haklarının korunması için ilk olarak araştırmanın neden yapıldığı, ne kadar süreceği ve bu sürede yapılacak işlemler açıklanmış “Aydınlatılmış Onam” etik ilkesine uyularak yazılı onamları alınmıştır.

Hastaların istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri ifade edilerek “Özerklik” ilkesine, şahsi bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra başka kişi ya da kurum ile kişinin rızası alınmadan paylaşılmayacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” etik ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Araştırmada “insan onuruna saygı” etik ilkesi de gözetilmiş ve elde edilen bilgilerin ve yanıtlayan kişinin kimliğinin saklı tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” etik ilkesi yerine getirilmiştir (120,121).

## 4. BULGULAR

Bu araştırmadan elde edilen bulgular;

- Bireylerin tanıtıcı özellikleri,
- Ölçeğin geçerliğine ilişkin bulgular,
- Ölçeğin güvenilirliğine ilişkin bulgular olmak üzere üç temel başlık altında incelenmiştir.

### 4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular

Bu araştırmada yer alan bireylerin tanıtıcı özelliklerine ait bilgiler tablo 9' da yer almaktadır.

**Tablo 9. Araştırmaya Alınan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri**

	Özellikler	S	%
Yaş	30 yaş ve altı	25	14,7
	31-40	59	34,7
	41-50	54	31,8
	51 yaş ve üzeri	32	18,8
Cinsiyet	Kadın	38	22,4
	Erkek	132	77,6
Medeni Durum	Evli	74	43,5
	Bekar	96	56,5
Çocuk Sayısı	Çocuğu olmayan	92	54,1
	1-3	49	28,8
	4 çocuk ve üzeri	29	17,1
Eğitim Durumu	Okur Yazar	25	14,7
	İlköğretim	89	52,4
	Ortaöğretim	47	27,6
	Üniversite	9	5,3

Çalışma Durumu	Çalışıyor	28	16,5
	Çalışmıyor	142	83,5
Gelir Durumu	Gelir Giderden Fazla	3	1,8
	Gelir Gidere Eşit	47	27,6
	Gelir Giderden Az	120	70,6
Yaşanılan Yer	Köy	2	1,2
	Kasaba	1	0,6
	Şehir Merkezi	167	98,2
Ruhsal Hastalık	Şizofreni	110	64,7
	İki Uçlu Bozukluk	60	35,3
Hastalık Teşhis Yaşı	20 yaş ve altı	42	24,7
	21-30	88	51,8
	31-40	28	16,5
	41 yaş ve üzeri	12	7,1
Hastaneye Yatış Sayısı	3 kez ve altı	110	65,9
	4-10	48	28,2
	11 kez ve üzeri	10	5,9
TRSM' ye Gelme Sıklığı	Her gün	28	16,5
	Haftada 1ya da birkaç kez	30	17,6
	İki haftada 1ya da birkaç kez	22	12,9
	Ayda 1ya da birkaç kez	40	23,5
	Sadece İlaç Yazdırma veya kontrol	50	29,4
Düzenli İlaç Kullanma Durumu	Kullanıyor	154	90,6
	Kullanmıyor	16	9,4

İntihar Girişimi Sayısı	Evet	78	45,9
	Hayır	92	54,1
Aileden Destek Alma Durumu	Evet	152	89,4
	Hayır	18	10,6
Başka Bir Kurumdan Destek Alma Durumu	Evet	54	31,8
	Hayır	116	68,2
Sigara Kullanma Durumu	Evet	92	45,9
	Hayır	78	54,1

Tablo 9 incelendiğinde araştırmaya katılan bireylerin % 34,7' si 31-40 yaşında ve bireylerin yaş ortalamasının 41,5; %77,6' sının erkek; %56,5'inin bekar, %54,1' nin çocuğunun olmadığı, %52,4'sinin ilköğretim mezunu; %98,2'sinin şehir merkezinde yaşadığı; %83,5'inin çalışmadığı; %70,6'sının gelirinin giderinden az olduğu tespit edilmiştir.

Ayrıca hastaların %64,7' sinini şizofreni hastalığına sahip olduğu, %65,9' unun hastaneye üç kez ve altı yatışının olduğu; sahip olduğu hastalığın teşhisini %51,8'nin 21-30 yaşında aldığı; %90,6'sının düzenli ilaç kullandığı, %54,1'inin intihar girişiminde bulunmadığı; %54,1'inin sigara kullanmadığı; hastalık süreci boyunca %89,4'ünün ailesinden destek gördüğü; % 68,2'sinin hastalık sürecinde herhangi bir kurumdan destek almadığı; hastaların %29,4'ünün ise sadece ilaç yazdırma ya da kontrol için TRSM' ye geldiği belirlenmiştir.

## **4.2. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri**

### **4.2.1. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Geçerliğine İlişkin Bulgular**

#### **4.2.1.1. Kapsam ve Dil Geçerliği**

Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireyler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin dil geçerliği çalışması için Hacettepe Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu öğretim elemanlarından birbirinden bağımsız her iki dili de çok iyi bilen iki uzman çevirmen tarafından İngilizce' den Türkçe' ye çevirisi yapılmıştır. Daha sonra Türkçe formunu Gaziantep Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu öğretim görevlisi olan birbirinden bağımsız iki dili de çok iyi bilen iki

uzman çevirmen tarafından İngilizce' ye geri çevirisi yapılmıştır (EK-V) Çevirisi yapılan formlar anlam bütünlüğü ve cümle yapısı açısından değerlendirilmiştir. Gerekli düzenlemeler yapılmış, uzman görüşü için formun son şekli oluşturulmuştur.

Ölçeğin kapsam geçerliği için; ölçeğin orijinali ve Türkçe çevirisi, bilimsel görüş formu ile birlikte uzman on kişiye sunulmuştur. Kapsam geçerliği için görüşüne başvurulmuş uzmanlar Psikiyatri Hemşireliği alanında farklı üniversitelerde görev yapan ve ölçek uyarlama alanında deneyime sahip öğretim üyelerinden oluşmaktadır (EK-IV). Kapsam geçerliği için uzmanlardan ölçekte yer alan her madde için 1-4 arasında puanlanarak değerlendirilmesi istenmiştir. Kapsam geçerliğini değerlendirmek için uzman görüşüne sunulan öğretim üyelerinin listesi ekte belirtilmiştir. Uzmanlar ölçek maddeleri ile ilgili görüşlerini belirtmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda yapılan kapsam geçerliğinde Content Validity Index (CVI) kullanılmıştır. Değerlendirmenin yapılabilmesi için görüşüne başvurulmuş uzmanlar ölçekte yer alan her maddeyi;

1. Uygun değil
2. Biraz uygun/ifadenin revizyonu gerekir
3. Oldukça uygun ancak ufak değişiklik gerekir
4. Çok uygun şekilde değerlendirmiştir.

**Tablo 10. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' ne Ait Kapsam Geçerliği**

UZMAN MADDE NO	NO/	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10
M1		4	4	4	4	4	4	4	4	3	4
M2		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
M3		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
M4		4	4	4	4	4	4	4	4	3	3
M5		3	3	4	4	4	3	4	4	3	3
M6		3	4	4	4	4	4	4	3	4	4
M7		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4



M8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
M9	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3
M10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
M11	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3
M12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
M13	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
M14	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3
M15	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
M16	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4
M17	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4
M18	3	4	4	4	4	3	4	4	3	3
M19	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4
M20	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4
M21	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
M22	3	4	4	4	4	3	3	4	3	3
M23	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4
M24	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4
M25	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
M26	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
M27	3	4	4	4	4	3	3	4	3	3
M28	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
M29	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
M30	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
M31	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3
M32	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

M33	3	3	4	4	4	3	2	4	3	4
M34	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4

Ölçeğin kapsam geçerliğinin kabul edilebilmesi için CVI değerinin 0.80 ve ya üzerinde olması gerekmektedir. Yapılan değerlendirmelere göre CVI değeri 0.98 bulunmuştur. Bu doğrultuda ölçeğin kapsam geçerliğinin olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak uzmanlardan alınan görüşler doğrultusunda uygun olmayan maddeler üzerinde gerekli değişiklikler yapılarak ölçeğin son şekli elde edilmiştir. Ölçeğin dil geçerliği ve kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi geçerlik ve güvenirlik çalışmasının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Aynı zamanda ölçeğin anlaşılabilirliğini belirlemek için örneklem grubu ile benzer özellik gösteren bireyler ile Pilot Çalışma yapılması gerekmektedir. Ölçeğin Pilot Çalışması örneklem grubu ile benzer özellik gösteren 30 birey ile yapılmıştır. Uygulama sonucunda bireylerin ölçek ile ilgili herhangi bir anlama problemi olmadığı gözlenmiştir.

Kapsam geçerliği ve pilot çalışma sonuçları Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Türkçe formunun dil ve içerik açısından uygun olduğunu göstermektedir.

#### 4.2.1.2. Yapı Geçerliği

Öncelikle örneklemin yeterli olup olmadığına karar vermek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO) analizi kullanılmıştır. Ayrıca ölçeğin faktör analizi için uygunluğunu belirlemek için "Barlett's Test of Sphericity" analizi uygulanmıştır. Sonrasında Ölçeğin faktör yapısını incelemek için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır.

**Tablo 11: Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' ne Ait KMO Ve Barlett Testi**

Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO)		0,864
Bartlett's Test of Sphericity	Ki-kare Değeri	5722,153
	SD	561
	p	0,000**

Tablo 11 incelendiğinde ölçeğin KMO ile belirlenen örneklem yeterliliği 0,864 ve Barlett testi sonucu  $X^2=5722,153$  olarak bulunmuştur. Her iki analiz sonucunda  $p<0,01$  önem düzeyinde

anamlı olduğu bulunmuştur. Bu sonuç örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğunu ve ölçeğin yeterli örneklem büyüklüğüne sahip olduğunu göstermektedir.

Faktör analizi ölçekte yer alan maddelerin farklı alt boyutlar altında toplanma özelliğini değerlendirmektedir. Böylece hem ölçeğin bütünlüğünü hem de ölçülmek istenen konu ile ilgili ilişkisiz maddelerin belirlenmesini sağlamaktadır. Faktör analizinde temel amaç; ölçekte yer alan birbiri ile ilişkili çok sayıda maddenin gruplandırılarak faktörler ile ifade edilmesidir (101).

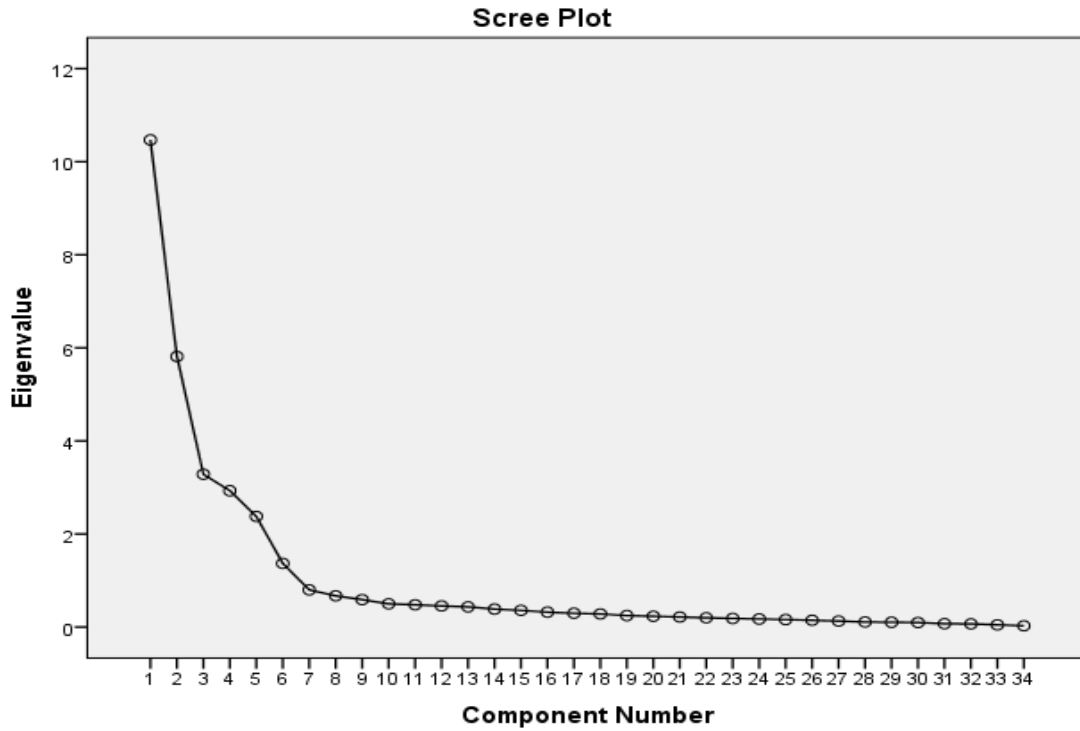
Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği'nin alt boyutlarına yönelik açıklayıcı faktör analizinin yapılması için temel bileşenler analizinden dikey döndürme yöntemlerinden varimax dik döndürme yöntemi uygulanmıştır.

**Tablo 12. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği'ne İlişkin Açıklanan Faktör Yapısı**

Bileşenler	Başlangıç Öz değerleri			Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyans%	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	10,468	30,790	30,790	7,313	21,509	21,509
2	5,814	17,099	47,889	5,832	17,154	38,663
3	3,284	9,658	57,547	4,669	13,733	52,396
4	2,929	8,614	66,161	3,789	11,143	63,539
5	2,378	6,994	73,155	2,713	7,979	71,518
6	1,367	4,022	77,177	1,924	5,659	77,177

Tablo 12' de görüldüğü gibi Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Açıklayıcı faktör analizi sonucunda toplam varyansın %77' sini açıklayan özdeğeri 1.00'in üzerinde altı faktörlü yapı elde edilmiştir. Maddeler bu şekilde dağılamayacağı, yorumlanmasının güçleşeceği, 6. Madde altında yer alan madde sayısının 2 olması ve orijinal ölçek ile aynı faktör sayısına sahip olmayacağı için Scree Plot test uygulanmıştır.

**Grafik 3. Scree Plot Grafiği**



\*Eugenvalue: Özdeğer

\*Component Number: Bileşen Numarası

Uyarlaması yapılan ölçeğin orijinal formuna uygun olması için araştırmacı tarafından özdeğeri 1,5'in üzerinde olan beş faktör altında sınırlandırılmıştır. Sınırlandırma işlemine uygun olarak tekrar varimax döndürme işlemi ile faktör analizi yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda ölçekteki maddelerin kalıp kalmayacağına karar vermede faktör yük değerlerinin 0,45 veya daha yüksek bir değer olması ölçüt olarak alınmıştır (109). 34 maddelik ölçekte faktör analizi sonucu toplam varyansın %73,155'ini açıklayan 5 faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 13'de yer almaktadır.

**Tablo 13: Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Alt Boyutlarına İlişkin Faktör Analizi**

Bileşenler	Başlangıç Öz değerleri			Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyans%	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	10,468	30,790	30,790	7,299	21,467	21,467
2	5,814	17,099	47,889	5,878	17,289	38,755
3	3,284	9,658	57,547	4,691	13,796	52,551
4	2,929	8,614	66,161	3,746	11,017	63,568
5	2,378	6,994	73,155	3,259	9,586	73,155

Tablo 13' ye göre, Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin öz değeri 1,5'den büyük beş faktörlü bir yapı sergilemektedir. Birinci faktörün tek başına ölçeğin %21,467'sini, ikinci faktörün tek başına ölçeğin %17,289'unu, üçüncü faktörün tek başına ölçeğin %13,796'ını, dördüncü faktörün tek başına ölçeğin %11,017'sini ve beşinci faktörün tek başına ölçeğin %9,586'sını açıkladığı belirlenmiştir. Beş faktörlü yapı sergileyen Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin madde yükleri Tablo 14'de yer almaktadır.

**Tablo 14: Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Madde Yükleri**

Maddeler	Faktörler					G.D
	1	2	3	4	5	
21.Cinsiyet, yaş eğitim durumu, ekonomik durum ve benzeri koşullar açısından çok farklı insanlarla ilişki içerisindeyim	0,724					
4.İçinde yaşadığım topluma ait hissediyorum	0,794					
34.İlişkide bulunduğum insanların bir kaçını psikiyatriste gider.	0,823					
12.Konuştuğum çok sayıda insan var.	0,828					
13.Arkadaşı olduğum çok sayıda insan var.	0,828					0,955
3.Komşularım dışında pek çok insan tanırım	0,836					
17.İlişkimin olduğu insanlardan bir kaçını ruh sağlığı merkezlerinde yaşamaktadır.	0,852					
8.Komşularım dışında pek çok insan beni tanır.	0,861					
7.Komşularımın çoğu beni tanır	0,874					
2.Komşularımın çoğunu tanırım	0,930					
23.İlaçlarımınla ben ilgilenir ve onları doğru zamanda ve doğru dozlarda alırım		0,671				
15.Yemek yapma, çamaşır yıkama, ev temizleme ve benzeri ev işlerini yaparım.		0,677				
11.Sosyal hizmet merkezlerine, kliniklere, eczaneye, sağlık merkezi/gibi yerlere yalnız giderim.		0,732				
29.Gerektiğinde çeşitli durumlarla ilgili olarak banka, postane, süpermarket ve benzeri halka açık yerlere başvururum		0,742				
10.Gitmek istediğim yerlere yürüyerek, kendi aracımınla, otobüsle ya da taksitle yalnız giderim.		0,792				0,930
19.Paramı genelde kendi başıma yönetim, faturalarımı ödemek benim sorumluluğumdadır.		0,81				
24.Gerektiğinde toplumun bana sunduğu hizmet ve kaynaklardan faydalanırım (iş bulma kurumu, belediye meclisi, halk meclisi vb.)		0,81				
28.Hayatımla ilgili karar almakta özgürüm		0,827				
32.Ekonomik açıdan bağımsız bir bireyim		0,845				
18.Çevremdeki insanlar ihtiyaç duyduklarında benden yardım isterler			0,785			
31.Toplum içerisindeki insanlar fikir ve görüşlerimi dikkate alırlar			0,808			
9.Bir problemim olduğumda toplum içerisindeki insanlardan yardım isterim.			0,822			
22.Çevremdeki insanlar ihtiyaç duyduklarında bana güvenebileceklerini bilirler			0,848			0,933
5.Yakınımda olmayan birisiyle konuşmak istediğimde o kişiye kendim herhangi bir yardım olmadan ulaşıyorum			0,875			
14.İhtiyaç duyduğumda toplum içerisindeki insanların yardımına güvenebileceğimi bilirim			0,884			
25.İlişki kurduğum insanlara güvenirim				0,931		0,946

27.Çevremdeki insanlara duygusal bağlılık ya da yakınlık hissedirim	0,933	
30.İlişki kurduğum insanlar benim için önemlidir.	0,942	
26.İlişki kurduğum insanların desteğini hissedirim	0,946	
20.Evden kendi isteğimle çıkarım	0,716	
6.Yürüyüş yapma, kafeye gitme, alışveriş yapma, gösteri ya da oyun izleme veya diğer rahatlatıcı aktiviteler için evden çıkarım.	0,723	
16.Toplumdaki organizasyonlara (dini gruplar, spor takımları, izcilik, müzik toplulukları ve diğerleri) aktif olarak katılım	0,745	0,854
33.Toplum içerisindeki gönüllü çalışmalar yürütür, bir parti ya da etkinlik planlıyorsa hazırlık sürecinde yardımcı olur, dini eğitimler verir, buluşmalara ya da bu gibi diğer aktivitelere katılım	0,782	
1.Zamanımın bir kısmını ev dışında geçiririm	0,865	

Tablo 14’de ölçeğe ait faktör yük değerlerine ait sonuçlar bulunmaktadır. Faktör yük değeri “maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır” (122). Faktör analizi sonucunda her bir maddenin faktör yüklerinin 0,30’ dan yüksek olması beklenmektedir. Ancak 0,45 veya daha yüksek olması seçim için iyi bir ölçüdür (110,105). Faktör yük değerleri 0,671 -0,946 arasında değişmekte ve faktör yüklerinin yeterli olduğu belirlenmiştir.

Ölçeğin faktör yapısı incelendiğinde, ölçeğin birinci faktör altında toplanan maddeler (2., 3., 4., 7., 8., 12., 13., 17., 21. ve 34. madde) incelendiğinde, ilgili faktöre “**Psikososyal Toplum Entegrasyonu - Sosyal Ağ Boyutu Ve Özellikleri**” adını verilmesinin uygun olacağına karar verilmiştir. Bu boyuta ait güvenilirlik düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir

Ölçeğin ikinci faktör altında toplanan maddeler (10., 11., 15., 23., 24., 28., 29. ve 32. madde) incelendiğinde, ilgili faktöre “**Fiziksel Toplum Entegrasyonu Bağımsızlık Ve Toplum Kaynağının Kullanımı**” adını verilmesinin uygun olacağına karar verilmiştir. Bu boyuta ait güvenilirlik düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ölçeğin üçüncü faktör altında toplanan maddeler (5., 9., 14., 18. ve 31. madde) incelendiğinde, ilgili faktöre “**Psikososyal Toplum Entegrasyonu - Toplum Desteği**” adını verilmesinin uygun olacağına karar verilmiştir. Bu boyuta ait güvenilirlik düzeyinin yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir

Ölçeğin dördüncü faktör altında toplanan maddeler (25., 26., 27. ve 30. madde) incelendiğinde, ilgili faktöre “**Psikososyal Toplum Entegrasyonu-Duygusal Bağlantı**” adını verilmesinin uygun olacağına karar verilmiştir. Bu boyuta ait güvenilirlik düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ölçeğin beşinci faktör altında toplanan maddeler (1., 6., 16., 20. ve 33. madde) incelendiğinde, ilgili faktöre “**Fiziksel Toplum Entegrasyonu Toplum Katılımı Ve Boş Zaman Etkinlikleri**” adını verilmesinin uygun olacağına karar verilmiştir. Bu boyuta ait güvenilirlik düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

### **Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği’ ne Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları**

Tablo 15’de Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği’ ne ait faktör yapısını test etmek için yürütülen DFA analizi sonucu elde edilen madde istatistikleri yer almaktadır.

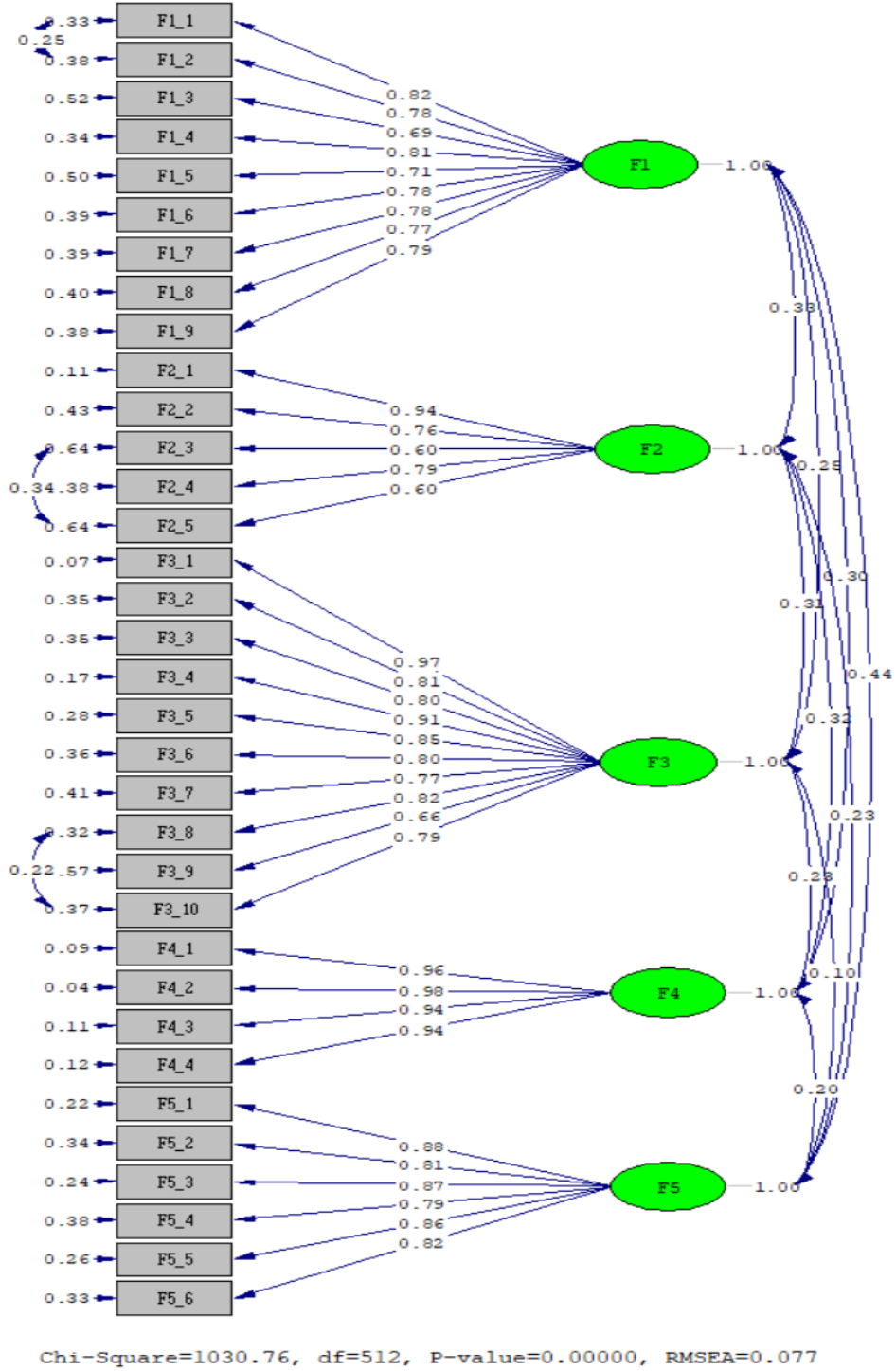
**Tablo 15: Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği’ ne Ait DFA Bulgularına İlişkin Madde İstatistikleri**

Faktör	Madde no	Faktör Yüğü	R <sup>2</sup>	Hata	t değeri
<b>Fiziksel Toplum Entegrasyonu Bağımsızlık Ve Toplum Kaynağının Kullanımı</b>	10	0,82	0,67	0,33	12,72
	11	0,78	0,61	0,38	11,88
	15	0,69	0,48	0,52	9,99
	19	0,81	0,66	0,34	12,49
	23	0,71	0,50	0,50	10,25
	24	0,78	0,61	0,39	11,87
	28	0,78	0,61	0,39	11,74
	29	0,77	0,59	0,40	11,63
	32	0,79	0,62	0,38	11,96
<b>Fiziksel Toplum Entegrasyonu Toplum Katılımı Ve Boş Zaman Etkinlikleri</b>	1	0,94	0,88	0,11	15,47
	6	0,76	0,58	0,43	11,20
	16	0,60	0,36	0,64	8,23
	20	0,79	0,62	0,38	11,79
	33	0,60	0,36	0,64	8,24
<b>Psikososyal Toplum Entegrasyonu - Sosyal Ağ Boyutu Ve Özellikleri</b>	2	0,97	0,94	0,07	17,12
	3	0,81	0,66	0,35	12,68
	4	0,80	0,64	0,35	12,59
	7	0,91	0,83	0,17	15,46
	8	0,85	0,72	0,28	13,68
	12	0,80	0,64	0,36	12,46
	13	0,77	0,59	0,41	11,73
	17	0,82	0,67	0,32	13,05
	21	0,66	0,44	0,57	9,54
<b>Psikososyal Toplum Entegrasyonu-Duygusal Bağlantı</b>	34	0,79	0,62	0,37	12,32
	25	0,96	0,92	0,09	16,82
	26	0,98	0,96	0,04	17,59
	27	0,94	0,88	0,11	16,43
<b>Psikososyal Toplum Entegrasyonu - Toplum</b>	30	0,94	0,88	0,12	16,21
	5	0,88	0,77	0,22	14,37

<b>Destegi</b>	9	0,81	0,66	0,34	12,67
	14	0,87	0,76	0,24	14,07
	18	0,79	0,62	0,38	12,03
	22	0,86	0,74	0,26	13,83
	31	0,82	0,67	0,33	12,85

Tablo 15 incelendiğinde, Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği'nin AFA sonucunda elde edilen faktör yapısının madde istatistikleri açısından DFA bulguları ile doğrulanmıştır. Buna göre, maddelerin faktör yük değerleri 0,60–0,98 arasında değişmektedir. Bu değerlerin yüksek faktör yüküne sahip olduğu söylenebilmektedir. Aşağıda DFA'ya ait path diyagramı yer almaktadır. Path diyagramı incelendiğinde modele ait uyum indeksleri istenilen seviyenin biraz üzerinde olmasından dolayı F1\_1 (Madde 10)-F1\_2(Madde 11) , F2\_3 (Madde 16) -F2\_5(Madde 33) , F3\_8 (Madde 17) -F3\_10(Madde 34) maddeleri arasında modifikasyon yapılmıştır.





**Şekil 6: Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği Path Diyagramı**

F1= Fiziksel Toplum Entegrasyonu Bağımsızlık Ve Toplum Kaynağının Kullanımı; F2= Fiziksel Toplum Entegrasyonu Toplum Katılımı Ve Boş Zaman Etkinlikleri; F3= Psikososyal Toplum Entegrasyonu - Sosyal Ağ Boyutu Ve Özellikleri; F4= Psikososyal Toplum Entegrasyonu-Duygusal Bağlantı; F5= Psikososyal Toplum Entegrasyonu - Toplum Desteği

**Tablo 16: Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği Uyum İyiliği Değerleri**

Uyum Kriterleri	Modifikasyon Öncesi	Modifikasyon Sonrası	Kabul Edilebilir Uyum	Mükemmel Uyum
$\chi^2$	3,102	2,013	$\leq 5$	$\leq 3$
RMSEA	0,108	0,077	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.10$	$0 < RMSEA < 0.05$
RMR	0,059	0,056	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	$0 \leq SRMR < 0.05$
SRMR	0,059	0,058	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	$0 \leq SRMR < 0.05$
NFI	0,89	0,92	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	$0.95 \leq NFI \leq 1$
NNFI	0,92	0,95	$0.90 \leq NNFI \leq 0.95$	$0.95 \leq NNFI \leq 1$
CFI	0,93	0,96	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	$0.95 \leq CFI \leq 1$
GFI	0,65	0,84	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	$0.95 \leq GFI \leq 1$
AGFI	0,60	0,81	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$	$0.90 \leq AGFI \leq 1$

Tablo 16 incelendiğinde DFA analizinden elde edilen uyum indeksi kriterleri kabul edilebilir uyum indeksi kriterlerini sağladığı tespit edilmiştir.

Bir ölçeğin bütün olarak kabul edilebilir olması için raporlanan uyum iyiliği indekslerinin kabul edilebilir veya mükemmel uyum sınırları içinde olması gerekmektedir. DFA sonucu elde edilen uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir ve mükemmel uyum indeksleri içerisine yer aldığı görülmektedir. En önemli uyum indeksi değeri olan  $X^2/df$  değerinin 2,013 ile mükemmel uyum aralığına, RMSEA değerinin 0,077 ile kabul edilebilir uyum aralığına, düştüğü belirlenmiştir. Diğer uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir veya mükemmel uyum içerisine düştüğü saptanmıştır. Bu bulgular ölçeğin AFA yapısının da doğrulandığını göstermektedir.

#### **4.2.2. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Güvenirliliğine İlişkin Bulgular**

Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği'ne ilişkin madde analizi sonuçları tablo 17'de verilmiştir. Ölçekteki maddenin diğer maddeler ile ilişkisinin 0,30'un altında olmamasının yeterli olduğu bilinmektedir (110).

#### 4.2.2.1. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği Madde Analizi

Ölçek uyarlama çalışmasında madde analizi ölçekte yer alan maddenin, hangi maddelerle, neden ve ne derece bir araya geldiğini saptamak amacıyla yapılmaktadır. Madde analizi madde-toplam puan korelasyonu ile yapılmaktadır. Madde- toplam puan korelasyonu Pearson Momentler çarpımı katsayısı elde edilmektedir (95).

**Tablo 17: Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Madde Analizine İlişkin İstatistikler**

Madde No:	Madde silinirse ölçeğin ortalaması	Madde silinirse ölçeğin varyansı	Düzeltilmiş Madde-Toplam puan korelasyonu	Madde silinirse ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı
Madde 1	81,44	329,12	0,47	0,93
Madde 2	82,08	320,08	0,61	0,93
Madde 3	82,29	324,34	0,50	0,93
Madde 4	82,05	320,27	0,53	0,93
Madde 5	81,44	327,32	0,47	0,93
Madde 6	81,43	326,65	0,48	0,93
Madde 7	82,09	321,25	0,57	0,93
Madde 8	82,25	322,33	0,54	0,93
Madde 9	81,44	327,61	0,40	0,93
Madde 10	81,46	319,53	0,65	0,93
Madde 11	81,46	318,81	0,67	0,93
Madde 12	82,24	323,72	0,54	0,93
Madde 13	82,32	324,17	0,52	0,93
Madde 14	81,51	328,02	0,42	0,93
Madde 15	81,84	317,00	0,56	0,93
Madde 16	82,05	326,59	0,41	0,93
Madde 17	82,35	316,26	0,58	0,93
Madde 18	81,49	328,58	0,37	0,93
Madde 19	81,85	320,16	0,56	0,93
Madde 20	81,48	328,09	0,48	0,93
Madde 21	82,42	326,61	0,46	0,93
Madde 22	81,52	326,17	0,46	0,93
Madde 23	81,55	319,83	0,57	0,93
Madde 24	81,96	318,64	0,54	0,93
Madde 25	81,70	321,71	0,48	0,93
Madde 26	81,62	320,85	0,50	0,93
Madde 27	81,64	321,04	0,49	0,93
Madde 28	82,08	315,39	0,58	0,93
Madde 29	81,79	320,44	0,59	0,93
Madde 30	81,64	323,32	0,45	0,93
Madde 31	81,61	324,48	0,50	0,93
Madde 32	82,07	317,72	0,56	0,93
Madde 33	82,09	328,38	0,34	0,93
Madde 34	82,25	319,39	0,55	0,93

Güvenirlilik Düzeyi= 0,929

Tablo 17’da, ölçek maddelerinin diğer maddelerle olan ilişkisinin 0,30’un üzerinde olduğu belirlenmiştir. Madde korelasyon katsayısı 0.30 ve daha yüksek olan maddelerin bireyleri iyi derecede ayırt etmektedir (95,110). Bu nedenle ölçekten madde çıkarılmasına gerek olmadığına karar verilmiştir. Ölçeğin madde iç tutarlılığının belirlenmesinden güvenilirlik analizlerinden cronbach’s alpha kat sayısına bakılmış olup güvenilirlik analizi sonucu ölçeğin güvenilirlik düzeyinin 0,929 ile yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca herhangi bir madde ölçekten çıkarıldığında ölçeğin cronbach’s alphasında artış olmayacağı saptanmıştır.

**Tablo 18. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği’ nin Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Değerlerine İlişkin İstatistikler**

<b>Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği</b>	<b>Cronbach <math>\alpha</math></b>
<b>Ölçek Toplam</b>	0,929
<b>Alt Boyutlar</b>	
1. Psikososyal Toplum Entegrasyonu - Sosyal Ağ Boyutu Ve Özellikleri	0,955
2. Fiziksel Toplum Entegrasyonu Bağımsızlık Ve Toplum Kaynağının Kullanımı	0,930
3. Psikososyal Toplum Entegrasyonu - Toplum Desteği	0,933
4. Psikososyal Toplum Entegrasyonu-Duygusal Bağlantı	0,946
5. Fiziksel Toplum Entegrasyonu Toplum Katılımı Ve Boş Zaman Etkinlikleri	0,854

#### **4.2.2.2. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği’ Nin Madde Ve Toplam Ölçek Korelasyonu**

Madde-toplam korelasyon değeri tüm maddeler için 0,30’un üstünde saptandığı için maddelerin ölçme gücünün yeterince iyi olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle ölçmek istenilen yapıya ait düzeyin belirlenmesinde yeterince katkı sağlamaktadır. Bu bağlamda  $r >,30$  düzeyindeki ilişkiler veri setinin faktör analizine uygunluğunu göstermektedir.

**Tablo 19: Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Madde ve Toplam Ölçek Korelasyonu Değerleri**

<b>Madde No:</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
Madde 1	0,502	0,000**
Madde 2	0,641	0,000**
Madde 3	0,539	0,000**
Madde 4	0,567	0,000**
Madde 5	0,506	0,000**
Madde 6	0,514	0,000**
Madde 7	0,604	0,000**
Madde 8	0,578	0,000**
Madde 9	0,440	0,000**
Madde 10	0,674	0,000**
Madde 11	0,694	0,000**
Madde 12	0,570	0,000**
Madde 13	0,556	0,000**
Madde 14	0,460	0,000**
Madde 15	0,599	0,000**
Madde 16	0,450	0,000**
Madde 17	0,617	0,000**
Madde 18	0,412	0,000**
Madde 19	0,594	0,000**
Madde 20	0,514	0,000**
Madde 21	0,496	0,000**
Madde 22	0,498	0,000**
Madde 23	0,605	0,000**
Madde 24	0,583	0,000**
Madde 25	0,526	0,000**
Madde 26	0,545	0,000**
Madde 27	0,533	0,000**
Madde 28	0,621	0,000**
Madde 29	0,625	0,000**
Madde 30	0,497	0,000**
Madde 31	0,534	0,000**
Madde 32	0,602	0,000**
Madde 33	0,389	0,000**
Madde 34	0,587	0,000**

Tablo 19 incelendiğinde ölçek maddeleri ile toplam ölçek arasındaki ilişkinin tamamı söz konusu ölçütü karşılamaktadır. Tablo 18' de maddeler ile toplam ölçek arasındaki ilişkiler 0,389-0,694 arasında değişmekte olduğu görülmektedir. Bu sonuç doğrultusunda ilişkilerin istatistiki açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Bu bilgiler ışığında maddelerin tutarlılık açısından problem oluşturmadığı tespit edilmiştir.

#### 4.2.2.3. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' Ayırt Ediciliği

**Tablo 20. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği'ne Ait %27 Alt-Üst Dilim Analizi Sonucu**

Madde No	T	sd	p
Madde 1	-7,25	90	0,000**
Madde 2	-9,57	90	0,000**
Madde 3	-6,57	90	0,000**
Madde 4	-8,06	90	0,000**
Madde 5	-6,04	90	0,000**
Madde 6	-8,18	90	0,000**
Madde 7	-8,75	90	0,000**
Madde 8	-7,56	90	0,000**
Madde 9	-5,78	90	0,000**
Madde 10	-11,86	90	0,000**
Madde 11	-12,47	90	0,000**
Madde 12	-8,06	90	0,000**
Madde 13	-8,07	90	0,000**
Madde 14	-5,49	90	0,000**
Madde 15	-11,62	90	0,000**
Madde 16	-6,75	90	0,000**
Madde 17	-8,87	90	0,000**
Madde 18	-6,02	90	0,000**
Madde 19	-11,27	90	0,000**
Madde 20	-6,58	90	0,000**
Madde 21	-6,49	90	0,000**
Madde 22	-6,09	90	0,000**
Madde 23	-9,93	90	0,000**
Madde 24	-12,12	90	0,000**
Madde 25	-6,66	90	0,000**
Madde 26	-6,53	90	0,000**
Madde 27	-6,83	90	0,000**
Madde 28	-11,55	90	0,000**
Madde 29	-10,18	90	0,000**
Madde 30	-5,99	90	0,000**
Madde 31	-7,62	90	0,000**
Madde 32	-10,80	90	0,000**
Madde 33	-5,97	90	0,000**
Madde 34	-7,79	90	0,000**

\*\*p<0.01

Tablo 20 incelendiğinde Alt-Üst % 27'lik gruplar arasında puan ortalamaları açısından oluşan farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<,01). Bu bulgular, ölçek maddelerinin ayırt etmede yeterli olduğunu göstermektedir.

#### 4.2.2.4. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Test-Tekrar Test Puanları Arasındaki Korelasyon

Ölçeğin zamana göre değişmezliğini incelemek amacıyla TRSM' ye gelen 30 hastaya 20 gün ara ile ön test ve son test uygulanmıştır. Yapılan Test tekrar test analizi Pearson Momentler Çarpımı katsayısı ile hesaplanarak korelasyon değeri 0,847 olarak bulunmuştur. Bu doğrultuda her iki ölçüm arasında ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 21. Test-tekrar test korelasyonu**

	n	r	p
Ön Test	170		
Son Test	30	0,847	,000

Değerlendirilen bütün analizler doğrultusunda Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinlerin Toplam Entegrasyon Düzeyi ölçeğinin güvenilirlik düzeyinin yüksek olduğu ve psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin entegrasyon düzeyinin incelenmesinde kullanılabileceğini göstermektedir.

#### 4.2.2.5. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması

Çalışmaya katılan şizofreni ve iki uçlu bozukluk tanısına sahip bireylerin Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği'ne ait toplam puanların karşılaştırması tablo 22' de yer almaktadır.

**Tablo 22. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması**

Toplum Entegrasyon Ölçeği	Grup	N	$\bar{x}$	s.s	t	sd	p
	Şizofreni	110	81,7	18,35798	-2,530	168	,012*
	İki Uçlu Bozukluk	60	89,1	17,90909			

\* $p < 0.05$

Tablo 22 incelendiğinde şizofreni ve iki uçlu bozukluk hastalığına sahip bireylerin Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' ne ait toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bu doğrultuda şizofreni hastalığına

sahip bireylerin toplum entegrasyon düzeyi iki uçlu bozukluk hastalığına sahip bireylere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

## **5.TARTIŞMA VE SONUÇ**

Bu araştırma Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' ni Türk toplumuna kazandırılması amacıyla geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ülkemizde psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin içinde yaşadıkları topluma entegre olma düzeylerini ölçebilecek standart bir ölçüm aracının bulunmaması araştırma konusunun belirlenme nedeni olmuştur.

Bu bölümde “Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği” nin Türk toplumuna uyarlanabilmesi için uygulanan geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarından elde edilen bulguların tartışması yapılmıştır.

### **5.1.Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Geçerliği' ne İlişkin Bulguların Tartışılması**

Geçerlik ölçme araçlarının dikkatli ölçüp ölçmediğini ve ölçüm aracının duyarlılığını ortaya koymak amacıyla yapılmaktadır. Bir ölçme aracının “neyi” “ne denli” ve “doğru” bir biçimde ölçüp ölçmediğini göstermektedir. “Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği” nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması birçok aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamaların ilk basamağını ölçeğin Türkçe' ye uygulanması oluşturmaktadır. Bu aşama araştırmacının dikkatli ve özenli çalışmasını gerektirmektedir (112). Ölçeğin dil geçerliği için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Ölçek öncelikle uzman dil bilimciler tarafından önce İngilizce' den Türkçe' ye çevrilmiştir. Danışman ve araştırmacı tarafından incelenen ölçek için ortak bir form oluşturulmuştur. Oluşturulan Türkçe form daha sonra farklı uzman dil bilimciler tarafından İngilizce' ye çevrilmiştir. Elde edilen formlar gramer ve anlam bütünlüğü bakımından incelenmiş gerekli düzenlemeler yapılarak uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşleri sonucunda CVI değeri hesaplanmıştır. Ölçeğin kapsam geçerliğinin kabul edilebilmesi için CVI değerinin 0.80 ve ya üzerinde olması gerekmektedir (98). İnceleme sonucunda CVI değer 0,98 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte uzman görüşleri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılan form ile pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sonrasında maddelerin anlam bakımından anlaşılır olduğu belirlenmiştir. Bu



doğrultuda “Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği” nin kapsam geçerliği sağlanmıştır.

Yapı geçerliği ölçülmek istenen kuramsal yapıya ilişkin belirtilerin doğruluğunu bilimsel olarak ifade edilmesidir (108). Yapı geçerliğini incelemek için kullanılan yöntemlerden biri de Faktör Analizidir. Faktör analizi, bir ölçme aracının geliştirme sürecinde ölçeğin örtük yapısını belirlemek ya da geliştirilmiş bir ölçeğin uyarlanması sürecinde araştırmacılar tarafından sıklıkla tercih edilen bir analizdir (103). Faktör analizi birbiri ile ilişkili bir çok değişkeni bir araya getirerek, kavramsal olarak anlamlı daha az sayıda yeni değişken (faktör, boyut) bulmayı ve keşfetmeyi hedefleyen çok değişkenli bir istatistiksel yöntemdir. Ölçme aracı geliştirme ve uyarlama sürecinde açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olmak üzere genellikle iki faktör analizi yaklaşımı bulunmaktadır (103,111). Faktör analizinden önce örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığına karar verilmelidir. Ölçeğin geçerliği ve güvenilirliği açısından büyük öneme sahip olan örneklem büyüklüğü için ölçekte yar alan değişken başına beş ya da on gözlem oranı önerilmektedir (95,103). Bu çalışmada örneklem sayısı mevcut değişkenlerin beş katı alınarak hesaplanmıştır. Ölçeğin 34 maddesi bulunmasından dolayı örneklem sayısı 170 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç örneklem büyüklüğünün genellenebilirliği açısından yeterli olduğunu ifade etmektedir.

Ayrıca örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını belirlemek amacıyla KMO testi yapılmaktadır. KMO değeri 0 ile 1 arasında değerler alabilmektedir. Örneklem yeterliğinin sağlanabilmesi için KMO değeri; 0.5 ile 0.7 arasında ise yeterli, 0.7’ nin üzerinde bir değer almış ise İyi, 0.5’in altında bir değer almış ise yetersiz örneklem grubuna sahip olduğumuzu göstermektedir. Aynı zamanda faktör analizi yapabilmek için seçilen değişkenler arasında belli bir oranda ilişkinin var olması gerekmektedir. Bu ilişkinin var olup olmadığını Barlett’s Test of Sphericity ile göstermektedir. Barlett’s Test of Sphericity de p değeri 0.05 anlamlılık derecesinden düşükse değişkenler arasında faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde bir ilişki vardır. (123). Bu çalışmada KMO değeri  $0,864 > 0,70$  ve Barlett küresellik testi  $p < 0,01$  önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç örneklemin faktör analizi için yeterli olduğunu göstermektedir. Ölçeğin orijinalinde KMO değeri 0,826 ve Barlett testine ilişkin ki kare değeri 5722,153 saptandığı belirtilmiştir.

Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği’ nin faktör analizi sonucunda toplam varyansın %73,155’ini açıklayan 5 faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Faktör analizi sonucunda her bir maddenin faktör yüklerinin 0,30’ dan yüksek olması beklenmektedir. Ancak 0,45 ya da daha yüksek olması seçim için iyi bir ölçüdür (110). Bu

çalışmadan incelenen her bir ölçek maddesinin faktör yükü 0,45' in üzerindedir. Bu doğrultuda ölçeğin yapı geçerliğinin sağlandığını göstermektedir.

Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin faktör dağılımı incelendiğinde öz değeri 1'den büyük 5 faktörlü bir yapı sergilemektedir. Toplam varyansın %21,467'ni birinci faktörün, %17,289'unu ikinci faktörün, %13,796'ını üçüncü faktörün, %11,017'sini dördüncü faktörün ve %9,586'sını beşinci faktörün açıkladığı belirlenmiştir. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin beş faktörlü yapısını oluşturan bileşenler incelendiğinde ölçekte yer alan faktörlere; 1. Faktör **“Psikososyal Toplum Entegrasyonu - Sosyal Ağ Boyutu Ve Özellikleri”** , 2. Faktör **“Fiziksel Toplum Entegrasyonu Bağımsızlık Ve Toplum Kaynağının Kullanımı”**, 3. faktör **“Psikososyal Toplum Entegrasyonu - Toplum Desteği”** , 4. Faktör **“Psikososyal Toplum Entegrasyonu-Duygusal Bağlantı”** ve 5. Faktör **“Fiziksel Toplum Entegrasyonu Toplum Katılımı Ve Boş Zaman Etkinlikleri”** ölçeğin orijinalinde yer alan faktör isimleri ile aynı isimler uygun görülmüştür.

Orijinal ölçekte yapılan analizler sonucunda 5 faktörlü bir yapıya sahip olduğu gösterilmiştir. Bu faktörler; 1. Faktör **“Fiziksel Toplum Entegrasyonu Bağımsızlık Ve Toplum Kaynağının Kullanımı”**, 2. Faktör **“Fiziksel Toplum Entegrasyonu Toplum Katılımı Ve Boş Zaman Etkinlikleri”**, 3. Faktör **“Psikososyal Toplum Entegrasyonu - Sosyal Ağ Boyutu Ve Özellikleri”**, 4. Faktör **“Psikososyal Toplum Entegrasyonu-Duygusal Bağlantı”** ve 5. **“Faktör Psikososyal Toplum Entegrasyonu - Toplum Desteği”** olarak yer almaktadır. Ayrıca ölçeğin orijinalinde faktörlerin Cronbach Alfa kat sayısı 1. Faktör  $\alpha = .733$ , 2. Faktör  $\alpha = .642$ , 3. Faktör  $\alpha = .752$ , 4. Faktör  $\alpha = .693$  ve 5. Faktör  $\alpha = .733$  olarak saptanmış ve yeterli olduğu belirtilmiştir (119).

Çalışmada doğrulayıcı faktör analizi yapılmış olup Ki kare/serbestlik derecesi ( $\chi^2/sd$ ), Uyum İyiliği İndeksi (GFI), düzeltilmiş uyum indeksi (AGFI), karşılaştırmalı uyum iyiliği indeksi (CFI), yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) ve standardize ortalama hataların karekökü (SRMR) olarak uyum indeksleri incelenmiştir. Yapılan doğrulayıcı faktör analizi ile elde edilen model ile açıklayıcı faktör ile elde edilen faktör sayısının aynı olduğunu göstermiştir. Doğrulayıcı faktör sonucunda saptanan RMSA: 0,077,  $\chi^2/sd$ :2,013, GFI: 0,84, AGFI: 0,81, CFI: 0,96, SRMR: 0,058 olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda elde edilen uyum indeksleri yeterli bulunmuştur. Orijinal ölçekteki doğrulayıcı faktör sonrası  $\chi^2$

(505) = 1211.927,  $p < .001$ ; CFI = .938; TLI = .931; RMSEA = .058,  $P(\text{rmsea} \leq 0.05) = .001$  değerleri saptanmış ve kabul edilebilir değerde olduğu belirtilmiştir.

## **5.2. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği' nin Güvenirliği' ne İlişkin Bulguların Tartışılması**

“Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği” nin güvenirliliğini analiz edebilmek için ölçek ve maddelerin Cronbach Alfa katsayısı, madde toplam puan korelasyonu ve test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek için kullanılan yöntemlerden biri Cronbach Alfa katsayısıdır (114). Cronbach alfa katsayısı 0 ile 1 arasında değer almaktadır. Bu değer 1'e yaklaştıkça güvenilirlik artmaktadır (104). Bu çalışmada Cronbach Alfa katsayısı 0,929 bulunmuştur. Ölçeğe ait alt boyutların cronbach  $\alpha$  kat sayıları hesaplanmış ve yeterli olduğu saptanmıştır. (1. Faktör: 0,955 2. Faktör: 0,930 3. Faktör: 0,946 4. Faktör: 0,946 5. Faktör: 0,854). Bu sonuçlar ölçeğin yüksek güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu göstermektedir.

“Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği” nin madde-toplam puan korelasyonu iç tutarlılığın belirlenmesinde kullanılan diğer bir yöntemdir. Madde-toplam puan korelasyonu, ölçek maddelerinden alınan puanlar ile ölçeğin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Madde-toplam puan korelasyonunun yüksek olması, maddelerin benzer davranışlar gösterdiğini ve ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Madde-toplam puan korelasyonu 0.30 ve daha yüksek olan maddelerin bireyleri iyi derecede ayırt ettiği, 0.20-0.30 arasında kalan maddelerin zorunlu görülmesi durumunda ölçeğe alınabileceği veya maddenin düzeltilmesi gerektiği, 0.20'den daha düşük maddelerin ise ölçeğe alınmaması gerektiği ifade edilmektedir (107,110). Ölçekte maddelerle toplam ölçek arasındaki ilişkiler 0,389-0,694 arasında değişmektedir. Bu nedenle bu ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır. Ölçeğin orijinalinde madde-toplam puan korelasyonu ile ilgili herhangi bir analiz bulunmamaktadır.

Madde analizinde başvurulan bir diğer yöntem ise ölçeğin toplam puanlarına göre oluşturulan alt %27 ve üst %27'lik grupların madde ortalama puanları arasındaki farkların ilişkisiz t test kullanılarak sınanmasıdır. Gruplar arasında istenilen yönde gözlenen farkların anlamlı olması, ölçeğin iç tutarlılığının bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Analiz sonuçları, maddelerin bireyleri ölçülmek istenen davranış bakımından ne derecede ayırt ettiğini göstermektedir (110). Ölçeğin Alt-Üst % 27'lik gruplar arasında puan ortalamaları açısından

farkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu sonuç ile ölçeğin ayırt etme gücünün olduğu gösterilmiştir.

Test-tekrar test yöntemi ölçeğin kararlılığını gösterir. Bu yöntemde aynı testin aynı popülasyona iki kez uygulanmasıyla güvenilirliğe karar vermesi amaçlanır. Sonuçlar aynı ise izlenen yöntemin güvenilir olduğu varsayılır. Güvenirlik kat sayısının 0.80' in üzerinde olması kabul gören bir ölçüttür (114). Yapılan Test tekrar test analizi sonucunda korelasyon katsayısı 0,847 ve  $p < 0,001$  olarak bulunmuştur. Ölçeğin 20 gün ara ile aynı bireylere yapıldığında benzer sonuçlar verdiğini göstermektedir. Dolayısıyla zamana göre değişmezliği kanıtlanmış ve oldukça güvenilir bir ölçek olduğunu ortaya koymaktadır.

Yapılan bütün geçerlik ve güvenilirlik analizleri ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda hem psikiyatri kliniklerinde hem de toplum sağlığı merkezlerinde psikiyatri hemşirelerinin psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin yaşadığı topluma entegre olabilmesi için kullanılabilir bir ölçüm aracı ve rehber olabileceği düşünülmektedir.

## **Sonuçlar**

Bu araştırma, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin topluma entegre olabilme düzeylerini değerlendirmek amacıyla Cabral ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik analizlerini yapmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma boyunca yapılan analizlerin sonuçları aşağıda yer almaktadır. Bunlar:

- ✓ İlk adım olarak ölçeğin dil geçerliği sınanmıştır. Türkçe' ye çevrilen form ile orijinal ölçek dil açısından eşdeğer bulunmuştur. Türk toplumuna uyarlanması için planlanan ölçeğin anlam bütünlüğü açısından uzmanlardan görüş alınmıştır. Kapsam geçerliği oranı 0,96 bulunmuştur Uzmanların görüşleri doğrultusunda anlam bütünlüğünün sağlandığı,
- ✓ Ölçeğin uygun örneklem sayısının yeterli olup olmadığını incelemek için KMO ve Barlett testi yapılmıştır. Ölçeğin KMO değeri 0,864 > 0,60 ve Barlett's Test of Sphericity testi  $p < 0,01$  önem düzeyinde anlamlı olduğu,
- ✓ Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği" nin faktör analizi sonucunda 34 maddelik ölçekte faktör analizi sonucu toplam varyansın % 73,155'ini açıklayan 5 faktörlü bir yapı ortaya çıktığı,
- ✓ Ölçekte yer alan bütün maddelerin faktör yüklerinin 0.30' un üzerinde olduğunu,

- ✓ Ölçeğin Toplam Cronbach Alfa katsayısının 0.92 ve ölçeğin her bir alt boyutunun cronbach Alfa katsayısının yeterli olduğunu (1. Faktör: 0,955 2. Faktör: 0,930 3. Faktör: 0,946 4. Faktör: 0,946 5. Faktör: 0,854).
- ✓ Ölçekte yer alan maddelerin Madde-Toplam Puan korelasyonunun anlamlı olduğu ve ölçekte herhangi bir maddenin problemlili olmadığı,
- ✓ Ölçeğin alt %27 ve üst %27'lik grupların madde ortalama puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu,
- ✓ Ölçeğin test-tekrar test analizi sonucunda korelasyon katsayısının  $r= 0.847$  olup  $p<0.001$  anlamlı olduğu,
- ✓ Yapılan analizler doğrultusunda “Psikiyatrik Bozukluğa Sahip Bireyler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği” nin psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin toplum entegrasyon düzeyini ölçmede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir.

## Öneriler

Araştırma sonuçlarına dayanarak;

- ✓ Bu çalışmanın gelecekte yapılacak olan çalışmalara ışık tutabilmesi ve rehberlik edebilmesi için geçerliliği ve güvenilirliği yapılan ölçeğin daha büyük ve farklı örneklem gruplarında uygulanarak ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik bulgularının tekrar edilmesi,
- ✓ Bu çalışmanın kaygı bozuklukları, takıntı-zorlantı bozuklukları (obsesif kompulsif bozukluklar), bedensel belirti bozuklukları, beslenme ve yeme bozuklukları gibi farklı bir çok psikiyatrik bozukluklara sahip bireylerde uygulanarak bireylerin toplum entegrasyon düzeylerinin belirlenmesi,
- ✓ Psikiyatrik bozukluğa sahip olan bireylerin yaşadıkları toplum içinde yer alması birey, aile ve toplum için önem arz etmektedir. Bireylerin topluma entegre olabilmeleri için hem fiziksel hem sosyal hem de psikolojik anlamda bir bütün olarak yer almaları gerekmektedir. Bu ölçek psikiyatrik bozukluğa sahip olan bireylerin topluma entegre olma düzeylerini ve topluma entegre olmalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hastaların toplum içerisinde var olabilme kavramını algılayabilmesi ve buna yönelik atılacak olan adımların belirlenebilmesi açısından önemlidir. Bu nedenle psikiyatrik bozukluğa sahip olan bireylerin toplum entegrasyon düzeylerini belirlemeye yönelik olan ölçeğin bu hasta gruplarında uygulanması ve sonuçlarının incelenmesi önerilmektedir.

## 6. KAYNAKLAR

1. Resmi Gazete, Toplum Ruh Sağlığı Hakkında Yönerge. 16.Şubat.2011. Sayı: 7364.
2. DSÖ, WHO Prevention of Mental Disorders.2004. p:14-17.
3. Bond GR. Salyers MP. Rollins AL. Rapp CA. Zipple AM. How evidence-based practices contribute to community integration. Community Mental Health Journal. 2004; 40(6): 569–588.
4. Aslantürk HA. Community integration and social rights in mental health area. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016; 10(4):259.
5. Granerud A. Social interaction for people experiences: perspectives and practical changes. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2006;13 (3): 288-293.
6. Raitakari S. Haahtela R. Juhila K. Tackling community integration in mental health home visit integration in Finland. Health and Social Care in the Community. 2016; 24(5):53–62.
7. Ercan F. Demir S. Şizofreni tanılı hastalarda yaşanan sorunlar, işitsel varsanılar ve algılanan sosyal destek. Cukurova Med J 2019;44(1):7-17
8. Aydın M. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara Nobel Tıp Kitabevi. Ankara. 2009; 19-31.
9. Baumgartner JN. Herman DB. Community integration of formerly homeless men and women with severe mental illness after hospital discharge. Psychiatric Services. 2012; 63(5): 435–437.
10. Yanos PT. Stefanic A. Tsemberis S. Psychological community integration among people with psychiatric disabilities and nondisabled community members Journal of Community Psychology.2011; 39(4); 390–401.
11. Ünsal G. Karaca S. Arnik M. Öz YC. Aşık E. Kızılkaya M. Duran S. Aydın S. Türk D. Çapkın S. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hemşireliğinin rollerine ilişkin görüşleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.2014: 4(2); 90-95.
12. Çam O. Durmuş HA. Ruhsal Hastalığı olan bireyler ve psikiyatri hemşireleri açısından iyileşme. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2016: 32(2); 97-106.
13. Saruç S. Kılıç AK. Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların sosyal profili ve merkezde verilen hizmetler. Toplum ve Sosyal Hizmet.2015;26(2):53-71.
14. Hudson GD. Deinstitutionalization of mental hospitals and rates of psychiatric disability:An international study. Health and Place. 2019;56: 70–79.

15. Duman ZÇ. Ruh Sağlığı Ve Ruhsal Hastalık. Özcan CT. Gürhan N. (edt). Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları. 6.Baskı. Akademisyen Kitabevi. Ankara. 2016;2-14.
16. Schatzberg AF. Psychiatric Disorders. Robertson D., Williams G. (eds). Clinical And Translational Science. Robertson D., Williams G. (edt). 8.th. Academic Press. Cambridge . 2016; 515-530.
17. Ensari H. Gültekin BK. Karaman D. Koç A. Beşkardeş AF. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2013; 14:108-14.
18. Senin T. Franz M. Deuschle M. Bergemann N. Kammerer-Ciernioch J. Lautenschlager M. Meyer T. QLiS-SF: Development of a short form of the quality of life in schizophrenia questionnaire. BMC Psychiatry. 2017; 17(1): 1-10.
19. Soygür H. Erkoç Ş. Şizofreni Kavramına Tarihsel Bakış. Soygür H, AlptekinK, Herken H, Atbaşoğlu CE. (Edt). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar 1. Baskı. Ankara. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2007: 2-14.
20. Özpoyraz N. Tamam L. Şizofrenik Bozukluk. Galenos.1998; 1(8): 26–31.
21. Özcan TC. Duman ÇZ. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Özcan TC. ve Gürhan N. ( Edt.). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları. Akademisyen Tıp Kitabevi. 6. Baskı. Ankara. 2016;335-370.
22. Çetin M. Psikiyatrinin Kısa Tarihi. Ceylan ME., Çetin M. (Edt.) Araştırma ve Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. 3. Baskı. İstanbul. Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık. 2009.;1-10.
23. Öztürk O. Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. 2008; 242-336.
24. Köroğlu E. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (E. Köroğlu, Ed.). Hekimler Ankara.Yayın Birliği Yayıncılık. 2014.
25. Binbay T. Ulaş H. Elbi H. Alptekin K. Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemantik Bir Gözden Geçirme. Turk Psikiyatri Dergisi. 2011;22;40–52.
26. Oliver EA. Fearon P. Schizophrenia:epidemiology and risk factors. Psychiatry.2008;7(10): 410–414.
27. Üçok A. Şizofreni ve Benzer Psikozlar. Kulaksızoğlu IB, Tükel R. Üçok A. Yargıç İ.

- Yazıcı O. (Edt.). Psikiyatri. İstanbul. Galenos Yayınevi..2009.
28. Saha S. Barendregt JJ. Vos T. Whiteford H. McGrath J. Modelling disease frequency measures in schizophrenia epidemiology. *Schizophrenia Research*.2008;104(1-3): 246-254
29. Karakuş G. Kocal Y. Sert D. Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*.2017; 26(2): 251-251.
30. Summakoğlu D, Ertuğrul B. Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*. 2018; 1(2): 43-61.
31. Stefan M.Travis M. Murray R. 2002. Atlas of Schizophrenia. Edt. Şizofreni Atlası. 1. Baskı. Şar V. Global Yayın Ajansı. İstanbul.2004.
32. Bourgeois ML. 1999. Schizophrenia.Şizofreni. 1. Baskı. Yergus İ, Dost Kitabevi. Ankara. 2008.
33. Demir L. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri. 1. Baskı. Ankara. Malsa Basımevi. 2010;157-161.
34. Tolley DA. Sgura JW. 2002 Fast Facts Schizophrenia. Şizofreni. 2. Baskı. İçen M. AND Danışmanlık Eğitim Yayıncılık ve Organizasyon. İstanbul.2003.
35. Dülgerler Ş. Şizofrenik Bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı.Çam O, Engin E. (Edt.) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevi. 2014;413-420.
36. Nasrallah HA. Smeltzer DJ. 2002. The Patient with Schizophrenia. Şizofreni Güncel Tanı ve Tedavi Kitabı, 1. Baskı. Dursun AN. AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon, İstanbul. 2005.
37. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar.4. Baskı. Ankara. Akademisyen Tıp Kitabevi.2014.
38. Gönüllüoğlu N. Şizofreni Hastalarına Verilen Psikososyal Beceri Eğitiminin Hastaların İşlevsel İyileşme Düzeylerine Etkisi. 2011,Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 75 sayfa, Gaziantep, (Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ).
39. Kane JM. Marder SR. Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*.1993; 19(2): 287-302.
40. Geddes J. Freemantle N. Harrison P. Bebbington P. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: Systematic overview and meta-regression analysis. *British Medical Journal*. 2000; 321(7273): 1371-1376.
41. Soygür H. Şizofreni ve Yaşam Niteliği. *Klinik Psikiyatri*. 2003; 1: 9-14.
42. Thaker GK. Carpenter WT. 2007. Schizophrenia. Şizofrenide 1 yıl. Ertekin E. Sigma Yayıncılık. İstanbul. 2008;2014-247.



43. Frangou S. Murray RM. Schizophrenia. Şizofreni. Kazancı G. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul. 2008;13-39.
44. Burns T. Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007; 116(6): 403–418.
45. Schooler NR. Relapse Prevention and Recovery in the Treatment of Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatri*. 2006; 67(5): 19–23.
46. Eroğlu MZ. Özpoyraz N. Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(2):206-236.
47. Gültekin BK. Günderci A. Balci MV. Kökcü F. Gedikbaş C. Ozcan ME. Duygudurum bozukluğu tanisi ile yatan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri: Bir ön bildirim. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2008; 18(3): 183–188.
48. Yıldız M. Ünal A. Bipolar bozukluğu olan hastalarda uyku kalitesi, biyolojik ritim örüntüsü ve yaşam kalitesinin tedavi uyumu ile ilişkisi. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*. 2017; 1(1): 10–23.
49. Uğur M. Duygudurum bozuklukları. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi*. 2008; 62: 59–83.
50. Benazzi F. İki Uçlu Bozuklukta duygudurum örüntüleri ve sınıflandırma. *Current Opinion in Psychiatry*. 2006; 19:1-8.
51. Müller-Oerlinghausen B, Berghöfer A, Bauer M.. Bipolar disorder. *Lancet*. 2002; 359: 241–247
52. Engin E. Çuhadar D. İki Uçlu Bozukluk. Çam O, Engin E. (Edt.). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 1. Baskı. İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevi. 2014: 367-390.
53. Alonso J. Petukhova M. Vilagut G. Chatterji S. Heeringa S. Üstün T. Alhamzawi AO. Viana MC. Angermeyer M. Bromet E. Bruffaerts R. Girolama G. Florescu S. Gureje O. Haro JM. Hinkov H. Hu C. Karam EG. Kovess V. Levinson D. Mora-Medina ME. Nakamura Y. Ormel J. Posada-Villa J. Sagar R. Scott KM. Tsang A. Williams DR. Kessler R. C. Days out of role due to common physical and mental conditions: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular Psychiatry*. 2011; 16(12); 1234–1246.
54. Merikangas KR. Jin R. He JP. Kessler RC. Lee S. Sampson NA. Viana MC. Andrade HL. Karam EG. Leada M. Medina-Mora MA. Ono Y. Posada-Villa J. Sagar R. Wells E. Zarkov Z. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*. 2011; 68(3): 241–251.

55. Arnold LM. Gender differences in bipolar disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2003; 26(3): 595–620.
56. Morgan VA. Mitchell PB. Jablensky AV. The epidemiology of bipolar disorder: Sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar Disorders*, 2005; 7(4): 326–337.
57. Koç M. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Gürhan N. (Edt.). Ankara Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara. 2016:433-474
58. Smoller JW. Finn CT. Family, Twin, and Adoption Studies of Bipolar Disorder. *American Journal of Medical Genetics*. 2003; 123C:48–58.
59. Özdoğan MG. Remisyon dönemindeki iki uçlu bozukluk hastalarında homosistein düzeylerinin besin tüketim şekli ve kronotip ile ilişkisi ve klinik seyire etkisi. 2017, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 133 sayfa, Erzurum. (Dr. Öğr. Üyesi. Esat Fahri AYDIN)
60. Ayano G. Bipolar Disorder: A Concise Overview of Etiology, Epidemiology Diagnosis and Management: Review of Literatures. *SOJ Psychology*. 2016; 3(1): 1–8.
61. Genç E. S. İki Uçlu Bozuklukta İntihar Girişimi Olan, İntihar Düşüncesi Olan ve Olmayan Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması. 2017, Tıpta Uzmanlık Tezi, 92 sayfa, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
62. Çörekçioğlu S. Bipolar bozuklukta anksiyete duyarlılığı, dürtüsellik ve ilişkili etmenler. Tıpta Uzmanlık Tezi, 142 sayfa, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
63. Yazıcı O. Kora K. Üçok A. Unipolar Mania: A Distinct Disorder?. *Journal Of Affective Disorders*. 2002;71(1): 97-103.
64. Berns GS. Charles NB. The neurobiology of bipolar disorder. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*. 2003; 123: 76–84.
65. Bender RE. Alloy LB. Life stress and kindling in bipolar disorder: Review of the evidence and integration with emerging biopsychosocial theories. *Clinical Psychology Review*. 2011; 31(3): 383–398
66. Watson S. Gallagher P. Dougall D. Porter R. Moncrieff J. Ferrier IN. Young AH. Childhood trauma in bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2014; 48(6): 564–570.
67. Geddes JR. Miklowitz DJ. Treatment of bipolar disorder. *The Lancet*. 2013; 381(9878): 1672–1682.

68. Solé B. Jiménez E. Torrent C. Reinares M. Del Mar Bonnin C. Torres I. Varo C. Grande I. Valls E., Salagre E. Shancez-Moreno J. Martinez-Aran A. Carvalho AF. Vieta E. Cognitive impairment in bipolar disorder: Treatment and prevention strategies. *International Journal of Neuropsychopharmacology*.2017; 20(8): 670–680.
69. Grande I. Bernardo M. Bobes J. Saiz-Ruiz J. Álamo C. Vieta E. Antipsychotic switching in bipolar disorders: A systematic review. *International Journal of Neuropsychopharmacology*.2014; 17(3): 497–507.
70. Fountoulakis KN. Vieta E. Sanchez-Moreno J. Kaprinis SG. Goikolea JM. Kaprinis GS. Treatment guidelines for bipolar disorder: A critical review. *Journal of Affective Disorders*. 2005; 86(1): 1–10.
71. Gitlin M. Bipolar disorder. *The Journal Of Lifelong Learning In Psychiatry*.2007; 1(1): 227–240.
72. Miklowitz DJ. Johnson SL. The Psychopathology and Treatment of Bipolar Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2006; 2(1): 199–235.
73. Yeloğlu ÇH. Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu:Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2017; 8(30): 41–41
74. Ågren H. Backlund L. Bipolar disorder: Balancing mood states early in course of illness effects long-term prognosis. *Physiology and Behavior*.2007; 92(1–2): 199–202.
75. Coryell W. Fiedorowicz J. Leon AC. Endicott J. Keller MB. Age of onset and the prospectively observed course of illness in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 146(1): 34–38.
76. Melo MCA. Garcia RF. de Araújo CFC. Rangel DM. de Bruin PFC. de Bruin VMS. Physical activity as prognostic factor for bipolar disorder: An 18-month prospective study. *Journal of Affective Disorders*.2019; 251:100–106.
77. Yıldız M. İpçi K. İncedere A. Kırçalı A. Ebibi S. Soykal N. Soykal İ. Ayhan A. Ceco U. An investigation of social functioning in a group of people living in Kocaeli: A preliminary study. 2017; 3(3): 1–5.
78. McColl MA. Davies D. Carlson P. Johnston J. Minnes P. The Community Integration Measure: Development and preliminary validation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2001; 82(4): 429–434.
79. Wolfensberger W Tullman S. A brief outline of the principle of normalization. *Rehabilitation Psychology*, 1982; 27(3): 131–145.
80. Okoye EC. Obi GC. Akosile CO. Umunnah JO. Nwankwo MJ. Obiora LO. Community integration of people living with epilepsy in a Nigerian population.

- Epilepsy Research.2016; 128: 21–26.
81. Stumbo N. J. Ross J. Community Integration: Showcasing the Evidence for Therapeutic Recreation Services. *Therapeutic Recreation Journal*. 2015; 49(1):35-60
  82. Abdallah C, Cohen CI, Sanchez-Almira M, Reyes P, Ramirez P. Community integration and associated factors among older adults with schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2009; 60(12): 1642–1648
  83. Magasi S. Hammel J. Heinemann A. Whiteneck G. Bogner J. Participation: A comparative analysis of multiple rehabilitation stakeholders’ perspectives. *Journal of Rehabilitation Medicine*.2009; 41(11): 936–944.
  84. Resnik L. Borgia M. Silver B. Measuring community integration in persons with limb trauma and amputation: a systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.2017; 98(3): 561-580.
  85. Chadha C. Community Integration After In-Patient Rehabilitation for Lower Extremity Musculoskeletal Disorders: A Pilot Study. *Electronic Thesis and Dissertation Repository*. 1084. 2013
  86. Ornelas J. Jorge-Monteiro MF, Varga,s-Moniz M, Duarte T. The role of community integration and empowerment for the transformative change in community mental health. *Community Psychology in Global Perspective*.2019; 5(1): 38–55.
  87. Wong YL. Solomon PL. Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*.2002; 4(1): 13–28.
  88. Aurby T. Flynn RJ. Virley B. Neri J. *Journal of Community Psychology*. 2013; 41(2): 218–239
  89. Segal SP. Everett-Dille L. Coping styles and factors in male/female social intergration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.1980; 61(1): 8–20.
  90. Flynn R. Lemay RA. *A Quarter-Century Of Normalization And Social Role Valorization*. Les Presses de l’Université d’Ottawa | University of Ottawa Press. Ottawa.1999.
  91. Townley G. Kloos B. Wright PA. Understanding the experience of place: Expanding methods to conceptualize and measure community integration of persons with serious mental illness. *Health and Place*, 2009; 15(2): 520–531.
  92. Cohen S. Gottlieb BH, Underwood LG. Social relationships and health: challenges for measurement and intervention. *Advances in Mind-Body Medicine*. 2001.17;129–141.
  93. Frone DW. Social work in mental health client personality , working alliance and

- outcome client personality , working alliance and outcome : a pilot study. *Social Work in Mental Health*. 2006; 4(4): 21–36.
94. Yanos Philip T. Barrow SM. Tsemberis S. Community integration in the early phase of housing among homeless persons diagnosed with severe mental illness: Successes and challenges. *Community Mental Health Journal*.2004; 40(2): 133–15
95. Gulcur L. Tsemberis S. Stefancic A, Greenwood RM. Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. *Community Mental Health Journal*. 2007;43(3): 211–228
96. Snethen G. Zook P. Utilizing social media to support community integration. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*.2016; 19(2): 160–174.
97. Ju WH. Choi EJ. The relationship between community integration and mental health recovery in people with mental health issues living in the community: A quantitative study. *Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2019: 27(3); 296-307.
98. Erkuş A. Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme-I. 2.Baskı. Pegem Akademi. Ankara. 2014
99. Karakoç FY. Dönmez L. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler Basic Principles Of Scale Development. *Tıp Eğitim Dünyası*, 2014;(40), 39–49.
100. Akbaş G. Korkmaz L. Ölçek Uyarlaması ( Adaptasyon ) Gülçin Akbaş ve Leman Korkmaz Çeviri Basamakları : Ölçek Uyarlaması ve Kültür. *Türk Psikoloji Bülteni*, .2007; 13(40): 15–16.
101. Esin NM. Veri Toplama Yöntem ve Araçları& Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. Erdoğan S. Nahcivan N. Esin MN. (edt). *Hemşirelikte Araştırma*. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul.2015:193-232.
102. Deniz KZ. Medya Okuryazarlığı Hareketinde Yedi Büyük Tartışma. *Journal of Applied Testing Technology*.2015; 1(1): 1–30
103. Seçer İ. Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci SPSS ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Anı Yayıncılık. 2015;65-71.
104. Ercan İ. Kan İN. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi*.
105. İslamoğlu A. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. 1. Baskı. Beta Basım Yayın Dağıtım. İstanbul. 2009:129-137
106. Güngör D. Psikolojide Ölçme Araçlarının Geliştirilmesi ve Uyarlanması Kılavuzu. 2016; 19(38): 104–112.
107. Özgüven E.İ. Psikolojik Testler.11. Baskı. Nobel Yayın Dağıtım. Ankara. 2012;83-

108. Yeşilyurt S. Çapraz C. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kullanılan Kapsam Geçerliği İçin Bir Yol Haritası. Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2018; 20(1): 251–264.
109. <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/kg0.pdf.>, Halil Yurdakul, Araştırma Makalelerinde KGO Kullanımı, 03.12.19.
110. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimlerde Veri Analizi. 11. Baskı. Pegem Akademi. Ankara. 2010: 123-163.
111. Balcı A. Sosyal Bilimlerde Araştırma. 6. Baskı. Pegem Akademi. Ankara. 2005; 97-135
112. De Vellis R.F. Scale Development Theory and Applications. 2012. Ölçek Geliştirme Kuram ve Modeller. 2012, Totan T, 3. Baskı, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.2014
113. Alpar R. Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik. 2. Baskı. Nobel Yayın Dağıtım. Ankara.2001:257-309
114. Böke K. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. 3. Baskı. Alfa Basım Yayım. İstanbul. 2011: 63-96
115. Aziz, A. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri ve Teknikleri. 9 Baskı. Nobel Akademik Yayıncılık. Ankara. 2014:174-177.
116. Ural A, Kılıç İ. Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi. 1. Baskı. Detay Anatolia Akademik Yayıncılık. Ankara. 2005; 253-265
117. Çakmur, H. Araştırmalarda Ölçme - Güvenilirlik - Geçerlik. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2012; 11(3): 339–344.
118. Çarpık, C. Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışmalarında Doğrulayıcı Faktör Analizinin Kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.2014; 17(3), 196–205.
119. Cabral J. Carvalho CB. Motta C. Sousa M. Validation of the community integration scale for adult with psychiatric disorders (CIS-APP-34). Community Mental Health Journal. 2018;54: 673–681.
120. Buldukoğlu K. Hemşirelik Araştırmalarında Etik. Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 1997;5(3):111-6
121. Babadağ K. Hemşirelik Araştırmalarında Etik. Hemşirelik Bülteni.1995; 9(38). 5-14.
122. Çokluk Ö. Şekercioğlu G. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin İstatistik SPSS ve Lisrel Uygulamaları. 3. Baskı. Pegem Akademi. Ankara. 2014:177-246.
123. Eşitti B. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntem ve Teknikleri. Aslan DA. (Edt) Paradigma Yayıncılık. 2. Baskı. Ankara. 2018: 333-341.

## 7. EKLER

### EK I: BİREYSEL BİLGİ FORMU

1. Ruhsal Hastalığınız:  
a) Şizofreni Bozukluğu d)İki Uçlu Bozukluk
2. Yaşınız:.....
3. Cinsiyetiniz:  
a) Kadın b) Erkek
4. Medeni Durumunuz:  
a) Evli b) Bekar
5. Çocuk sayınız:.....
6. Yaşadığınız yer:  
a)Köy b)Kasaba c)Şehir Merkezi
7. Eğitim durumunuz:  
a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlköğretim d)Ortaöğretim e)Üniversite
8. Çalışma durumunuz:  
a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
9. Mesleğiniz: .....
10. Gelir durumunuz:  
a)Gelir giderden fazla b)Gelir gidere eşit c)Gelir giderden az
11. Hastalığınız ilk defa teşhis edildiğinde kaç yaşındaydınız:.....
12. Hastalığınız teşhis edildikten sonra tedavi olmak için hastaneye kaç defa yatış yaptınız: .....
13. İlaç kullanma alışkanlığınız:  
a) Düzenli ilaç kullanımı b)Düzensiz ilaç kullanımı
14. Sigara kullanıyor musunuz?  
a) Hayır b) Evet ise (Gün de kaç tane: .....) )
15. Alkol kullanıyor musunuz?  
a)Hayır b) Evet ise (Gün de kaç tane: .....) )
16. Madde kullanıyor musunuz?  
a)Hayır b) Evet ise (.....)
17. İntihar girişiminde bulundunuz mu?  
a)Var b)Yok
18. Hastalığınız boyunca yakınlarınızdan destek aldınız mı?

a) Evet      b) Hayır

19. Hastalığınız boyunca herhangi bir kurumdan destek aldınız mı?

a) Evet      b) Hayır

20. Toplum Ruh Sağlığı Merkezine hangi sıklıkta gelirsiniz?

a) Her gün      b) Haftada 1 kez      c) 2 haftada 1 kez      d) Ayda 1 kez      e)

Sadece ilaç yazdırma ve Kontrol





## EK II. PSİKİYATRİK BOZUKLUKLUĞU OLAN YETİŞKİNLER İÇİN TOPLUM ENTEGRASYONU ÖLÇEĞİ

Talimatlar: Burada topluluğa nasıl entegre edildiğiyle ilgili bir dizi ifade bulacaksınız.

"Toplum" kelimesini bulduğunuzda, etrafınızı çevreleyen insanlarla, kiminle etkileşim kurduğunuzu, komşularınızla ilişkide bulunduğunuzu veya ortak bir noktanız olduğunu düşünün.

Her bir ifadeyi dikkatlice okuyun ve her ifadeye ne kadar katılıyorum açıkladığınızı en iyi tanımlayan seçenekte bir "X" ile işaretleyin.

Lütfen aşağıdaki ölçeği kullanın:

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Herhangi bir fikrim yok	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Zamanımın bir kısmını ev dışında geçiririm.				0 1 2 3 4
2. Komşularımın çoğunu tanırım.				0 1 2 3 4
3. Komşularım dışında pek çok insan tanırım.				0 1 2 3 4
4. İçinde yaşadığım topluma ait olduğumu hissediyorum.				0 1 2 3 4
5. Yakınımda olmayan birisiyle konuşmak istediğimde o kişiye kendim herhangi bir kimsenin yardımı olmadan ulaşıyorum.				0 1 2 3 4
6. Yürüyüş yapma, kafeye gitme, alışveriş yapma, gösteri ya da oyun izleme veya diğer rahatlatıcı aktiviteler için evden çıkarım.				0 1 2 3 4
7. Komşularımın çoğu beni tanır.				0 1 2 3 4
8. Komşularım dışında pek çok insan beni tanır.				0 1 2 3 4
9. Bir problemim olduğunda toplum içerisindeki insanlardan yardım isterim.				0 1 2 3 4
10. Gitmek istediğim yerlere yürüyerek, kendi aracımınla, otobüsle ya da taksiyle yalnız giderim.				0 1 2 3 4
11. Sosyal hizmet merkezlerine, kliniklere, eczaneye, sağlık merkezi/hastane ya da bu gibi diğer yerlere yalnız giderim.				0 1 2 3 4
12. Konuştuğum çok sayıda insan var.				0 1 2 3 4
13. Arkadaşı olduğum çok sayıda insan var.				0 1 2 3 4
14. İhtiyaç duyduğumda toplum içerisindeki insanların yardımına güvенеbileceğimi bilirim.				0 1 2 3 4

15. Yemek yapma, çamaşır yıkama, ev temizleme ve benzeri ev işlerini yaparım. 0 1 2 3 4
16. Toplumdaki organizasyonlara (dini gruplar, spor takımları, izcilik, mzık toplulukları ve diğerleri) aktif olarak katılırım. 0 1 2 3 4
17. İlişimin olduğu insanlardan bir kaçı ruh sağlığı merkezlerinde yaşamaktadır. 0 1 2 3 4
18. Çevremdeki insanlar ihtiyaç duyduklarında benden yardım isterler. 0 1 2 3 4
19. Paramı genelde kendi başıma yonetirim, faturalarımı odemek benim sorumluluğumdadir. 0 1 2 3 4
20. Evden kendi isteğimle ıkarım. 0 1 2 3 4
21. Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, ekonomik durum ve benzeri koşullar açısından çok farklı insanlarla ilişki içerisindeyim. 0 1 2 3 4
22. Çevremdeki insanlar ihtiyaç duyduklarında bana güvenebileceklerini bilirler. 0 1 2 3 4
23. İlaçlarım ile ben ilgilenirim ve onları doğru zamanda ve doğru dozlarda alırım. 0 1 2 3 4
24. Gerektiğinde toplumun bana sunduğu hizmet ve kaynaklardan faydalanırım (iş bulma kurumu, belediye meclisi, halk meclisi vb.) 0 1 2 3 4
25. İlişki kurduğum insanlara güvenirim 0 1 2 3 4
26. İlişki kurduğum insanların desteğini hissederim. 0 1 2 3 4
27. Çevremdeki insanlara duygusal bağlılık ya da yakınlık hissederim. 0 1 2 3 4
28. Hayatımla ilgili kararları almakta ozgrm. 0 1 2 3 4
29. Gerektiğinde çeşitli durumlarla ilgili olarak banka, postane, süpermarket ve benzeri halka açık yerlere başvururum. 0 1 2 3 4
30. İlişki kurduğum insanlar benim için önemlidir. 0 1 2 3 4
31. Toplum içerisindeki insanlar fikir ve görüşlerimi dikkate alırlar. 0 1 2 3 4
32. Ekonomik açıdan bağımsız bir bireyim. 0 1 2 3 4
33. Toplum içerisinde gönüllü çalışmalar yrtr, bir parti ya da etkinlik planlanıyorsa hazırlık sürecinde yardımcı olur, dini eğitimler verir, buluşmalara ya da bu gibi diğer aktivitelere katılırım. 0 1 2 3 4
34. İlişkide bulunduğum insanların bir kaı psikiyatriste gider. 0 1 2 3 4

**EK III. CIS-APP-34**

**Community Integration Scale for Adults with Psychiatric Problems**

**Version of 34 Items**

Instructions: you will find a series of statements about how you are integrated into the community below.

When you read the word “community” think about the people around you, with whom who you interact with, relate to, or share something in common, including from your neighbors to the people in your area where you live.

Read each statement carefully and tick the box that best describes how much you agree with each statement.

**Please use the following scale:**

0 I have no opinion about it	1 Completely Disagree	2 Disagree	3 Agree	4 Completely agree
1. I spend part of my time away from home.				0 1 2 3 4
2. I know many of my neighbors.				0 1 2 3 4
3. I know many people who are not my neighbors.				0 1 2 3 4
4. I feel that I belong to my community.				0 1 2 3 4
5. When I need to talk to someone who is not around, I reach that person by myself and without anybody’s help.				0 1 2 3 4
6. I go out to do relaxing activities, such as going for a stroll/ going for a walk, going to the cofeeshop, going shopping, attending to shows or games, and others.				0 1 2 3 4
7. Many of my neighbors know me				0 1 2 3 4
8. Many people who are not my neighbors know me.				0 1 2 3 4
9. When I have a problem I ask for help from the people in my community.				0 1 2 3 4
10. I commute alone to places I want to go, by foot, in my own car, by bus or taxi.				0 1 2 3 4
11. I go alone to the social services, the clinic, the pharmacy, the health center / hospital, or others.				0 1 2 3 4
12. There are a lot of people with whom I talk to.				0 1 2 3 4
13. I’m friends with a lot of people.				0 1 2 3 4
14. I know I can count with the support from people from my community when needed.				0 1 2 3 4

15. I help with the household chores such as cooking, doing laundry, cleaning the house or others.	0	1	2	3	4
16. I participate/partake in my community's organizations, such as religious groups, sports teams, scouts groups philharmonic society, or others.	0	1	2	3	4
17. Few people I know live in institutions.	0	1	2	3	4
18. The people in my community ask me for help when they need it.	0	1	2	3	4
19. I often manage my money by myself, and I am responsible for paying the bills.	0	1	2	3	4
20. I leave home of my own free will.	0	1	2	3	4
21. I get along with people of different genders, ages, academic and economic status.	0	1	2	3	4
22. The people in my community know that they can count on me whenever they need it.	0	1	2	3	4
23. I'm the one who manages my medication and I take it on time and in the correct dosage.	0	1	2	3	4
24. I resort to the services and resources offered by my community, such as employment center, prefecture, community meeting points, or others.	0	1	2	3	4
25. I trust the people I relate to.	0	1	2	3	4
26. I feel supported by people I relate to.	0	1	2	3	4
27. I have an emotional connection or affection towards people from my community.	0	1	2	3	4
28. I'm free to decide about matters concerning my life.	0	1	2	3	4
29. If necessary, I can run the errands in public places, such as the bank, the post office, the supermarket, or others.	0	1	2	3	4
30. The people I relate to are important to me.	0	1	2	3	4
31. People in my community take my ideas and opinions into account.	0	1	2	3	4
32. I am an economically independent person.	0	1	2	3	4
33. I participate in activities in my community, such as volunteering, helping the organization of a party / event, catechesis, social encounters or others.	0	1	2	3	4
34. Few people I know go to a psychiatrist.	0	1	2	3	4

#### **EK IV. KAPSAM GEÇERLİĞİ İÇİN UZMAN GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR**

1. Prof. Dr. Yasemin KUTLU (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)
2. Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ (Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)
3. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR (Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)
4. Doç. Dr. Gül ÜNSAL (Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)
5. Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)
6. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ (Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)
7. Doç. Dr. Nurhan EREN (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)
8. Dr. Öğr. Üyesi Özlem İŞİL (Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)
9. Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR (Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)
10. Dr. Öğr. Üyesi Medine KOÇ (Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tokat Sağlık Yüksekokulu)

## **EK V. DİL GEÇERLİĞİ İÇİN ÇEVİRİ YAPAN UZMANLARIN LİSTESİ**

1. Tuğçe KILINÇ (Hacettepe Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu)
2. Nagihan ÖZER(Hacettepe Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu)
3. Cuma BARAK (Gaziantep Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu)
4. Erdiñ YILMAZ (Gaziantep Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu)



**EK VI. PSİKİYATİK BOZUKLUĞU OLAN YETİŞKİNLER İÇİN TOPLUM  
ENTEGRASYON ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI**

Gönderen: **Eda Acikgoz** <edaacikgoz33@gmail.com>

Alıcı: joana.cabral@uac.pt

Tarih: 16 Ağu 2018 13:52

Konu: PERMISSION REQUEST

Dear madem Joana Cabral,

I'm one of the master student in Turkey . I interested your study which called as Community Integration Scale. Have you ever got a call from Turkey about this study before ? If not I want to get a permission to use your study in my master thesis with your citations as well . Thank you for your attention .

Best regards.

Eda Acikgoz

Psikiyatik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği İzin Yazısı

Dear Eda Acikgoz,

You have my permission to use the scale of community integration in your thesis. I send you the long version of the scale, its validation article and quote instructions.

Please keep us posted on findings.

Please let me know if you have any questions.

Joana Cabral

Joana Moura Cabral <[joana.m.cabral@uac.pt](mailto:joana.m.cabral@uac.pt)>, 24 Ağu 2018 Cum, 13:51 tarihinde şunu yazdı.

## EK VII . ETİK KURUL ONAYI

### GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikiyatrik Bozuklukları Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği Türkiye Formunun Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROJE KODU	138

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Gaziantep Üniversitesi Hayvan Deneyleri Araştırma Merkezi Binası (GAÜNDAM) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 27310 Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 12 00-Dahili 4-800
	FAKS	-
	E-POSTA	etikkurul@gantep.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN						
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hırsızlığı						
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ E-İLİNDİĞİ MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi						
	VARSA İZAH SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI							
	DESİJENLEYİCİ							
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alırlar için)							
	DESTEKLEYİCİNİN VARSA TEMSİLCİSİ							
	ARAŞTIRMANIN FAZ VE TİPİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>					
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>					
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>					
FAZ 4		<input type="checkbox"/>						
Görüşmelilerle ilgili çalışmalar		<input type="checkbox"/>						
Tabii cihaz klinik araştırmaları		<input type="checkbox"/>						
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirilme çalışmaları		<input type="checkbox"/>						
İlaç dışı klinik araştırmalar	<input checked="" type="checkbox"/>							
Diger ise belirtiniz :								
ARAŞTIRMACIYA KATILAN MERKEZLER	TÜRK MERKEZİ	<input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ	<input type="checkbox"/>	ULUSAL	<input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI	<input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGE ADI	Belge Adı	Tayitli	Yayımlanma Numarası	Dil		
				Türkçe	İngilizce	Diğer
DEĞERLENDİRİLEN BELGE ADI	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİCİ FORMLAR OLUR VEZNE			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA DÖĞRESİ	<input type="checkbox"/>				
	BİYOETİK MATEMATİK TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	LAN	<input type="checkbox"/>				

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Aysun BARANŞELİ /SİR

Not: Etik Kurul Başkanı, İmza ve tarih alanları için sayfaya imza atmalıdır.



## EK VIII. ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI BİRİMLERİN ONAYI



T.C.  
GAZİANTEP VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 65587614-774.99  
Konu : İZDA AÇIKGÖZ'ün Araştırma İzni  
Hk.

### DAĞITIM YERLERİNE

Bilimsel Araştırma Araştırma İzni için başvuruda bulunan Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri hemşireliği yüksek lisans tez dönemi öğrencisi Feda AÇIKGÖZ, Müdürlüğümüze bağlı Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Şehitkamil Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde "Psikiyatrik Bozuklukları Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması" konulu veri toplamaaya yönelik yapılacak anket çalışması Müdürlüğümüze uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.

Uzm.Dr. Abdullah İhsan GÖRLER  
İlaç, Tıbbi Cihaz ve Sağlık Hizmetleri Başkan V.

Bk:  
Uygunluk Yazısı.

Kaymaklı Mahallesi, 42035. Sk., 27500 Şehitkamil/Gaziantep  
İletişim: Faks No:

Bilgi için: Halime YAKUT  
MEMUR

e-Posta: halime.yakut@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü

Telefon No: (0341) 220 96 14

Çevrimiçi elektronik imzalı suretine: <http://e-helge.saglik.gov.tr> adresinden ce9E5214-1004-41a8-9183-5e5075hh64c7 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## **EK VIV. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

### **Çalışmanın Amacı Nedir?**

Bu çalışma, “Psikiyatrik Bozuklukları Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması” yapılmak amacıyla planlanmıştır.

### **Katılma Koşulları Nedir?**

Bu araştırmaya;

18 yaş üzeri yetişkin okuma-yazma bilen hastalar,

T.C. Sağlık Bakanlığı Şehitkamil TRSM ve T.C. Sağlık Bakanlığı Şahinbey TRSM’ ye ayaktan tedavi için başvuran Şizofreni ve İki Uçlu Bozukluk Bozukluk tanısı almış hastalar,

Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk ve İki Uçlu Bozukluk Bozukluk tanısı alan hastaların Türkçe konuşma-anlama probleminin olmaması,

Şizofreni ve İki Uçlu Bozukluk tanısı almış hastaların araştırmaya katılmayı kabul etmesidir.

Bu kriterlere uymayan hastalar çalışmaya dahil edilmeyecektir. Araştırmaya alınan bireylerden yazılı ve sözlü izinler alınacaktır

### **Nasıl Bir Uygulama Yapılacaktır?**

Araştırmada veri toplama araçları olarak “Bireysel Bilgi Formu” , “ Psikiyatrik Bozuklukları Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği’ kullanılacaktır.

### **Sorumluluklarım Nedir?**

Gönüllüye her hangi bir sorumluluk yüklenilmemektedir.

### **Katılımcı Sayısı Nedir?**

Araştırmaya tüm evren dahil edilecektir.

### **Katılımım Ne Kadar Sürecektir?**

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 15-20 dakikadır.

### **Çalışmaya Katılma İle Beklenen Olası Yarar Nedir?**

Bu araştırma kapsamında Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluklar Ve Bipolar Bozukluğa hastaların ruhsal durumlarına yönelik gereksinim duydukları tedbirlerin alınması sağlanacaktır.

### **Çalışmaya Katılma İle Beklenen Olası Riskler Nedir?**

Size bu araştırmada sadece sorular yöneltilecektir, bu sebeple fiziksel olarak hiçbir risk altında olmayacaksınız.

### **Hangi Koşullarda Araştırma Dışı Bırakılabilirim?**

Anket sorularını yarım bırakarak tamamlamamanız halinde araştırma dışında bırakılacaksınız.

### **Herhangi Bir Zararlanma Durumunda Yükümlülük/Sorumluluk Kimdedir Ve Ne Yapılacaktır?**

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı Araştırma boyunca gönüllülere ilaç, invaziv herhangi bir girişim, fiziksel temas söz konusu değildir bu sebeple her hangi bir zarar söz konusu değildir.

### **Araştırma Süresince Çıkabilecek Sorunlar İçin Kimi Aramalıyım?**

Anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ile doldurulacaktır. Anket doldurma süresi ortalama 15-20 dakika sürecektir.

### **Araştırmaya Katılmayı Kabul Etmemem Veya Araştırmadan Ayrılmam Durumunda Ne Yapmam Gerekir?**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır.

### **Katılmama İlişkin Bilgiler Konusunda Gizlilik Sağlanabilecek Midir?**

Bu çalışma da adınız soyadınıza ait bilgiler alınmayacaktır. Anket kapsamında sizlerden derlenen veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde resmi, özel kişi veya kuruluşlara açıklanmayacak, vermiş olduğunuz tüm bilgiler gizli tutulacaktır.

### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

## ÖZGEÇMİŞ

1995 yılında Mersinde doğdu. İlk ve ortaöğretimi Mersin’de tamamladı. 2013 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde lisans öğrenimine başladı ve 2017 yılında mezun oldu. 2017 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programına başladı. 2017-2018 yılları arasında NCR International Hospital’ de yoğun bakım hemşireliği yaptı. 2018-2019 yılları arasında Gaziantep Şahinbey Eğitim ve Uygulama Hastanesi’ nde yoğun bakım hemşireliği yaptı. 2019 yılından itibaren Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’ nde Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya devam etmektedir.

