

TC.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ADLİ PSİKIYATRİ HASTALARINA
YÖNELİK HEMŞİRE TUTUM ÖLÇEĞİ
GELİŞTİRME**

DOKTORA TEZİ

UZMAN HEMŞİRE

Leyla BAYSAN ARABACI

DANIŞMAN

Prof. Dr. M. Olcay ÇAM

İZMİR

2009

TC.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ADLİ PSİKİYATRİ HASTALARINA
YÖNELİK HEMŞİRE TUTUM ÖLÇEĞİ
GELİŞTİRME**

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI**

TEZİ HAZIRLAYAN

Leyla BAYSAN ARABACI

DANIŞMAN

Prof. Dr. M. Olcay ÇAM

İZMİR

2009

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Prof.Dr. M. Olcay ÇAM

(Danışman)

Üye : Prof. Dr. Besti ÜSTÜN

Üye : Doç.Dr. Ekin Özgür AKTAŞ

Üye : Yard.Doç.Dr. Gönül ÖZGÜR

Üye : Yard.Doç.Dr. Aynur UYSAL

Doktora Tezinin kabul edildiği tarih : 18.11.2009

ÖNSÖZ

Öncelikle bilime katkı koyabilme bilinciyle, henüz Türkiye’de gerek teorik gerek uygulama alanında varlığı hissedilemeyen ve kurumsallaşmamış *Adli Psikiyatri Hemşireliği* gibi özgün bir alanda severek ve ilgiyle çalıştığımı, gelecek bilimsel çalışmalara ışık tutacağını ve başlangıç niteliğinde olacağını umut ederek böyle bir çalışma yapmış olmaktan mutluluk duyduğumu ifade etmek isterim.

Çalışmamın niteliksel verilerinin değerlendirilmesinde, derin bilgi birikimlerini esirgmeden paylaşan ve önerileriyle çalışmamı yönlendiren Ege Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi Yard.Doç.Dr. Bünyamin YURDAKUL’a, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi öğretim üyesi Yard.Doç.Dr. Halil YURDUGÜL’e ve niceliksel verilerin değerlendirilmesinde yardımlarını esirgemeyen Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bioistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı öğretim elemanı Arş.Gör. Hatice ULUER’e çok teşekkür ederim.

Uzun soluklu ve zorlu alan çalışmalarım sırasında emeği geçen ve destek veren tüm kurum çalışanlarına ayrı ayrı teşekkür etmek isterim. Araştırmanın niteliksel veri sürecinde Odak Grup Görüşmeleri ile kompozisyon yazımına katılım gösteren Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde çalışan hemşirelere ve araştırmanın Türkiye’deki veri toplama sürecinde araştırmaya katılım gösteren tüm Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde çalışan hemşirelere teşekkür ederim. Ayrıca, araştırmanın veri toplama sürecinde, özellikle re-test uygulamalarında desteklerini esirgemeyen İstanbul Bakırköy Ord.Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi eğitim hemşiresi Münevver AKIN’a

ve hemşire Melike DİŞSİZ'e, İstanbul Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi hemşiresi Aylin KEMAHLI'ya, Adana Dr.Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi eğitim hemşiresi Sevil İZCİ COŞKUN'a ve Adli Servis Sorumlu Hemşiresi Ayşe BAŞDOĞAN'a, Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi eğitim hemşiresi Funda BALUN'a, Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhemşire Yardımcısı Sevinç ÇAPA'ya, Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi eğitim hemşiresi Gönül DAVULCU'ya, Trabzon Çaykara Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekimi Orhan SELÇUK ile Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhemşiresi Nurdan KOCABIYIK'a ve eğitim hemşiresi Melek KAYACI'ya teşekkürü bir borç bilirim.

Yine tez danışmanım Prof. Dr. M. Olcay ÇAM'a ve tez çalışmam sürecinde motive olmam konusunda desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım Yard.Doç.Dr. Yurdanur DEMİR'e, Yard.Doç.Dr. Güलगün TÜRK'e, Arş.Gör. Nurdan AKÇAY'a, Arş.Gör. Döndü ÇUHADAR'a ve Arş.Gör. Sevgi NEHİR'e teşekkür ederim.

Son olarak da, her ne kadar onları bu süreçte sıkılmış ve de üzmüş de olsam desteklerini ömür boyu göreceğimi bildiğim ve çalışmamın her aşamasında hep yanımda olan sevgili eşim ve canım annem, babam ve kız kardeşime maddi-manevi desteklerinden dolayı yapacağım teşekkür her zaman az olacaktır. Uzun soluklu çalışmamın son 8 aylık döneminde bana eşlik eden, her daim varlığıyla bana umut veren ve kucağıma almayı özlemle beklediğim *miniğim* sana da sonsuz teşekkürler...

İZMİR

18.11.2009

Leyla BAYSAN ARABACI

İÇİNDEKİLER

Önsöz	III
İçindekiler	V
Tablolar Dizini	X
Grafikler Dizini	XII
Şekiller Dizini	XII

BÖLÜM I

1.1. Giriş	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Önemi	5
1.4. Hipotezler	7
1.5. Tanımlar	7
1.6. Sınırlamalar	8
1.7. Genel Bilgiler	10
1.7.1 Tutum ve Tutum Kavramını Açıklayan Kuramsal Yaklaşımlar	10
1.7.1.1 Tutum	10
1.7.1.2 Tutumların Oluşması ve Değişmesi	17
1.7.1.3 Tutum Kavramını Açıklayan Kuramsal Yaklaşımlar	18
1.7.1.3.1 Koşullanma ve Pekiştirme Yaklaşımı	19
1.7.1.3.2 Özendiriciler ve Çatışma Yaklaşımı	21
1.7.1.3.3 İşlevselcilik (Functionalism) Yaklaşımı	22
1.7.1.3.4 Bilişsel Tutarlılık Yaklaşımı	23
1.7.1.3.5 Sosyal Yargı Yaklaşımı	25
1.7.1.4 Tutum İle Davranış Arasındaki İlişki	25
1.7.1.4.1 Tutum İle Davranış Arasındaki Tutarlılığı Etkileyen Koşullar	27
1.7.2 Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumlar	30
1.7.3 Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumlar	34
1.7.3.1 Adli Psikiyatri Hastasının Bakımında Hemşirelik	40

1.7.3.2 Adli Psikiyatri Hastasının Ruh Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesinde Adli Psikiyatri Hemşiresinin Rolü ve Önemi .	47
1.7.3.3 Türkiye’de Adli Psikiyatri Hemşireliği	54
1.7.3.4 Türk Hukuk Sisteminde Adli Psikiyatri Hastaları İle İlgili Yasal Düzenlemeler	57
1.7.3.4.1 Farik ve Mümeyyizlik İle İlgili Yasal Düzenlemeler	57
1.7.3.4.2. Ceza Sorumluluğu İle İlgili Yasal Düzenlemeler	59
1.7.3.4.2.1 Ceza Sorumluluğunun Bulunmadığı Ruhsal Hastalıklar	60
1.7.3.4.2.2 Ceza Sorumluluğunun Azaldığı Ruhsal Hastalıklar....	63
1.7.3.4.2.3 Ceza Sorumluluğu Tam Olarak Değerlendirilen Ruhsal Hastalıklar	65
1.7.3.4.3 Hukuki Sorumluluk İle İlgili Yasal Düzenlemeler	72

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM	76
2.1 Araştırmanın Tipi	76
2.2 Araştırmanın Veri Toplama Araçları ve Yöntemleri	76
2.2.1 Tanıtıcı Bilgi Formu	76
2.2.2 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)	77
2.2.3 Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği (APHHTÖ)	78
2.3 Araştırmanın Yapıldığı Yer	107
2.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	113
2.5 Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	115
2.6 Verilerin Analizi ve Değerlendirilme Teknikleri	116
2.6.1 Tanıtıcı Bilgilerin Değerlendirilmesi	116
2.6.2 Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği (APHHTÖ)’nin Değerlendirilmesi	116
2.8 Araştırmanın Süresi ve Olanakları	118
2.9 Etik Açıklamalar	119

BÖLÜM III

BULGULAR	122
3.1 Hemşirelerin Tanıtıcı Bilgilerinin İncelenmesi	122
3.1.1 Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi	122
3.1.2 Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi	124
3.2 Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Deneyim-Bilgi ve Görüşlerinin İncelenmesi	128
3.2.1 Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Bakım Verme Durumlarının İncelenmesi	128
3.2.2 Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastaları Konusundaki Bilgi Durumlarının ve Bilgi Edindikleri Kaynakların İncelenmesi	129
3.2.3 Hemşirelerin, Adli Psikiyatri Biriminde Hemşire Çalışmasına Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi	131
3.3 Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği (APHHTÖ)'nin Geçerlik ve Güvenirlilik Değerlendirmesi	132
3.3.1 APHHTÖ'nin Geliştirilmesinde Niceliksel Süreçler	132
3.3.1.1 APHHTÖ'nin Geçerlilik Değerlendirmesi	132
3.3.1.2 APHHTÖ'nin Güvenirlilik Değerlendirmesi	148

BÖLÜM IV

TARTIŞMA	172
4.1 Hemşirelerin Tanıtıcı Bilgilerinin İncelenmesi	172
4.1.1 Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi	172
4.1.2 Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi	173
4.2 Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Deneyim-Bilgi ve Görüşlerinin İncelenmesi	176
4.2.1 Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Bakım Verme Durumlarının İncelenmesi	176
4.2.2 Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastaları Konusundaki Bilgi Durumlarının ve Bilgi Edindikleri Kaynakların İncelenmesi	176
4.2.3 Hemşirelerin, Adli Psikiyatri Biriminde Hemşire Çalışmasına Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi	178
4.3 Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği (APHHTÖ)'nin Geçerlik ve Güvenirlilik Değerlendirmesi	178

4.3.1 APHHTÖ'nin Geliştirilmesinde Niceliksel Süreçler	178
4.3.1.1 APHHTÖ'nin Geçerlilik Değerlendirmesi	178
4.3.1.2 APHHTÖ'nin Güvenirlilik Değerlendirmesi	191

BÖLÜM V

SONUÇ	205
ÖNERİLER	214
ÖZET	215
SUMMARY	217
KAYNAKLAR	219
EKLER	237
	238
Ek I Tanıtıcı Bilgiler Veri Formu	
Ek II Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ)	240
Ek III Odak Grup Görüşmesi İçin Rehber	241
Ek IV Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Düşünce-Duygu ve Davranışlarına İlişkin Kompozisyon	251
Ek V Madde Havuzu	252
Ek VI Kavramlar ve Temalar	256
Ek VII APHHTÖ Aday Ölçek Maddeleri	262
Ek VIII Uzman Değerlendirme Formu	266
Ek IX APHHTÖ Aday Ölçek Maddelerini Değerlendiren Uzman Listesi	272
Ek X APHHTÖ Aday Ölçek Maddelerinin Kapsam Geçerlik Oranları	273
Ek XI APHHTÖ Maddelerinin Kapsam Geçerlik Oranları	277
Ek XII Uzmanlar Tarafından Önerilen Ek Maddeler	279
Ek XIII Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği (APHHTÖ)	280
Ek XIV Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinin Ruh Sağlığı Hizmeti Verdikleri Bölgeler	281
Ek XV Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinin Adli Psikiyatri Hizmeti Verdikleri Bölgeler	283
Ek XVI TC. Sağlık Bakanlığı Yazısı	284
Ek XVII Hemşirelerin APHHTÖ Maddelerini Cevaplandırma Durumuna Göre Dağılımı	286
Ek XVIII Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul İzni	288

Ek XIX Odak Grup Görüşmesi için Manisa İl Sağlık Müdürlüğü ve Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi İzni	289
Ek XX Araştırmacı Tarafından Hemşirelere Verilen Yazılı Söz	290
Ek XXI RHIÖ Ölçek Kullanım İzni	291
Ek XXII-a Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Uygulama İzni	292
Ek XXII-b Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Uygulama İzni	293
Ek XXII-c İstanbul Bakırköy Ord.Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulama İzni	294
Ek XXII-d Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Uygulama İzni	295
Ek XXII-e Trabzon Çaykara Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Uygulama İzni	296
Ek XXII-f Adana Dr.Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Uygulama İzni	297
Ek XXII-g İstanbul Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Uygulama İzni	299
Ek XXII-h Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Uygulama İzni	301
Ek XXIII Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği	303
Ek XXIV Güvenilirlik ve Geçerlilik Kontrol Listesi	304
ÖZGEÇMİŞ	307

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye’deki Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nde Adli Psikiyatri Hastalarına Hizmet Sunulan Yatak ve Sağlık Çalışanı Sayısı	55
Tablo 2. 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu’nun Adli Psikiyatri İle İlgili Maddeleri	67
Tablo 3. 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu’nun Adli Psikiyatri İle İlgili Maddeleri	73
Tablo 4. Lawshe Minimum “Kapsam (İçerik) Geçerlik Ölçütleri (KGÖ)	87
Tablo 5. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Test Sonuçlarının Yorumu	92
Tablo 6. Klasik Test Kuramına Göre Güvenirlik Analizi Yöntemleri	96
Tablo 7. Korelasyon Katsayılarının Yorumu	100
Tablo 8. Araştırma Kapsamında Ön-Test ve Tekrar-Test Uygulamasına Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Hastanelere Göre Dağılımı	104
Tablo 9. Kappa Katsayılarının Yorumu	105
Tablo 10. Araştırma Kapsamındaki Hemşirelerin Çalıştıkları Hastanelere Göre Dağılımı	114
Tablo 11. APHHTÖ’nin Cevaplandırılma Durumu	117
Tablo 12. Araştırma Takvimi	121
Tablo 13. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	122
Tablo 14. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı	124
Tablo 15. Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Bakım Verme Durumlarına Göre Dağılımı	128
Tablo 16. Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Bakım Verme Sürelerine Göre Dağılımı	129
Tablo 17. Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastaları Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımı	129
Tablo 18. Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastaları Konusundaki Bilgileri Elde Ettikleri Kaynaklara Göre Dağılımı	130
Tablo 19. Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastaları İle İlgili Yasal Düzenlemeleri Bilme Durumlarına Göre Dağılımı	131
Tablo 20. Hemşirelerin, Adli Psikiyatri Biriminde Hemşire Çalışmasına Yönelik Görüşlerine Göre Dağılımı	131
Tablo 21. Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Maddelerinin Yanıtlanma Oranları	136
Tablo 22. APHHTÖ Maddelerinin Ortalamalarının Dağılımı	138

Tablo 23. RHİÖ'nin İç Tutarlılık (Cronbach Alpha ve Küme İçi Korelasyon) Katsayıları	139
Tablo 24. Ruhsal Hastalıklara İlişkin İnançlar Ölçeği (RHİÖ) Madde Analiz Sonuçları	140
Tablo 25. APHHTÖ Puanı ile RHİÖ'nin Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanları Arasındaki Uyum Analizi Sonuçları	142
Tablo 26. APHHTÖ'nün Döndürülmüş (Varimax) Temel Bileşenler Analizi Sonuçları	143
Tablo 27. APHHTÖ'nin Döndürülmüş (Varimax) Faktör (Bileşen) Sayısı	145
Tablo 28. APHHTÖ'ndeki Değişkenlerin (Maddelerin) Faktör Yükleri	145
Tablo 29. APHHTÖ Alt Boyutları	147
Tablo 30. APHHTÖ'nin Küme İçi Korelasyon Analizi Sonuçları	149
Tablo 31. APHHTÖ'nin Maddeler Arası ve Madde-Toplam Puan Korelasyon Analizi Sonuçları-1	150
Tablo 32. APHHTÖ'nin Maddeler Arası ve Madde-Toplam Puan Korelasyon Analizi Sonuçları-2	154
Tablo 33. APHHTÖ'nin Madde Analiz Sonuçları-1	158
Tablo 34. APHHTÖ'nin Madde Analiz Sonuçları-2	160
Tablo 35. APHHTÖ'nin "Alt Ölçek" Puanları İle "Toplam Ölçek" Puanının Pearson Korelasyon Katsayısına Göre Dağılımı	162
Tablo 36. APHHTÖ Ön-Test ile Tekrar-Test Toplam Puan Ortalamaları-1	163
Tablo 37. APHHTÖ Ön-Test ile Tekrar-Test Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamaları	164
Tablo 38. APHHTÖ Maddelerinin Kappa Katsayıları	166

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: APHHTÖ'nin Faktör Analizi Yamaç Eğim Grafiği	144
Grafik 2: APHHTÖ'nin Puan Ortalaması Dağılımı	161
Grafik 3: APHTTÖ Ön-Test İle Tekrar-Test Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi	165

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Adli Psikiyatri Hemşiresinin Özellikleri	45
Şekil 2: APHHTÖ'ni Geliştirme Süreci	106
Şekil 3: APHHTÖ'ni Yapılandırma Süreci	118

BÖLÜM I

1.1. GİRİŞ

Toplumlarda yaygın olarak görülen ve geçmişten günümüze dek varolan ruhsal bozukluklara ilişkin önyargılar, ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların sıklıkla toplum için tehdit ve potansiyel suçlu olarak görülmesine ve ruh hastaları tarafından işlenen suçların daha dramatik bir şekilde yansıtılmasına neden olmuştur. Bu durum, ruh hastalarının tarihsel süreç içerisinde sıklıkla, beden ve ruh sağlıkları için uygun olmayan sağlıksız hapisane koşulları içerisinde mahkum edilmeleri sonucunu doğurmuştur (32, 91). Ancak zaman içerisinde, yapılan çalışmalarla hapisane koşullarının ruh sağlığı bozuk bireyler için uygun ortamlar olmadığı vurgulanmıştır (91). Bu düşünce, ruh sağlığı bozuk olan, suç işleyen bireylerin gözlenip değerlendirilmesi, bakım ve tedavisinin sağlanması için özelleştirilmiş tedavi birimleri olmasının gerekliliğini ortaya koymuş ve hem ruh sağlığı bozuk birey açısından hem de toplum açısından güvenli olan, günümüzdeki özel gelişmiş tedavi merkezlerinin (*Yüksek-Orta-Düşük Güvenlikli Hastaneler*) kurulmasını sağlamıştır (91, 94, 132).

Ülkemizde ise, 21yy'a kadar adli psikiyatri hastalarına yönelik, bahsedilen nitelikte sağlık merkezlerinin olmadığı gözlenmektedir. Ancak, Avrupa Birliği (AB) uyum yasaları çerçevesinde, 2005 yılında Türk Ceza Kanunu (TCK)'nda (126)

yapılan değişlikle, 57. maddenin 1. Fıkrasına eklenen “...*Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilen akıl hastaları, yüksek güvenliklı sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar*” hükmüyle, adli psikiyatri hastalarının tedavi ve bakımlarının yüksek güvenliklı hastanelerde yapılması zorunluluğu ortaya çıkmıştır. Ancak, henüz ülkemizde, yasalarda öngörülen nitelikte yüksek güvenliklı hastaneler olmadığı görölmektedir. Bu sebeple, söz konusu adli psikiyatri hastalarına yönelik tedavi ve bakım hizmetleri, Sağlık Bakanlığı’na bağlı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri’nde yer alan birimlerde ve yine bu birimlerde çalışan sağlık personeli ile yürütölmektedir. Üstelik, araştırmanın planlanması aşamasında, Sağlık Bakanlığı’ndan, Bakanlık bünyesinde yer alan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri’nde “Adli Psikiyatri Birimi” bulunup bulunmadığı konusunda bilgi talep edilmiş ve “ *Bakanlığımıza bağlı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri’nde “Adli Psikiyatri Birimi” bulunmamaktadır*” şeklinde yanıt alınmıştır (Ek XVI). Araştırma yürütölmürken, söz konusu hastanelerde adli psikiyatri hastalarına bakım verilen birimlerin (servislerin) varolduğu, ancak bu servislerin her kurumda farklı isimlerle tanımlandığı gözlemlenmiştir (Bkz Bölüm II, s.107- *Araştırmanın yapıldığı yer*). Ayrıca, her kurumda servis ortam koşullarının da farklı olduğu görölmüştür. Bu bilgiler doğrultusunda, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı bünyesinde Adli Psikiyatri Hastalarına yönelik bakım veren servislere ilişkin standart bir düzenlemenin veya örgütlenmenin olmadığı ve her bir kurumun servisleri kendi kültürü doğrultusunda düzenlediği ve örgütlediği izlenmiştir. Ayrıca, bu birimlerde çalışan hemşirelerin, adli psikiyatri hastalarına bakım ve tedavi konusunda herhangi bir özel bilgi ve beceriye sahip olmadığı da gözlemlenmiştir. Oysa, adli psikiyatri hastasına bakım veren hemşirelerin, adli psikiyatri hastasının fiziksel, psikolojik, sosyal, ruhsal, ekonomik ve kültürel durumunu bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirebilen, sosyal ve pratik

yaşam becerilerini geliştirmeleri için onları destekleyen ve cesaretlendiren ve adli terminolojiyi bilen, uzmanlaşmış bireylerden oluşması gerekmektedir (51, 91, 162). Ancak ülkemizde, böyle bir alanda, hastalara yönelik bakım ve tedavi sunacak yeterli sayıda ve donanımda hemşire bulunmadığı bilinmektedir (20).

Bugün ülkemizde, Devlet İstatistik Enstitüsü 2006 verilerine göre, 15 bini üniversite mezunu olmak üzere 87 bin hemşire, bulunmasına karşın (44), bunların sadece 350'si uzman psikiyatri hemşiresidir (*lisansüstü programı tamamlamıştır*). Dolayısıyla 200 bin kişiye bir psikiyatri hemşiresi düşerken, adli psikiyatri hemşiresi olarak uzmanlaşmış hemşire bulunmamaktadır. Oysa, diğer alanlarda olduğu gibi, adli psikiyatri hastasına yönelik kaliteli bir ruh sağlığı hizmeti için, psikiyatri hemşireliği temel eğitimi içinde, mutlaka adli psikiyatri hemşireliği konuları yer almalı, meslek içi eğitim, yüksek lisans ve doktora programları ile bu alanda gerekli bilgi ve becerilere sahip hemşirelerin yetiştirilmesi desteklenmelidir. Ancak, uygulamada adli psikiyatri hemşiresi olmamasının yanısıra, az sayıdaki uzmanlaşmış psikiyatri hemşirelerinin de, daha çok akademisyen olarak veya üniversite hastanelerinde çalışmayı tercih ettikleri görülmektedir. Bu nedenle, adli psikiyatri hastalarına yönelik söz konusu tedavi ve bakım hizmetlerinin, adli psikiyatri alanında yeterli ölçüde uzmanlaşmamış ve hatta gerek mesleki, gerek hizmet içi eğitimlerle adli psikiyatri hemşireliği konusunda hemen hemen hiç eğitim almamış lise, önlisans veya lisans mezunu hemşirelerin çalışmaları ile yürütüldüğü görülmektedir (20). Buna paralel olarak, alanda yer alan söz konusu birimlerde, gerek oluşturulan terapötik ortam gerekse sunulan bakım hizmetleri açısından bir standardizasyonun olmadığı bilinmektedir. Öyle ki, alanda uzmanlaşmamış ve adli psikiyatri hastasına yaklaşım, terapötik ortam oluşturma gibi konularda yeterli ölçüde bilgi ve beceriye sahip olmayan hemşirelerin, hasta hemşire ilişkisinin gelişimini önleyen ve

profesyonel rollerini yerine getirmelerini engelleyen bireysel karakterlere, kişisel inanışlara, korkulara ve stereotiplere sahip olmaları yüksek bir olasılıktır (27, 62). Dolayısıyla, bu yaşam deneyimleri, mitler, stigmalar (etiketlemeler) ve kültürel etkiler hemşirelerin hastaya yanıtını şekillendirir ve bu da hastaların yeterli ve etkin bir sağlık hizmeti almasına engel olur (62). Kaliteli, etkin ve yeterli bir bakım hizmeti alamayan birçok adli psikiyatri hastası, bir süre sonra tam olarak tedavi edilmeksizin, ya topluma karışacak ya da insanlık dışı bir ortamda ömrünü tüketecektir. Bu durum, bu hastaların eylemlerinin kurbanı olan bireyleri ve ailelerini ruhsal olarak doğrudan etkileyerek, toplumdaki bireylerin insanlık onurunu inciterek ve derin yaralar açarak, toplumun ruh sağlığını ve toplumun geleceğini de olumsuz yönde etkileyecek ve topluma zarar verecektir. Bundan dolayıdır ki; hemşirelerin adli psikiyatri hastasına yönelik sahip olduğu tutumlar doğrudan veya dolaylı olarak toplumu etkileyen ve çözümlenmesi gereken bir problem alanıdır.

Bu çerçeveden bakıldığında, bu sorunların aşılması ve adli psikiyatri hastalarına uygun, yeterli ve kaliteli bir bakımın sunulabilmesi için, adli psikiyatri birimlerinde çalışan veya çalışacak hemşirelerin, adli psikiyatri hastasına yönelik görüş, inanç ve tutumlarının belirlenmesi gerekmektedir. Farklı kültürlerde, hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına ve bu hastalarla çalışmaya yönelik görüşleri, açık ve kapalı uçlu olarak hazırlanmış çeşitli anket formları ile incelenmiş olmasına karşın (40, 95, 97, 102, 109, 119), bu konuda hemşirelerin görüşlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş standart bir ölçek formu bulunmadığı görülmektedir. Literatürde hemşirelerin tutuklulara karşı görüşlerinin incelendiği bir çalışma yer almaktadır: Shields ve Moya (1997) islahevinde çalışan 146 hemşirenin hapisanedeki tutuklu bireylere karşı görüşlerini, Melvin, Gramling, and Gardner tarafından 1985 yılında geliştirilen ve 36 maddeden oluşan *“Tutuklulara Karşı*

Tutum Ölçeği (Attitudes Towards Prisoners Scale (ATPS)) ile incelemiştir (103, 135). Ancak, bu ölçek, hem adli psikiyatri hastalarına yönelik geliştirilmiş bir ölçek değildir hem de geliştirildikten sonra kullanıldığı çalışmalarda, daha sıklıkla polislerin, hapishane çalışanlarının ve toplumun tutuklulara karşı tutumunu değerlendirmek için kullanılmıştır (103, 107, 111, 135). Ayrıca, bu konuda yurt dışında geliştirilmiş olan anket formları, kültürel ve hukuksal olarak toplumsal norm, değer ve bakış açımızı tam olarak yansıtamamakta ve değerlendirmelerde sınırlılıklar yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle, ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde bakım veren hemşirelerin, adli psikiyatri hastalarına yönelik görüş, inanç ve tutumları tespit etmek için standart bir tanılama aracı geliştirme gerekliliği doğmaktadır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırma, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde çalışan hemşirelerin, adli psikiyatri hastasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla bir ölçek geliştirmek ve geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmak amacıyla planlanmıştır.

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Adli psikiyatri birimlerinde olan ve ruhsal açıdan yeterliğinin olup olmadığı bilinmeyen ve suç işleyen bireylerin, herhangi bir ruhsal bozukluğunun olup olmadığını değerlendirmek ve ruh sağlığı bozuk olduğu saptanan bireylerin ise fiziksel ve ruhsal değerlendirmelerini yapmak, tedavi ve bakımlarını sağlamak adli psikiyatri birimlerinde çalışan ve bu alanda uzmanlaşmış sağlık çalışanlarının görevi

ve sorumluluğudur (51, 89, 91, 94). Bu alanda çalışanların özellikle hemşirelerin, genel psikiyatri çalışanlarının sahip olduğu bilgi ve becerilere ek olarak, suç davranışlarını ele alma becerilerine de sahip olması gerekmektedir (27, 89, 91, 93, 94). Ancak ülkemizde, söz konusu alanda ilgili tedavi ve bakımı sunacak yeterli sayıda ve donanımda hemşire olmadığı için, söz konusu tedavi ve bakım, psikiyatri alanında çalışan hemşireler tarafından sunulmaktadır.

Bu nedenle, adli psikiyatri birimlerinin yer aldığı ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde çalışan hemşireler, gerek yasal, gerek mesleki sorumlulukları gereği (27, 94) suç işleyen ve ruh sağlığı bozuk bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlık gereksinimlerini tanılamada ve gerekli bakımı sunmada oldukça önemli bir konuma sahiptirler.

Adli psikiyatri birimlerinde kalan hastalara etkin bir bakım ve tedavi sunmanın en önemli gerekliliklerinden biri, sağlık çalışanları ile adli psikiyatri hastası arasında terapötik bir ilişki oluşturabilmektir (94). Terapötik bir ilişki geliştirmenin en önemli koşulu ise, sağlık çalışanlarının hasta ile olan ilişkisinde, tedavi edici niteliği bozan, kişisel tutum ve inançlarına yönelik farkındalığının olmasıdır (27, 94).

Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda, adli psikiyatri bakımında yer alan sağlık çalışanlarına özellikle hemşirelere ait güçlü hislerin, hemşirelerin profesyonel rollerini yerine getirmesini önleyebileceği (27, 94, 159) ve bu hislerin hemşirelerin kendi yaşam deneyimlerindeki parametrelerden kaldırılmasının gerekliliği vurgulanmıştır (94).

Bu özden hareketle, ülkemizde ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde çalışan hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik görüş, inanç ve tutumlarının belirlenmesinin gerekli olduğu söylenebilir. Ancak, dünyada ve ülkemizde hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını değerlendirmek amacıyla

geliştirilmiş standart bir ölçek formu bulunmamaktadır. Bu nedenle bu alanda geliştirilecek ölçek, adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumların belirlenmesinde önemli bir araç olup, bu konuda literatür için ilk ve yeni bir ölçek olacaktır. Ayrıca, söz konusu ölçek, adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumların belirlenmesinde ve bu doğrultuda hemşirelere yönelik gerekli hizmet içi programların düzenlenmesinde yol gösterici olacaktır. Böylece, ilgili eğitimlerle bilinçlenen hemşireler, adli psikiyatri hastalarına yaklaşımda, fiziksel ve ruhsal bakım ile tedavi hizmetlerinin sunumunda daha başarılı olacaktır. Dolayısıyla ölçek, adli psikiyatri hastalarına yönelik hemşirelik bakım ve tedavi hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesine de katkı sağlayacaktır.

1.4. HİPOTEZLER

H₁₁ = Hemşirelerin, adli psikiyatri hastasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla hazırlanan ölçek geçerli bir ölçektir.

H₂₁ = Hemşirelerin, adli psikiyatri hastasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla hazırlanan ölçek güvenilir bir ölçektir.

1.5. TANIMLAR

Tutum: Bireyin kendine ve çevresindeki herhangi bir toplumsal konu, obje ya da olaya karşı deneyim, motivasyon ve bilgilerine dayanarak örgütlediği, bilişsel, duygusal ve davranışsal bir tepki, ön eğilimdir. Tutumun bilişsel, duygusal ve davranışsal (edimsel) olmak üzere üç bileşenden oluştuğu kabul edilir (147).

Adli Psikiyatri: Yargı uygulamaları ve yönetim süreçlerinde yalnızca psikiyatri bilgi ve meslek alanının karşılaşılabileceği gereksinimlerle tanımlanmış, hukuk ve psikiyatri birimlerinin uygulamada buluştukları, iletişim ve işbirliği içinde buldukları bir bilgi ve uygulama alanıdır (94).

Adli Psikiyatri Birimi: Ruh sağlığı bozuk olan ve suç işleyen kişilerin gözlenip değerlendirilmesi, bakım ve tedavisinin sağlanması için güvenli, destekleyici bir çevrenin olduğu ve spesifik bilgi ve beceriye sahip olan sağlık personelinin çalıştığı terapötik bir ortamdır (97).

Adli Psikiyatri Hastası: Bu araştırmada, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri'nin yataklı tedavi birimlerine "gözetim ve tedavi" amacı ile yatışı yapılan bireyler adli psikiyatri hastası olarak değerlendirilmiştir. Bu bilgi doğrultusunda, *adli psikiyatri hastası*; suç işleyen ve ruhsal açıdan yeterliğinin olup olmadığı bilinmeyen ve bu nedenle herhangi bir ruhsal bozukluğunun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla, Türk Ceza Kanunu (TCK)'nun 57. maddesine istinaden adli psikiyatri birimine yatışı yapılan ya da suç işleyen ruh sağlığı bozuk olduğu için fiziksel ve ruhsal sağlık bakım ve tedavilerinin yapılması için, TCK'nun 32. ve 57 maddesi uyarınca adli psikiyatri birimlerine yatışı yapılan bireylerdir (91, 97, 126).

Adli Psikiyatri Hemşiresi: Psikiyatri hemşireliğinin bir alt dalı olarak gelişen, suç işleyen ve yasal problemi olan psikiyatri hastalarının bakımı ile ilgili özel bir hemşirelik alanıdır (9).

1.6. SINIRLAMALAR

Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde raporlu veya izinli olan, görevde olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hemşireler araştırma kapsamına alınmamıştır.

Ölçek geçerliliği için yapılan uyum geçerliliği çalışmasında, literatürde adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumları belirlemek amacıyla geliştirilmiş paralel bir form bulunmaması sebebiyle, psikiyatri hastalarına yönelik inançları belirlemek amacıyla geliştirilen alternatif bir form (*Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği*) kullanılmıştır.

Ölçek güvenirliği için yapılan test-tekrar test güvenirlik analizinde, araştırma kurumlarına ikinci kez ulaşım güçlüğünden dolayı, ölçeğin tekrar test uygulaması kurumların eğitim hemşireleri tarafından yürütülmüştür.

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1. TUTUM VE TUTUM KAVRAMINI AÇIKLAYAN KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

Tutum, birçok psikolojik değişken (zeka, güdü gibi) gibi, bileşik, doğrudan gözlenemeyen, gözlenen bazı davranışsal göstergelerle vardanan kuramsal bir değişkendir (50). Tutumların nasıl geliştiği ve değiştiği üzerine yoğunlaşarak, tutumlar üzerindeki toplumsal etki ve bilişsel yapı süreçleri ve bunların davranış üzerine nasıl etki ettiği anlaşılabilir (58).

1.7.1.1. TUTUM

Bilimsel olarak incelenmesi 19.yy'da başlayan tutum, Latince olan kökeninde "harekete hazır" anlamına gelmektedir. Sosyal bilimlerdeki birçok kavram gibi tutum kavramıyla ilgili tam bir görüş birliği olmadığı için, her bir tutum tanımı, tutumun ne olduğuna ilişkin farklı kavramlaştırmalar içerebilmekte veya tutumun farklı yönünü vurgulamaktadır (147).

Allport (1935), tutumu; "yaşantı ve deneyimler sonucunda oluşan, ilgili olduğu bütün nesne ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerine yönlendirici etkiye sahip, durumsal ve sinirsel bir hazırlık durumu" olarak tanımlamıştır. Allport, bir tutumu temelde belirli bir yönde davranmaya hazırlık veya eğilim olarak görmüş ve tutumun davranış konusunda verebileceği bilgileri vurgulamıştır (50, 58).

Doob (1947) ise tutumu, "bireyin içinde yaşadığı toplumda, önemli olduğu düşünülen örtülü ve güdüleyici bir tepki" olarak tanımlamıştır. Doob, sonuçlarından çok, bir tutumun ne olduğu üzerinde durmuştur (50, 58).

Trafimow ve Fischbein ise, tutumların davranışlar ile ilgili pozitif veya negatif verilmiş evrensel yargılar olduğunu ileri sürmüşlerdir (151)

Türkiye’de yapılmış tutum tanımları ise şöyledir:

Ezel ve Bilgin tarafından belirtildiği üzere, İnceoğlu tutumu, “*bireyin kendine ve çevresindeki herhangi bir toplumsal konu, obje ya da olaya karşı deneyim, motivasyon ve bilgilerine dayanarak örgütlediği, bilişsel, duygusal ve davranışsal bir tepki, ön eğilim*” olarak tanımlamaktadır (25, 147). Ezel’in ifade ettiği üzere, Özgüven ise, “bireylerin belirli bir kişiyi, bir grubu, kurumu veya bir düşünceyi kabul ya da reddetme şeklinde gözlenen, duygusal bir hazır oluş hali veya eğilimi” olarak ifade etmektedir. Ülgen tarafından da tutum, “öğrenmeyle kazanılan, bireyin davranışlarına yön veren, karar verme sürecinde yanlılığa neden bir olgu” olarak tanımlanmaktadır (147).

Günümüzde daha yaygın olan bir tanıma göre ise tutum, herhangi bir nesne, fikir ya da kişiye karşı bir tutum, *bilişsel ve duygusal öğeleri bulunan ve davranışsal bir eğilim içeren oldukça kalıcı bir sistemdir*. Bilişsel öğe, tutumun nesnesine ilişkin inançlardan oluşur; duygusal öğe inançlara bağlanmış duygulardan oluşur ve davranışsal eğilim, belirli bir yönde “tepki göstermeye” hazırlıktır (58).

Tutumunu açıklamaya çalışan tüm tanımlar birlikte değerlendirildiğinde, tutumla ilgili özellikler şöyle sıralanabilir (69, 147):

- * Tutumlar doğuştan gelmez, sonradan yaşanarak kazanılır. Birey toplumsallaşırken kültürel olarak kazanır. Başka bir ifadeyle, tutumlar yaşantılar yoluyla öğrenilir.
- * Tutumlar geçici değildir, belli bir süre devamlılık gösterirler. Yani bireyler yaşamlarının belli dönemlerinde aynı düşünceye sahip olurlar.
- * Tutumlar, birey ve obje arasındaki ilişkide bir düzenlilik olmasını sağlar. Öğrenme süreci içinde derece derece biçimlendiğinden, insanın çevresini anlamasına da yardımcı olurlar.

- * İnsan-nesne ilişkisinde, tutumların belirlediği bir yanlılık ortaya çıkar. Birey bir nesneye ilişkin bir tutum oluşturduktan sonra, ona yansız bakamaz.
- * Bir nesneye ilişkin olumlu veya olumsuz bir tutumun oluşması, ancak o nesnenin başka nesnelere karşılaştırılması sonucu mümkündür.
- * Kişisel tutumlar gibi toplumsal tutumlar da vardır. Toplumsal tutumlar, toplumsal değer, grup ve nesnelere yönelik tutumlardır.
- * Tutum bir tepki şekli değil, daha çok bir tepki gösterme eğilimidir. Başka bir anlatımla, tutumlar tepkide bulunmaya ilişkin bir eğilimdir.
- * Tutumlar olumlu ya da olumsuz davranışlara yol açabilir.

Günümüzde genel kabul gören, tutumun bilişsel, duyuşsal ve davranışsal (edimsel) olmak üzere üç bileşenden oluştuğu ve bu bileşenler arasında genellikle bir iç tutarlılık olduğu fikridir (50, 147).

Tutumun çok bileşenlilik kavramlaştırmasına göre, bir kişinin tutum nesnesine ilişkin inançları, bilgi yapıları, algısal tepki ve düşünceleri *bilişsel bileşen*; duyu ve heyecansal tepkileri (hoşlanma- hoşlanmama boyutunda) *duyuşsal bileşen*; açık edimleri ve davranış eğilimleri ise *davranışsal bileşen* olarak görülür (24, 50).

Tutumlar ile bilgiler arasında bir ayırım yapmak önemlidir. İkisini bir çizgiyle kesin olarak birbirinden ayırmak güç olmakla birlikte, tutumların ayırt edici ana özellikleri değerlendirme ya da duyu ögesi içermeleridir. *Örneğin*; bir bilim adamı Dünya ile Ay arasında 250 bin millik bir yolun bulunduğu ya da insan hücresinde 46 kromozomun olduğuna inanır. Ayrıca, Ay ve kromozomlar hakkında diğer gerçeklerden oluşan bilgiler yumağına sahiptir. Ancak, çoğu koşul altında, her ikisine karşı da bir duygusu yoktur; Ay'ın iyi veya kötü olduğunu düşünmez, kromozomları

sevmez ya da onlardan nefret etmez. Bunun tersine zehirli gaz hakkında bilgisi vardır ve buna yönelik ayrıca duyguları da vardır (58).

Bilgiler ile tutumlar, birbirinden biraz farklı işlev gördüklerinden dolayı bu ayırım önemlidir. Aralarındaki temel farklılık, tutumların bir kez geliştikten sonra değişime karşı çok daha dirençli olmalarıdır. Tutumlar, genellikle yeni bir gerçek karşısında kolay kolay değişmez ve bu açıdan bilgilerle karşılaştırıldığında daha karmaşıktırlar. İnsanlar, tutumlarını direnmeden ve küçümsenemeyecek ölçüde güçlü bir baskı ile karşılaşmadan değiştirmezler. Ancak, tutumlar, bireyin deneyimleri ve edindiği bilgilerin örgütlenmesi ile oluştuğundan ve örgütlenme belli değerlendirme süreçlerine bağlı olduğundan, söz konusu deneyim ve bilgiler biçim değiştirdiğinde tutum da değişebilmektedir (58, 147).

Bilişsel Öge: Tutumların bilişsel öğeleri, tutum nesnelere ile ilgili gerçeklere dayanan bilgi ve inançlardan oluşmaktadır. Bunlar bireylerin, çevredeki tutum nesnelere hakkında edindikleri bilgileri temsil etmektedir. Tutum ögesi ile ilgili bilgi, bireyin bu konu ya da konular grubu ile ilgili deneyim geçirmesi sonucunda elde edilir. Bireyin önce bu tür bir uyarıcının ya da uyarıcılar grubunun var olduğunu doğrudan ya da dolaylı olarak öğrenmesi gerekir (18, 147). Varlığı bilinmeyen bir konuya yönelik tutum oluşmaz. Tutum nesnesi hakkındaki bilgiler ne kadar gerçeklere dayanıyorsa, onunla ilgili tutumlar da o kadar kalıcı olur (69, 147). Tutum nesnesi ile ilgili bilgi değiştiğinde, tutum da değişir (18, 147).

Bilişsel öge, bir inanç ifadesinin kabul edilmesidir; başka bir anlatımla tutum nesnelere hakkındaki inançlarımızı içerir (147). Bir tutum, olumlu veya olumsuz değerlendirmelerdir ya da duyguları da (duygusal öge) içeren, bütünü, merkezi bir

konu veya nesneyle ilgili bir düşünce, inanç ve bilgiler (bilişsel öge) toplamıdır. Bu duygu ve bilgi toplamı belirli bir davranışa yol açma eğilimindedir (58).

Kişinin belleğinde, tutumun merkezindeki nesnenin çevresinde, yine o nesneyle ilgili bilişler toplanmıştır. Bu bilişler, nesneyi ve onun diğer nesnelere olan ilişkilerini betimler. İlişkiler, değişik ve sayıları çok olabilir. Çevredeki bilişler, yalnızca merkezdeki nesnenin betimlemeleri veya özellikleri olabilir. Gerçek bilişler topluluğu, kişinin bir duruma ilişkin bütün düşüncelerini içine alır (58).

Duygusal Öge: Tutumun bireyden bireye değişen ve gerçeklerle açıklanamayan, hoşlanma-hoşlanmama yönünü oluşturur (19). Başka bir anlatımla, duygusal ögeler olumlu ve olumsuz etkiler içerir. Bir nesne ile ilgili görece olarak devamlı bir duygudur (147). Tutum nesnesine olumlu ya da olumsuz duygular beslemek önceki deneyimlere bağlıdır (69, 147).

Tutumla ilişkin, birbirinden ayrı bilişsel öğelerden her birine ve merkezdeki nesneye bağlı olumlu veya olumsuz duygular vardır. Nesnelere ve insanlara ilişkin kavramlaştırmalardaki değişkenliğin çoğu, yalın bir değerlendirme ögesiyle temsil edilmektedir. Bireyin bir tutuma ilişkin üzerinde düşündüğü şey (bilişsel öge) ne kadar karmaşık olursa olsun, bireyin ona ilişkin kavramlaştırması ya da ona karşı tepkisi, büyük ölçüde olumlu veya olumsuz (sevmek veya sevmemek) olmaktan ibarettir (58).

Freedman ve arkadaşları tarafından belirtildiği üzere, Anderson ve Hubert, duygusal öğenin bilişsel öğeden daha kalıcı ve merkezi olduğunu vurgulamış ve tutum değişikliğine yol açan içerik unutulduktan sonra bile, duygusal öğenin ısrarlı bir biçimde kalıcı olduğunu göstermişlerdir. Dolayısıyla, bir tutumun bir bütün olarak yapısı karmaşık olmakla birlikte, önemli bir parçası olan duygulardan oluşan

parçası, genellikle çok yalındır. Bir tutumun bilişsel açıdan karmaşıklığı ile değerlendirme boyutuna ilişkin yalınlığı arasındaki çelişki çok önemlidir. Tutumun görece yalın olan değerlendirme (duygusal) ögesi, davranışın temel belirleyicisidir. Davranışların ayrıntılarını, insanların sahip oldukları bilgiler etkilemekle birlikte, davranışların genel yönünü, temelde kişilerin genel değerlendirmeleri (duygusal ögeleri) etkilemektedir (58).

Duygusal öge, aynı zamanda bireyin değerler sistemi ile yakından ilgilidir (69, 148). Tutum nesnesinin bireyin amaçlarına hizmet edip etmemesi olumlu ya da olumsuz duyguların doğmasına neden olur (147).

Değerler, bir sosyal grubun veya toplumun kendi varlık, birlik, işleyiş ve devamını sağlamak ve sürdürmek için üyelerin çoğunluğu tarafından doğru ve gerekli olduğu kabul edilen, onların ortak duygu, düşünce amaç ve menfaatlerini yansıtan, genelleştirilmiş ahlaki ilke ve inançlardır. Değerler ulaşılması gereken hedefleri temsil eder (18). Toplum değerleri bireylerin ve birey gruplarının ilişkilerinin sonucu ortaya çıkar. Değerler kişinin tutumunu biçimlendirir (69, 134).

Tutumları inanç, gerçek ve değerlerden ayıran en önemli özellik, tutumların duygusal bileşeninin olmasıdır (105). Tutumların duygusal ögesi, bireyin tutuma konu olan olay veya nesnelere karşı heyecanını içermektedir. Tutuma süreklilik kazandıran, tutumun itici veya şekillendirici olan yönü bu duygusal ögesidir (49). Tutumlar çoğu kez görüş bildirerek ifade edilir. Örneğin; Portakala bayılırim gibi (147).

Davranışsal Öge: Bireyin belli bir uyarıcı grubundaki tutum nesnesine ilişkin davranış eğilimini yansıtır. Söz konusu davranış eğilimleri, sözler ya da diğer

hareketlerden gözlenebilir. Bu davranışlar bireyin alışkanlıkları, normları ve söz konusu tutum nesnesi ile doğrudan ilişkili olmayan tutumlarının da etkisi altındadır. Bu nedenle iki tür davranıştan söz edilir: Duygusal davranış; tutum objesinin hoşagiden ve gitmeyen bir durumla ilişkilendirilmesi sonucu ortaya çıkar. Normatif davranış ise, doğru davranışın ne olduğu konusundaki inançlara dayalı davranıştır. Bu normlar küçük gruplar ya da alt kültürlerin birey davranışı üzerindeki etkisidir. Bireyin bağlı olduğu grup ya da alt kültürde, bir davranış doğru olarak görülüyorsa, birey bu davranışı hoşuna gitmese de yapar (74).

Davranışın temelinde, olumlu veya olumsuz duygu ve ilişki kurma ya da kurmama çabası olmak üzere iki boyut vardır. Bu da tutum nesnesine yaklaşma, karşı koyma, kaçınma gibi üç davranış şekline neden olur. Herhangi bir davranışın tutum nesnesine ilişkin;

- * Belirli ölçüde ilişki arama ya da ilişkiden kaçınma eğilimi
- * Belirli ölçüde olumlu ya da olumsuz duygu içerdiği düşünülebilir.

En ileri yaklaşma biçimi olumlu ve olumsuz yaklaşma, en az yaklaşma durumu ise tutum nesnesinden kaçmak şeklinde olur (49).

Tutum varlığı, onu yansıttığı varsayılan bir takım gözlenebilir davranışlardan anlaşılabilir. Herhangi bir tutum nesnesine ilişkin bir davranış söz konusu olmadığında, bireyde tutum gizli de olsa, çevresindeki bireylerce gözlemlenemeyeceğinden varsayılmaz (18).

Bir tutum, bireyin düşünce, duygu ve davranışlarını birbirleri ile uyumlu kılarak etkiler. Bu üç öge, yerleşmiş, güçlü tutumlarda tam olarak bulunur. *Örneğin*; “Portakalda birçok vitamin vardır” (*Bilişsel*), “Portakala bayılırım” (*Duygusal*), “Her sabah bir portakal yerim.” (*Davranışsal*) (147). Zayıf tutumlarda, özellikle davranışsal öge çok zayıf olabilir. Tutum, bireyi davranışa hazırlayıcı karmaşık bir

eğilimdir. Bunun sonucu, bireyin çevresindeki çeşitli nesnelere ilişkin beslediği duyguları, o nesnelere ilgili düşünceleri ve bilgileri ve onlara yönelik davranışları devamlılık ve düzenlilik gösterir (79).

Tutumların iki özelliği unutulmamalıdır. Bunlardan ilki, bilişsel öğenin karmaşıklığı ile değerlendirme boyutunun ya da duygusal öğenin yalınlığı arasındaki çelişki, diğeri ise, tutumun bütün öğelerinin buldukları konumda, kendi aralarında ilişkide olmaları ve her öğenin bu nedenle tutumun bütünü ve diğer öğeler üzerinde etkili olmasıdır (58).

1.7.1.2. TUTUMLARIN OLUŞMASI VE DEĞİŞMESİ

Tutumların kökeni çocukluğa dayanmakta ve genelde doğrudan deneyim, pekiştirme, taklit ve sosyal öğrenme ile edinilmektedir (69, 79). Edinilen tutumların temel kaynağı kişisel deneyimlerden çok, anne babalardır (69, 147). Ezel tarafından belirtildiği üzere, bir çok araştırma, anne babanın ve çocukların tutumları arasında yüksek korelasyon olduğunu ortaya çıkarmıştır. Jenings ve Niemi tarafından 1699 lise öğrencisi ile yürütülen bir çalışmada, öğrencilerin % 74'ünün anne babalarının bağlı olduğu din veya mezhebe bağlı olduğu ve % 60'ının anne babalarıyla aynı parti tercihi yaptıkları saptanmıştır (147).

Çocuklar büyüdükçe anne babaların onların tutumları üzerindeki etkisi azalmakta (70) ve özellikle ergenlik döneminin başlamasıyla diğer sosyal etkenlerin rolü giderek fazlalaşmaktadır. Ancak, genel olarak bakıldığında, anne babalar ile çocukların tutumları arasındaki benzerlikler, farklılıklardan daha fazladır (147).

Bir bireyin tutumlarının büyük kısmı, 12 ile 30 yaş arasındaki dönemde (ergenlik ve ilk yetişkinlik dönemi) son şeklini almakta ve daha sonra çok az değişmektedir (70, 147). Tutumların kristalleştiği bu süre, kritik dönem olarak

adlandırılmaktadır (147). Kritik dönem boyunca, tutumların oluşmasında üç ana etken rol oynamaktadır; akranlar, kitle haberleşme araçları ve diğer kaynaklardan edinilen bilgi ve eğitimidir (69, 147).

Gözlem, koşullanma ve bilişsel öğrenme gibi farklı yollarla edinilen tutumlar sosyal deneyimlerle şekillenmektedir. İnsanlar sürekli birbirlerinin tutumlarını değiştirmeye çalışmalarına rağmen tutumlar değişime direnç gösterme eğilimindedir. Bu dirence karşın, tutumlar yavaş olmakla birlikte yeni bilgi ve deneyimler edindikçe değişmektedir(105, 147). Tutum değişiminde üç faktör önemlidir (70, 105, 147):

- * *Mesajın kaynağı*; mesajı gönderen kişinin güvenilirliği, ikna edici olması, sevilen biri olması gibi
- * *Mesajın kendisi*; Mesajın bir teklif ya da tehdit içermesi gibi
- * *Mesajı alan kişi*; Mesajla aynı fikre veya karşıt fikre sahip olan ya da kolay ikna edilebilir bir kişi olması gibi.

1.7.1.3. TUTUM KAVRAMINI AÇIKLAYAN KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

Tutumların oluşum ve değişimlerine ilişkin temel kuramsal yaklaşımlar şöyledir (58):

- 1- Koşullanma ve pekiştirme
- 2- Özendiriciler ve çatışma
- 3- İşlevselcilik
- 4- Bilişsel tutarlılık
- 5- Sosyal yargı yaklaşımı

Koşullanma yaklaşımı tutumları öğrenilen her şey gibi, alışkanlıklar olarak görmektedir. Öğrenmenin başka biçimleri için, geçerli olan bütün ilkeler tutumların biçimlenmesini de belirler. *Özendiriciler* kuramına göre bir kişi kazanımlarını en

yüksek düzeye çıkararak tutumu benimser. Bir sorunun her yönünü de doğru gösteren nedenler vardır ve birey açısından nedenleri güçlü olan taraf benimsenecektir. Bu yaklaşım kazanımların en yüksek düzeye çıkarılması temeline dikkat çeker. Bu yaklaşımın değişik bir biçimi *işlevselcilik* ise, tutumları birey için gördükleri işlev ya da sağladıkları yarar açısından ele alır. Son olarak, *bilişsel tutarlılık* kuramı, insanların bilişleri ile davranışları arasında tutarlı ilişkiler kurma eğiliminde olduklarını ileri sürer. Var olan tutumlarla tutarlı olan görüş ve tutumların benimsenme eğilimini vurgular. Bu kurama göre, bireyler genel bilişsel yapılarına uyum tutumları kabul etme eğiliminde olurlar. Bu dört yaklaşım birbirleriyle çelişkili veya tutarsız değildir. Her biri farklı bir kuramsal yönelimi temsil eder ve temel olarak tutumun biçimlenme ve değişimini açıklarken vurgu yaptıkları noktalarda ayrılıklar gösterir (58).

1.7.1.3.1. KOŞULLANMA VE PEKİŞTİRME YAKLAŞIMI

Koşullanma ve pekiştirme yaklaşımının altında yatan temel varsayıma göre tutumlar, büyük ölçüde diğer alışkanlıklar nasıl öğreniliyorsa, öyle öğrenilir. Bu yaklaşıma göre, insanlar tıpkı bilgileri ve olguları öğrendikleri gibi, bu olgulara bağlı duygu ve değerleri de öğrenirler (58, 108). Birey tarafından, hoş deneyimlerle ilişkilendirilmiş nesnelere, insanlar ve olaylar olumlu değerlendirilirken, hoş olmayan deneyimlerle ilişkilendirilenler olumsuz olarak değerlendirilir (147).

Bu kurama göre, bir nesne, kişi ya da fikrin nitelik ya da özelliklerini öğrenmek, tutum geliştirmenin önemli bir yönüdür (147). Tutum bizzat deneyimleme sonucu bir nesneye karşı oluşan açıklamalarla öğrenilir. Bir nesneye hem karşı olma, hem de desteklenme davranışının tekrarlanma sıklığıyla tutumlar edinilir. Başka bir ifadeyle, tutumlar ne kadar çok deneyimlenirse, bellekte o kadar kalıcı olur. Böylece

deneyimleme sayesinde iyi tanımlanmış bir tutum ortaya çıkar (21, 55). *Örneğin*; Bir çocuk belirli bir hayvanın bir köpek, köpeklerin dost ve iyi hayvanlar olduğunu öğrenir; son olarak da köpekleri sevmeyi öğrenir. Çocuk bu tutumu, başka türden öğrenmeleri kontrol eden, aynı süreç ve mekanizmalar aracılığıyla öğrenir. Buna göre, öğrenmeyi oluşturan temel süreçler, tutumların gelişimine de doğrudan uygulanabilir (58).

Bu yaklaşıma göre, bir birey, bir tutum geliştirirken, *çağırışım*, *pekiştirme* ve *taklit* yoluyla bilgi ve duyguları öğrenir (58, 69, 108). Bir nesne, kişi ya da fikrin nitelik ya da özelliklerini öğrenmek, öyle görünüyor ki tutum geliştirmenin önemli bir yönüdür. *Örneğin*, Normal Anderson, yaptığı bir deneyde, bir kişiye ilişkin bir dizi özelliği sıraladıktan sonra, deneklerden bu kişiye ilişkin izlenimlerini istediğinde; deneklerin izlenimlerinin, verilen özellikler (sıcak, arkadaş canlısı, zeki, hırslı, cesur ve benzerleri) temelinde oluştuğunu görmüştür. Buna göre, özellikleri öğrendikten sonra denekler, bir anlamda tutumu da öğrenmişlerdir (58).

Tutumların öğrenilmesi, ayrıca pekiştirme yoluyla olur. *Örneğin*; bir kişi, bir uyuşturucu alıp hoş bir yaşantı geçirirse uyuşturucuyu alma eylemi pekiştirilmiş olur. Olasılıkla, kişi gelecekte uyuşturucu kullanmaya daha eğilimli hale gelir. Benzer biçimde, eğer birisi “uyuşturucular harika” der de, bir başkası onu alkışlarsa bunları söyleme davranışı pekiştirilmiş olur. Sonra her iki eylem de (uyuşturucu alma ve uyuşturucuların iyi olduğunu söyleme), bir tutumu biçimlendiren bir bütünün parçası olur (58).

Tutumlar, son olarak, taklit yoluyla da öğrenilir. İnsanlar başkalarının özellikle güçlü ve önemli insanların davranışlarını taklit eder. Çocuklar ise, ana babalarını taklit ederler ve bu taklit hem davranışları hem de tutumları içerir (58).

Çağrışım, pekiştirme ve taklit, tutumların öğrenilmesinde temel mekanizmadır. Sonuç olarak, bu yaklaşım, tutumların edinilmesi konusundaki en güçlü ve görece yalın bir yaklaşımdır. Koşullandırma ve pekiştirme yaklaşımı, bireyi temelde edilgen olarak ele alır. Birey uyaranlar tarafından etkilenir, öğrenme süreçlerinden birinin aracılığıyla öğrenir ve bu öğrenme tutumunu belirler. Sonuçta ortaya çıkan tutum, bireyin edinmiş olduğu bütün çağrışımları, değerleri ve diğer bilgi parçalarını içine alır (58).

1.7.1.3.2. ÖZENDİRİCİLER VE ÇATIŞMA YAKLAŞIMI

Özendiriciler ve çatışma üzerine yapılandırılmış kuram, özellikle tutum değişikliğini açıklamada etkilidir. Gerçekten öğrenme ilkeleri ve özendiriciler açısından yapılan açıklamalar tutum değişikliğindeki çalışmaların birçoğunda yaygın olarak yer almaktadır (58).

Erekler ve çatışma kuramı olarak da adlandırılan bu kuram, tutum değişikliğine bir yaklaşma ve uzaklaşma açısından bakar. Bir bireyin, bir konumu kabul etmesi için belirli nedenleri vardır. Onu reddedip, bir diğerini kabul etmesi içinse başka nedenleri vardır. Özendiriciler kuramına göre, bu özendiricilerin görece güçleri onun tutumunu belirleyecektir. Tutum değişikliği, yalnızca, kişi yeni tutumu benimsemek için, eskisini sürdürmek için olduğundan daha fazla özendirici bulursa gerçekleşecektir (58, 147).

Bu görüş, tutumun olumlu ve olumsuz öğelerin toplamı tarafından belirlendiğini ileri süren koşullanma görüşüne benzemektedir. Aralarındaki fark, özendiriciler kuramının, belirli bir konumu benimsemeyen bireyin, kazanıpkaybettikleri üzerine vurgu yapmasıdır. Bu görüşe göre, bir birey, çatışan amaçları olduğunda, kazancını en üst düzeye çıkaran konumu benimser. Koşullanma

yaklaşımından farklı olarak, kazanç ve kayıpları içermeyen bilişsel öğeler görece önemsizdir (58).

1.7.1.3.3. İŞLEVSELÇİLİK (FUNCTIONALİSM) YAKLAŞIMI

İşlevselci yaklaşım da, özendiriciler ve çatışma yaklaşımı gibi tutum değişikliğini açıklamada etkilidir. İşlevci yaklaşıma göre, birey kendisi için gördüğü psikolojik işlev ya da sağladığı yararı göz önüne alarak, bir tutumu seçer ya da reddeder (ilk tutumunu seçer ya da yeni bir tutuma geçer) Bu yaklaşıma göre, bir tutumun şu işlevleri varsa birey tarafından benimsenebilir (58, 79, 147):

- * Bir tutum, bireyin bir amacına ulaşmasında araç işlevi gördüğü için benimsenir.
- * Bir tutumun değer-açıklayıcı işlevi varsa benimsenir. Tutumların, bir kişisel değer açıklama, kişisel değer ortaya koyma işlevi vardır. Bireyin kendisine ilişkin imgesinin bir kısmı, sahip olduğu merkezi değerler tarafından iyice sarılmıştır ve eğer tutumları bu değerlerin önem verilen bir yönünü ifade ediyorsa, birey kendini doyuma ulaşmış hisseder. *Örneğin;* birey kendisini cömert, yardımsever ve insancıl biri olarak düşünüyorsa, bu değerlerini destekleyici tutumlara (yoksul, kör ve özürlere yardım taraftarı siyasal adaylara oy verme ya da bağış kampanyalarını destekleme gibi) sahip olmak onun için doyurucu olacaktır.
- * Bir tutumun benliği savunma işlevi varsa benimsenir. *Örneğin;* Amerika Birleşik Devletleri'nde beyaz güneyli erkeklerin, zenci düşmanı olmalarının ve zenci erkekler ve beyaz kadınlar arasındaki en hafif cinsellik belirtisini bile, şiddetli bir şekilde cezalandırma davranışlarının nedeni, bu tutumun benlik savunucu bir düzenek olarak işlev görmesidir. Bu erkeklere, geçmişte, güneyli

kadınların saygın, saf ve masum; güneyli beyaz erkeklerin ise bu kadınlara cinsel yaklaşımlarında ketlenmiş oldukları söylenir. Bu ketlenmiş veya bastırılmış cinsellik, zenci erkeklere yansıtılır ve böylece siyah erkekleri ezerek, onların cinselliğini bastırarak, beyaz erkek kendi cinselliğini denetim altına alır. Bu davranış, benlik savunucu bir işlev görmüş olur.

Tutumların biçimlenme ve değişmesine işlevselci yaklaşım çok fazla araştırmaya yol açmamıştır. Birkaç çalışma, bireyin, gereksinimlerini ölçmeye ya da deneysel olarak gereksinimlerini değiştirmeye ve sonra da gereksinim giderici tutum konularını benimseyip benimsemeyeceklerini belirlemeye çalışmıştır. Ancak bu çizgideki araştırmalar destekleyici çok fazla kanıt sağlayamamıştır. İşlevselci yaklaşım çoğu kez tarihçiler, siyaset bilimciler ve sosyologlar tarafından belirli birey veya insan gruplarının sahip oldukları tutumların ne için sahip olduklarını olay sonrası açıklama yolu olarak kullanılmaktadır (58).

1.7.1.3.4. BİLİŞSEL TUTARLILIK YAKLAŞIMI

Bu kuramı geliştiren kuramcılar, insanların bilişleri arasında tutarlık gösterme eğiliminde olduklarını ve bunun tutumların gelişme ve biçimlenmesinde temel etken olduğunu varsaymışlardır (58, 69). Bu kurama göre, birbirleriyle tutarsız birçok inanç ve değere sahip olan bir birey, bunları daha tutarlı hale getirmeye çalışır. Benzer biçimde, eğer bilişleri tutarlı iken tutarsızlığa yol açacak yeni bir bilişle karşılaşmışsa, tutarsızlığı en aza indirmeye çabalar. Çünkü denge durumunda olmayan tutum yapıları rahatsız edicidir ve hoş değildir (58, 147).

Bu kuramı, *denge (tutarlık)*, *uygunluk (dengeleme)* ve *duygusal-bilişsel denge (bilişsel çelişki)* alt kuramları açıklamaya çalışır. Denge alt kuramının ana fikri,

denge olmayan bir fikrin denge yönünde değişeceği biçimindedir. Uygunluk alt kuramına göre ise, uygunsuzluk değişiklik yönünde baskı yaratır ve değişikliğin yönü tutarlılığa doğrudur. Denge ve uygunluk kuramları insanların değişik nesnelere ilişkin duygularını nasıl uzlaştırdıkları üzerinde durur. Duygusal-bilişsel denge (bilişsel çelişki) alt kuramı da, tutumun merkezindeki nesneye ilişkin duygudaki bir değişikliğin, çok sayıda bilişsel değişikliği oluşturduğu yönünde bir varsayıma dayanır. Bu çok yönlü bilişsel değişiklik, oluşturulan değişikliklerin ortaya çıkarttığı dengesizlikleri azaltmak amacıyla hizmet etmektedir (34, 58, 147).

Bilişsel tutarlık kuramları yaptıkları kestirmelerden çok, temelde açıklamaya çalıştıkları olgularda farklılık gösterir. Denge kuramı, en yaygın biçimde kişilerarasındaki çekiciliği özellikle de benzer tutumları olan iki insan arasındaki çekiciliği açıklamada kullanılmaktadır. Ayrıca bir tutumun değişik öğeleri arasındaki tutarlılığa da geniş olarak uygulanmaktadır. Uygunluk kuramı, öncelikle bir kaynakla, (iletişimci) dinleyici arasındaki görüş farkının bulunduğu etkileyici iletişim durumlarında ortaya çıkan tutarsızlığa uygulanmaktadır. Bilişsel çelişki kuramı, genel olarak bir bireyin tutumları ile davranışları arasındaki tutarsızlığı nasıl uyumlandığı üzerine yoğunlaşmaktadır. Bütün bu alt kuramlar iki ana noktada anlaşmaktadır: Bir sistemde tutarsızlık olduğunda, o sistemde daha tutarlı yapı yönünde değişme eğilimi görülür; genel olarak bireyin en kolay çözüm yolunu seçtiği kabul edilirse bu değişiklik farklı birçok yoldan sağlanabilir (58).

1.7.1.3.5. SOSYAL YARGI YAKLAŞIMI

Sosyal yargı kuramına göre, bir şeyi sevmek-sevmemek veya hoşlanmak-hoşlanmamak o şey hakkında yargı sahibi olmayı gerektirmektedir. Buna göre, kuvvetle bağlanılan bir tutumun kendinden farklı görüşleri red alanı, kabul alanından

daha geniştir. Buna karşılık, fazla kuvvetle bağlanılmamış olan tutumların farklı görüşleri kabul alanı, red alanından daha geniştir. Burada birey benzetme mekanizmasını kullanarak, o görüşleri kendi görüşüne gerçekte olduğundan daha benzer görüp, kabul etme olasılığı artmaktadır. Bu kuram tutum değişimini anlamak için temel bir çerçeve oluşturmaktadır (79, 147).

1.7.1.4. TUTUM İLE DAVRANIŞ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tutum araştırmalarında önemli tartışmalardan biri, tutumların davranışsal öğeleriyle ilgilidir. Önceleri yalın ve açık olarak kişinin davranışlarının tutumları tarafından belirlendiği varsayıyordu. Başka bir ifadeyle, tutumlar ile davranışlar arasında büyük bir tutarlılığın bulunduğu inanılıyordu. Bu doğrultuda, tutum değişikliğine gösterilen ilgi, hemen tümüyle tutumların davranışları gerçekten etkilediği varsayımından kaynaklanmış, ancak zamanla bu varsayımın ilişkin kuşkular oluşmaya başlayınca, bu doğrultuda çeşitli çalışmalar yapılmıştır (58).

Yapılan bir araştırma sonucunda Wicker; tutumların açık davranışlarla tutarsız olma olasılığının, tutarlı olma olasılığından daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Fakat bu düşünce, tutum-davranış arasındaki tutarlılığı küçümseme ya da görmezlikten gelme olarak eleştirilmiştir. Gerçekte, pek çok sayıda çalışma, Wicker'in belirttiğinden daha yüksek düzeylerde bir tutarlığa işaret etmektedir. *Örneğin;* bir çalışmada, geniş bir Tayvanlı kadınlar örneğine “Daha fazla çocuk istiyor musunuz” sorusu sorulmuş ve bunu izleyen üç yılda, “evet” diyenlerin yüzde 64’ü doğum yaparken, “hayır” diyenlerin yalnızca yüzde 19’u çocuk doğurmuştur (58).

Benzer çalışmalar, en son olarak araştırmacıları şu sonuca ulaştırmıştır: “Yapılan araştırmaların çoğu, tutum-davranış arasındaki ilişkinin olumlu yönde

olduğunu göstermektedir. Birçok psikolojik değişken gibi tutumlar da, doğrudan gözlenemeyen, kuramsal ve gizli değişkenlerdir ve varlıkları ancak sözlü ve davranışsal belirtilere dayanılarak saptanmaktadır. Tutumlar, bireyin, herhangi bir davranış ya da tepkisini yansıtmakta, birçok davranış ve tepkilerden çıkarılmaktadır (58, 148). Tutum-davranış arasındaki ilişkiye yönelik hesaplanan ilişki katsayıları, önemli ilişkisel güçlerin varlığını gösterecek düzeyde büyüktür” (58). Bu sebeple tutumlar bilindiğinde, gelecek davranışların öngörülebileceği varsayılmaktadır (25).

Tutumlardan hareketle davranışların öngörülebileceği yönündeki güçlü inanış, araştırmacıları tutumların ölçülmesi konusunda yönlendirmiştir (25). Tutum ile davranış arasında bir ilişkinin olması, sosyal bilimciler için ölçülmesi güç bir davranışı ölçme işini kolaylaştırmaktadır. Sosyal bilimciler, tutumları ölçmek sureti ile kültürel farklılıkları, sınıf farklılıklarını, oy kullanma davranışı, ırkçılık, sendikalaşma gibi toplumsal olguları inceleyebilme olanağı bulmaktadır (18, 147).

Ancak, tutumlarla davranışlar arasındaki tutarlılığı sınavan birçok araştırma ve çalışma da tutum ile davranış arasındaki tutarsızlığa işaret etmektedir. Tutum ile davranış arasındaki tutarlılığı gösteren birçok araştırmaya karşın, tutarsızlığı gösteren bu araştırmalar karşısında, herkes tarafından kabul edilen bir başka gerçek vardır ki; bu, tutum ve davranışlar arasındaki tutarlılığın derecesi durumdan duruma, zamandan zamana büyük farklılıklar gösterebilir. Bu nedenle, son yıllardaki araştırmalar, tutum ile davranış arasında daha büyük veya daha küçük tutarlılığa yol açan koşulları belirleme yönünde çalışmaktadır (58, 147).

1.7.1.4.1. TUTUM İLE DAVRANIŞ ARASINDAKİ TUTARLILIĞI ETKİLEYEN KOŞULLAR

1. Tutumun Gücü ve Açıklayıcılığı (Belirginliği): Bir tutum, daha davranış ölçülmeden ya da gözlenmeden önce değişmeyecek kadar *güçlü* ve *açık* olması yanında, davranışla özgül olarak ve doğrudan ilgili de olmalıdır (58, 69).

Tutarsızlıklar, güçsüz ya da iki yönlü duygulardan kaynaklanabilir. Freedman ve arkadaşları tarafından belirtildiği üzere, Kelley ve Mirer (1974) tarafından yapılan bir çalışmada, birçok tutum-oy verme tutarsızlığının, daha başından çatışan ya da güçsüz tutumsal tercihleri olan seçmenlerden kaynaklandığı ortaya koyulmuştur. Duygusal ve bilişsel öğeler çeliştiği zaman da davranış tutarlı olmayabilir. Freedman ve arkadaşları tarafından ifade edildiği üzere, Norman (1975), hem bir psikoloji deneyi için gönüllü olma davranışını, hem de kişinin gönüllü olmaya ilişkin tutumunu ele aldığı bir çalışmada, duygusal ve bilişsel öğelerinin tutarlı olduğu durumlarda, deneklerin tutum ve davranışların da büyük ölçüde tutarlı olduğunu, fakat duygusal ve bilişsel öğelerin çeliştiği durumlarda, bu tutarlılığın da azaldığını ifade etmektedir (58, 69).

Tutum, özellikle çarpıcı kılındığında davranışla arasındaki tutarlılığı da artmaktadır. *Örneğin;* bir konudaki tutumlar görüşülmeden önce, bireylerin o konudaki tutumları, o konudaki düşüncelerini örgütlemesi istenerek çarpıcı hale getirilebilir. Bu şekilde tutumlar, çarpıcı hale getirildiğinde, davranışla arasındaki tutarlılık da artmaktadır (58).

Tutum ile davranış arasındaki ilişki, tutum ölçümü, özgül olduğu ölçüde, artacaktır. Eğer seçilen davranış, ölçülen tutumla doğrudan ilgili değilse, güçlü bir ilişki beklenmemelidir. *Örneğin;* birçok çalışmada, bireylere Tanrı'ya inanıp inanmadıkları ya da kendilerini dindar biri olarak görüp görmedikleri sorulduktan

sonra, kiliseye gidip gitmediklerine bakıldığında, bu iki soruya yanıtları ile kiliseye düzenli olarak gidip gitmeme arasında zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Düzenli olarak kiliseye gitme, Tanrı'ya inanma ya da dindar olmayla doğrudan ilgili değildir. Tanrı'ya inanan, hatta kendisini dindar olarak gören birçok insan, kiliseye gitmenin kendileri için bir anlam taşımadığına inanabilir ya da tam tersi olarak Tanrı'ya inanmayan ve kendilerini dindar olarak görmeyen kişiler, bu özel inançlarla hiçbir ilgisi bulunmayan değişik nedenlerle (haftalık piknik, eğlenme gibi) kiliseye gidebilirler. Bu nedenle, bu iki soruya verilen yanıtlar ile kiliseye devam arasında doğrudan bir ilişkinin bulunmaması şaşırtıcı değildir. Öte yandan, eğer, bireylere kiliseye devam etmenin iyi bir fikir olup olmadığı sorulmuş olsaydı, yanıtlar ile gerçek kiliseye devam davranışı arasındaki ilişki, büyük bir olasılıkla, çok daha güçlü olabilirdi (58).

Son olarak, oldukça açık ama yaşamsal bir nokta da, tutumların ölçüldüğü zamanla davranışın gözleendiği zaman arasındaki süredir. *Örneğin;* liseli bir genç kızın bir gence karşı ilgisi birinci sınıfta ölçülmüş ve yüksek bulunmuşsa, onun bu ilgiyle son sınıfta yine o gençle çıkma davranışı arasında yüksek bir ilişki beklemek hatalı olabilir (58).

2. Ortamsal Baskılar: Kişi açık davranışta bulunduğu her zaman, hem tutumlarından hem de içinde bulunduğu ortamdan etkilenebilir. Ortamsal baskılar, çok güçlü olduğunda, tutumlar, genellikle bu baskıların görece güçsüz olduğu durumlardaki kadar, davranışların güçlü bir belirleyicisi olamaz (58, 69). *Örneğin;* herkesi kabul etmeyi zorunlu kılan yasaların bulunduğu bir durumda, ortamsal baskılar açık ve kesin iken, siyahlara karşı olumsuz önyargıları (tutumları) olan bir

otel işletmecisi, otelini kapatmak istemediği sürece, otelinde kalmak isteyen siyah bir müşteriye hizmet vermeyi reddetmeyecektir (58).

3. Yöntemsel İyileştirmeler: Tutumlar ile davranışlar arasında tutarlılık bulmadaki başarısızlığın bir nedeni de yöntemsel aksaklıklardır. Tutumlar doğru veya güvenilir olarak ölçülememiş olabilir. Eğer, denekler doğru yanıtlar vermiyorsa, soruları kesin bir biçimde yanıtlamıyorlarsa, soruları anlamıyorlarsa ya da sorular yanıtlamayı güçleştirecek kadar bulanıksa, tutum ölçeği, ölçmek için geliştirildiği tutumu ölçmüyor demektir ve ilgili bir davranışa tutarsızlık doğaldır. Son yıllardaki tutum-davranış çalışmalarında, bu ikisi arasındaki tutarlılıkta artış sağlamayı hedefleyen yöntemsel iyileştirmeler yapılmıştır. Çalışmalarda bu süreç, gözlenen farklı davranış ve tutum ölçmede kullanılan farklı madde sayısı artırılarak geliştirilmiştir. Bu durum tutum-davranış tutarlılığını çok büyük ölçüde arttırmıştır (58).

Özetle, çok sayıda çalışma tutumların davranışları etkilediği görüşünü desteklemektedir. Tutumların, her zaman tutarlı davranma yönünde baskı yaptığını söylemek yanlış değildir. Ancak dış baskı ve ilişkisiz nedenler, insanları tutumları ile tutarsız davranmaya zorlayabilir. Herhangi bir tutum veya tutumda oluşan bir değişiklik, kendisiyle tutarlı bir davranışa yol açma eğilimindedir (58).

Sonuç olarak, tutumlar, genellikle bilişsel (düşünceye ilişkin), duygusal ve davranışsal öğelerden oluşan yapılardır. Olgular ya da bilgiler, duygusal öğelerinin bulunmaması bakımından tutumlardan ayrılır. Koşullanma ve pekiştirme yaklaşımı, tutum, gelişim ve değişimini temelde bir öğrenme süreci olarak görmektedir. Bu yaklaşıma göre, tutumlar çağrışım, pekiştirme ve taklit yoluyla öğrenilir (58). Bir

kısım araştırma tutum ile davranış arasındaki tutarlığa kuşkuyla baksa da, genellikle bir kişinin davranışlarının, tutumlarına bakılarak kestirilebileceği varsayılır (25, 58). Öyle ki, günümüzde davranışın, belirli koşullar altında tutumlarla tutarlı olma eğilimi gösterdiği fikri benimsenmektedir: Güçlü, açık, belirgin, özgün tutumlar, çatışan ortamsal baskıların bulunmadığı ortamda davranışla tutarlı olacaktır (58).

1.7.2. PSİKIYATRİ HASTALARINA YÖNELİK TUTUMLAR

Ruh sağlığı, kişinin kendi kendisi ve çevresi ile dinamik bir uyum ve denge içinde olmasıdır. Ruhsal hastalık ise, bireyin duyu, düşünce ve davranışlarında, toplum normları temelinde, değişik derecelerde tutarsızlık, uyumsuzluk ve yetersizlik görülmesi ile karakterize bir durumdur (118).

Erken çağlardan bu yana, ruhsal hastalık yaşayan bireylerin (psikiyatri hastalarının) toplum içerisinde en fazla ayrımcılığa maruz kalan bireyler olduğu görülmektedir (141). Toplumun ruhsal hastalıklara yönelik bu tutumlarının oluşmasındaki en önemli etkenin kültür olduğu belirtilmektedir (143). Ruhsal hastalık belirtilerinin açıklanamadığı ve anlaşılmaz olduğu ilk dönemlerde, ruhsal hastalık yaşayan bireyler, insanların olasılıkla korkuya kapılmalarına neden olmuştur (11). Hastaların uygun olmayan ve beklenmedik davranış ve düşünceleri, toplumda korku ve huzursuzluk yaratmış ve bu kontrol dışılık, hastaların dışlanmasına neden olmuştur (141). Başka bir anlatımla tutum nesnesine (hastalara) yönelik bu olumsuz duygular olumsuz davranışlara yol açmıştır (147).

Günümüzde de, toplum açısından, düzeni bozan, huzursuzluk yaratan, uyumsuz ve toplumsal yaşantı için tekin olmayan ruhsal hastalık yaşayan böyle bireylerin, toplumda korku yarattığından dolayı damgalanarak, dışlanarak toplum dışına atıldıkları görülmektedir. Psikiyatri hastalarının, önceden kestirilemeyen,

alışılmışın dışında davranışları, başka bir ifadeyle düzen gereksinimini bozmaları, toplumdaki bireyler üzerinde anksiyete yaratmakta ve bu durum karşısında bireylerin, kendisini ürküten, rahatsız eden bir durumla karşılaştığında, sıklıkla onu kendisinden dışlayıp yabancılaştırma yoluna gittikleri görülmektedir (141). Başka bir anlatımla, birey kendisi için gördüğü psikolojik işlev ya da sağladığı yararı göz önüne alarak, bir tutumu benimser. Yani, bir tutumun benliği savunma işlevi varsa benimsenir (58, 147). Birey kendisinde anksiyete yaratan durumla karşılaştığında, onu dışlayarak benliğini korumaktadır.

Toplum, ruhsal hastalık tanısı almış kişiyi, gerçek kimliği ve gerçek davranışlarından bağımsız olarak değerlendirmekte ve tutumlarını daha önceden toplumun üzerinde hemfikir olduğu stereotipiler üzerinden düzenlemektedir (10, 12). Bu stereotiplerin en önemli bileşenlerini ise, bu hastaların tehlikeli olduğu ve davranışlarının öngörülemez olduğu inançları oluşturmaktadır (10, 141). Bireysel olarak, bu hastaların tehlikeli olduğu ve kendisine zarar verebileceği *düşüncesi* (önyargısı), kişisel korku ve öfke *duygusunu* oluşturmakta (10) ve bu da ruhsal olarak hasta olan kişiye yönelik ayrımcılığı ve dışlayıcı *davranmayı* beraberinde getirmektedir (141). Başka bir anlatımla, toplumun inançları kişilerin tutumunu biçimlendirmektedir (134).

Bu dışlayıcı ve soyutlayıcı tutumlar, hastaların daha az sosyal destek almalarına neden olmaktadır (141). Bu durum, ruhsal hastalıkların sağaltımında da önemli bir engel oluşturmaktadır. Çünkü, ruhsal bozukluğu olan bireylerin topluma yeniden kaynaşması ve eski işlevselliğine dönmesi, toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin genel tutumlarıyla yakından ilişkilidir (142).

Toplum tarafından ruhsal hastalıklara karşı geliştirilen tepkiler, sağlık bakım merkezlerinde çalışanları da yaygın bir şekilde etkilemektedir. Toplumun bir üyesi

olan sağlık çalışanlarının da kendilerini bu etkiden tamamen korumaları olanaksızdır. Ruhsal bozukluklara karşı toplum geneli tarafından gösterilen negatif tutumlar, zaman zaman sağlık çalışanları tarafından da onaylanmakta veya kabul görebilmektedir (60). Yapılan bazı çalışmalarda, sağlık çalışanları arasında ruhsal bozukluklara karşı olumsuz tutumlar olduğunu göstermektedir (14, 37).

Altındağ ve ark. (2001), şizofreni hastalarına yönelik nyarguların birinci basamak hekimleri başta olmak üzere, psikiyatri dışı hekimler arasında yaygın olduğunu belirtmiştir. Ayrıca hekimlerin, mesleki uygulamada bu hastalardan etkilenmemelerine karşın, sosyal ilişkiler gibi alanlarda, bu hastaları “*potansiyel tehlike*” olarak gördüklerini ve bu sebeple olumsuz tutum sergilediklerini ifade etmiştir (7). Avustralya’da halkın, birinci basamak hekimlerin, klinik psikologların ve psikiyatristlerin ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlarının incelendiği bir çalışmada da, sağlık alanında çalışan profesyonellerin, ruhsal hastalıkların uzun süreli olmasına daha olumsuz baktığı saptanmıştır (77). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise, birinci basamak hekimlerinin şizofreniyi bir zayıflık hali olarak gördüğü, tedavide kullanılan ilaçların bağımlılık yapabileceğine ve şizofreninin tam olarak iyileşmeyeceğine inandıkları bildirilmiştir (43).

Bağ (2003), tarafından sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının incelendiği bir çalışmada ise, ruhsal sorunlu bir bireyle aynı iş yerinde çalışmak istemeyeceğini belirten sağlık personelinin korku/dışlama boyutu puanı yüksek bulunmuştur (14). am ve ark. (2007) tarafından “*ebe/ hemşirelerin ruhsal sorunlu bireylere yönelik tutumlarına ruh sağlığı eğitiminin etkisi*”nin incelendiği bir başka çalışmada da, araştırmaya katılan ebe/hemşirelerin eğitim öncesi bulgularının, ruhsal bozukluğu olan bireyleri etiketleme yönünde olduğu saptanmıştır (38).

Her toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve duruşlarını yönlendiren kendine özgü tanımlamaları ve stereotipleri vardır ve bunlar toplumdaki bireylerin ruhsal hastalığı algılama, yaşama ve hastalıkla başa çıkma şekline ilişkin kültürel yapısını şekillendirir (143). Kuşkusuz ki, toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin genel tutumlarını etkileyen tek etken kültür değildir. Birbiri ile tutarlı olmasa da, bazı sosyo-demografik değişkenlerin (*yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, medeni durum, sosyal sınıf gibi*), hasta kişilerle kişisel deneyim sahibi olmanın, ruhsal hastalığın psikopatolojisinin, hastanın özelliklerinin tutumlar üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Daha genç olma, kadın olma, yüksek eğitim düzeyine sahip olma, yüksek sosyal ve mesleki sınıfta olma ile ruhsal hastalıklara yönelik daha olumlu tutuma sahip olma arasında olumlu bir ilişki olduğu belirtilmektedir (33, 46, 78, 117, 143). Bu çalışmaların aksine, yaşlı kişilerin ruhsal hastalığı olan kişilere karşı daha olumlu, daha hoşgörülü, daha az kısıtlayıcı bir yaklaşım içinde olduğunu, psikiyatrik sağıltım almış olan hastalarla ilişki kurma konusunda kadınların daha olumsuz tutumları olduğunu ve eğitimin ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumlar üzerinde etkili olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (30, 90, 129,131, 133, 139, 140, 145).

Sonuç olarak, gerek kültürel, gerek sosyo-demografik, gerekse hastalıkla ilgili bilgi ve temas sahibi olmayla ilgili olsun, toplumun ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumları, hastaların çare arama davranışını ve tedaviye uyumunu doğrudan etkilemekte ve hastaların sağıltım için başvurmalarını ve sağıltımı sürdürmelerini engelleyici bir etkide bulunmaktadır (15, 143, 144).

1.7.3. ADLİ PSİKİYATRİ HASTALARINA YÖNELİK TUTUMLAR

Ruh sağlığının bozulması, kişinin duygu, düşünce ve psikomotor alandaki işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum ise, ruh sağlığı bozuk olan bireylerin toplum ile karşı karşıya gelmesine yol açan çatışmaların yaşanmasına ve mediko-legal sorunların gelişmesine neden olabilmektedir (153). Bu da, ruh sağlığı bozuk olan bireylerin, toplum tarafından dışlanmasına, sosyal olarak reddedilmesine yol açabilmekte (141) ve bu bireylerin zaman zaman hukuk normlarını ihlal etmeleri sebebiyle yargılama sürecine alınarak, bir davalı olmalarıyla sonuçlanabilmektedir (32). Bu bağlamda, *“suç işleyen ve ruhsal açıdan yeterliğinin olup olmadığı bilinmeyen ve bu nedenle herhangi bir ruhsal bozukluğunun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla ya da suç işleyen, ruh sağlığı bozuk olduğu için fiziksel ve ruhsal sağlık bakım ve tedavilerinin yapılması için yüksek/orta veya düşük güvenli bir sağlık kuruluşuna yatışı yapılan davalı bireyler “adli psikiyatri hastası” olarak karşımıza çıkmaktadır (32, 91, 97).*

Toplum tarafından ruhsal hastalıklara karşı geliştirilen tepkilerin benzerleri hatta daha fazlası, adli psikiyatri hastalarına da gösterilmektedir. Çünkü bu hastalar hem suçlu hem de ruh sağlığı bozuk olarak iki kez etiketlenen bir hasta grubunu oluşturmaktadır (94). Daha da önemlisi, bu hastaların bakım ve tedavisini yürütmeleri sebebiyle, bu hastalarla daha uzun süre ve daha yakından temasta bulunan sağlık çalışanları arasında da benzer negatif tutumlar kabul görebilmektedir (9, 42, 159, 161). Mason (2002) ve Mason ve ark (2008) tarafından belirtildiği üzere, Kent ve Wilkinson (1996) ve Richman ve ark. (1999), adli psikiyatri hastaları ile çalışanlarda, bu hastalara karşı olumsuz bakış açısı olduğunu belirtmişlerdir (98, 101, 127). Adli psikiyatri hemşireliğinin doğası ile ilişkili olan bu negatif bakış açısının, sosyal değerler (*suç işleyen hastadan hoşlanmama gibi*) içerisinde yer aldığı ve

bunun hemşirelerin profesyonel uygulamalarını kontamine ettiği belirtilmektedir (101, 127). Ançel (2005) de, etiketleme (stigmatizasyon) ve yargılamanın bu olumsuz bakış açısının bir sonucu olduğunu ifade etmiştir (9).

Damgalanmış ve kolay incinebilir bir hasta grubu olan adli psikiyatri hastaları ile çalışmak ve kişisel güvenliği sürdürmek hiç de kolay değildir (27, 32, 94). Bu hastalar tarafından işlenmiş olan korkunç (dehşet verici) suçlar göz önünde bulundurulduğunda, stresli bir çevrede (28, 93, 101). sağlık çalışanlarının soğukkanlılığını ve objektifliğini sürdürmeleri zordur (93). Bu durum çalışanların emosyonel yanıtlarını etkileyebilmekte ve önyargılara neden olabilmektedir (93, 159). Nitekim, bazı araştırmacılar, bu hastalarla çalışan bazı hemşirelerin, “*bu hastalara harcanan çabanın bir işe yaramayacağı*” ve “*bu hastaların saygıyı hakemediği*” şeklinde olumsuz düşünceler taşıdığını belirtmektedir (98, 101, 161). Viukarı ve ark. (1979)’da, ruh sağlığı bozuk suç işlemiş bireylerin psikopatolojik karakterlerinin bu hastaların bakım ve tedavisini yürüten sağlık çalışanlarında terapötik hüsrana yol açtığını belirtmişlerdir. Bu durumun, çalışanlar tarafından, bu hastaların “*iyileşmez, acımasız, duyarsız, suçluluklarının farkında olmayan, yaşadıklarından ders çıkarmayan*” bireyler olarak görülmesine neden olabildiğini ifade etmişlerdir (159).

Viukarı ve ark. (1979), ruh sağlığı bozulmuş suçlu bireylerin tehlikeli öykülere (anamnez) sahip olmasının, sağlık çalışanlarının korku, endişe gibi duygularını tetikleyebildiğini, bunun sonucu olarak çalışanlarda emosyonel bir tepki, transferans veya kontr-transferans oluşabildiğini (101) ve bunun da, çalışanların hastalara karşı, farkında olmaksızın, daha fazla veya daha az bir şekilde agresif ve hostile olmalarına neden olabildiğini ifade etmektedir (159). Mason ve ark. (2009), çalışanlarda oluşan *korku, hayal kırıklığı ve öfkenin*, çalışanların kontr-transferansını gösteren tipik

tepkiler olduğunu ve bunların tanımlanmadığı takdirde hastayla olan terapötik ilişkiyi ve terapötik başarıyı etkileyeceğini belirtmişlerdir (100). Martin ve Happell (2001) tarafından, adli psikiyatri biriminde staj yapan 34 lisans öğrencisinin psikiyatri hemşireliğine ilişkin görüşlerinin incelendiği bir çalışmada da, öğrencilerin ortama girerken anksiyeteli oldukları belirtilmiş ve öğrenciler suç işlemiş ruh sağlığı bozuk bir hastayı korkunç ve ürkütücü bulduklarını, şiddet riskinden korktuklarını ve bireysel güvenlikleri konusunda endişelendiklerini belirtmişlerdir (96).

Adli psikiyatri ortamlarında çalışan sağlık çalışanları, ruh sağlıkları bozuk olmasından dolayı, hastalar tarafından yöneltilen ciddi şiddet davranışları ile sıklıkla karşılaşmaktadır. Bu şiddet davranışları hastanın kendisine, diğer hastalara veya çalışanlara yönelik olabilmekte ve ciddi yaralanmalar veya ölümle sonuçlanabilmektedir (31). Mesleki bir problem olan bu yüksek şiddet riski, çalışanların kendilerini güvende hissetmemesine (95), bu hastaları tehlikeli olarak algılanmasına ve bu hastalardan korkmasına neden olabilmekte ve bu durum çalışanlar üzerinde anksiyete yaratmaktadır. Yaşanılan anksiyete ve stres ise, bu hastaların bakım ve tedavisini yürüten sağlık çalışanlarında tükenmişliğe ve bir baş etme yolu olarak kaçınma/uzaklaşma davranışları göstermesine neden olabilmektedir (31, 76, 99, 130). Hastaları tehlikeli ve ne yapacağı belli olmayan kişiler olarak değerlendirmenin, daha fazla reddetme ve sosyal mesafe isteği ile doğrudan ilişkili olduğu saptanmıştır (10, 33, 142). Nitekim Demirbaş ve ark. (2004)'da Hollanda'da adli tıp hekimleri ile yapılan bir çalışmada, çok fazla travmatik olaya maruz kalan adli tıp hekimlerinin aşırı yorgunluk ve stres sonucunda tükenmişlik yaşadıklarını ve bu tükenmişlik duygusu nedeniyle tedavi ve bakım hizmetlerini yürüttükleri bireylere karşı duyarsızlaştıklarını (*bireylerin kendine özgü bireyler olduğunu dikkate almaksızın duygudan yoksun tutum ve davranış sergilediklerini*) belirtmişlerdir (42).

Adli psikiyatri ortamında çalışan sağlık çalışanlarının bir başka stres kaynağı da çeşitli ortamlarda (*güvenlikli hastane, mahkeme, hapishane, acil servis gibi*) multidisipliner (*polis-asker, hakim, infaz koruma memuru gibi*) olarak risk tanılaması ve yönetimi yapmak durumunda olması (27, 93) ve bu noktada rol tanımlarının net olmamasıdır (94). Böyle bir durumda bakım/cezalandırma, güç/kontrol, gözetme/hapsetme dengesi oluşturulamadığında (9), kaos oluşmakta ve sağlık çalışanlarının hastayı davranışsal ve ruhsal olarak sakinleştirmesi ve değerlendirmesi gecikebilmekte veya mümkün olamamaktadır (93). Sağlık çalışanı böylesine kaotik bir ortamda, rol tanımları konusunda belirsizlik ve çatışma yaşamakta ve bu durum karşısında anksiyete hissedebilmektedir (87, 122). Ayrıca çalışanlar, yaşanan tereddüt karşısında, ruh sağlığı bozuk suçlu bireyin olası şiddet davranışının (*sözel veya fiziksel*) hedefi olabilmektedir (31). Yaşanılan şiddet ise, daha önceden belirtildiği gibi, sağlık çalışanlarında anksiyete ile strese ve bu da ruh sağlığı bozuk suçlu bireyin bakım ve tedavisini yürüten sağlık çalışanlarında kaçınma davranışına neden olabilmektedir.

Adli psikiyatri ortamında çalışan sağlık çalışanlarının bir diğer stres kaynağı ise, uygulamada pek çok çelişki ve etik sorunla karşı karşıya kalmalarıdır (9, 27, 71). Bunlardan birisi de, hastanın bireysel gizliliğini sağlama ile toplumsal ve mesleki sorumluluk, hastanın güvenliğini sağlama ile hasta hakları arasında oluşan etik ikilemdir. Böyle bir durumda sağlık çalışanı, hem hastanın güvenliğini sağlamak ve onun savunucusu olmak, hem de geniş bir ekibin üyesi olmak arasında kalabilmektedir. Sağlık çalışanları, verilen bu rol karşısında kendilerini zor bir durum içinde bulmaktadır (27, 88, 104). Bu da sağlık çalışanlarında anksiyeteye neden olmaktadır. Bu durum karşısında sağlık çalışanları kendisini ürküten, rahatsız eden

durumu dışlayıp, yabancılaştırma yoluna giderek (141), kaçınma davranışı gösterebilmektedir.

Adli psikiyatri birimlerinde bakım ve tedavisi yürütülen hastaların bir kısmı hapisneden gelen hastalardır. Bu sebeple bu hastalar, sıklıkla hapisane kültürünü hastane ortamına taşımaktadır. Bundan dolayı, bu hastalar çevresel yapı düzenlenirken, baş etme stratejilerini geliştirirken, kaba, hostile ve agresif davranışlar gösterebilmektedir. Hatta, madde kötüye kullanımı gibi tedavi amaçlarına uygun olmayan davranışlar da sergileyebilmektedirler (94). Bu durumda, bu hastalar, bakım ve tedavilerini yürüten sağlık çalışanları tarafından *“işbirliği yapmayan, ilgisiz, yıkıcı, saygısız, manipülatif, tehlikeli ve güvenilmez”* olarak tanımlanabilmektedir (57, 94). Sağlık çalışanları tarafından sahip olunan bu negatif düşünceler, onların hasta bireye şüphe ile bakmasına ve bu bireylerin bakım ve tedavisini yürütürken uzak, mesafeli ve soğuk davranmalarına neden olmaktadır (57, 94).

Yasal olmayan madde kullanmak bir anlamda yasalara karşı gelmek ve suç işlemekle eş anlamlı olarak görülebilmektedir (112). Nitekim, madde kullanan hastalara yönelik 63 adli psikiyatri hemşiresinin tutumlarının incelendiği bir çalışma sonucunda, adli psikiyatri hemşirelerinin, *“madde kullanan hastaların tedavi sonuçlarının başarı olasılığına ilişkin algılarının ve tedavi girişimlerini uygulamadaki istekliliklerinin”* toplum ruh sağlığı hemşirelerine kıyasla daha kötümser olduğu bulunmuştur (57). Ögel ve Pinikahana ve ark'da, psikiyatri ortamında çalışan hemşirelerin, madde kullanım bozukluğu olan bireyleri, *“sorun çıkaran kişiler”* olarak görme eğiliminde olduklarını ve bu bireylere karşı olumsuz tutumları olduğunu belirtmiştir (112, 119). Ögel (2004), hekimlerin ise, alkol ve madde kullanım bozukluklarını bir hastalık olarak görmek yerine, daha çok ahlaki ve davranış sorunu olarak görme eğiliminde olduklarını, bu tür bozuklukları olan

bireyleri tedavide kendilerini yetersiz hissettiklerini, bu olgularla çalışmayı sevmediklerini ve iyi sonuç alamadıkları için bu olgularla çalışmayı tatmin edici bulmadıklarını belirtmiştir (112). Woods (2002), sağlık çalışanları tarafından sahip olunan bu negatif düşünce, duygu ve davranışların terapötik nihilizme yol açabileceğini ileri sürmüştür (161).

Sağlık çalışanlarının, adli psikiyatri birimlerindeki hastalara mesafeli ve uzak bir tutum sergilemesinin bir başka sebebi de, bu hastaların daha sıklıkla erkek bireylerden oluşmasıdır. Özellikle, toplumumuz da yer alan kadının erkekten daha masum olduğuna ilişkin değer yargısı, erkeğin daha sapkın yollara gidebileceği inancı doğrultusunda, bu hastaların olasılıkla daha saldırgan ve daha cani olabileceği düşüncesini uyandırabilmektedir (112). Bu düşünce (önyargı), bireyde korku ve öfke duygusunu oluşturabilmekte (10) ve bu da ruh sağlığı bozuk suçlu bireye yönelik kaçınma davranışını beraberinde getirebilmektedir (141).

Adli psikiyatri birimlerinde, ciddi ruhsal bozukluğu olan hastalarla çalışan profesyonellerde tükenmişlik sendromu gelişebilir. Çünkü, hemşireler böyle bir ortamda çalışmaya yönelik eğitimleri konusunda kendilerini yetersiz, işlerini stresli ve değersiz algılayabilirler (54). Üstelik, tehlikeli ve stresli bir ortamda çalışmalarına karşın yöneticileri tarafından yeterince desteklenmediklerini veya tatmin edici bir maaş almadıklarını düşünebilirler. Bu da, düşük iş doyumuna ve dolayısıyla tükenmişliğe neden olabilir (28, 99). Tükenmişlik ise, çalışanlarda emosyonel bitkinliğe, depersonalizasyona ve kişisel yeteneklerde azalmaya neden olur (54). Bu durumda, çalışanların kendi aralarında veya hastalara yönelik sosyal mesafe ve sunulan bakım hizmetlerinin kalitesinde azalma görülebilir. Nitekim, Mason ve ark. (2008)'nın adli psikiyatri hemşirelerinin beceri ve yeteneklerine ilişkin, İngiltere'deki adli psikiyatri hemşirelerinin, adli psikiyatri hemşiresi olmayan

hemşirelerin ve diğer disiplinlerin algılarını incelediği bir çalışmada, adli psikiyatri hemşireleri “bürokrasiyi”, diğer hemşireler “desteksizliği” ve diğer disiplinler ise “yöneticiler tarafından desteklenmemeyi” adli psikiyatri hemşireliğinin önündeki engel olarak algıladıklarını belirtmişlerdir (101). Burnard ve ark.(1999)’nın, bir adli üniteadaki hemşirelerin iş doyumunu inceledikleri bir çalışmada da, hemşirelerin “maaş” alt boyutuna ilişkin iş doyum puanları oldukça düşük bulunmuştur (28). Yapılan çalışmalarda, adli psikiyatri hemşirelerinin, hemşirelik uygulamaları ile ilgili negatif görüşleri, kendilerine verilen ücret ile ilişkili bulunmuştur (99). Bu bulguların aksine, bir başka çalışmada ise, adli psikiyatri hemşirelerinin iş doyumları psikiyatri hemşirelerinden daha yüksek ve tükenmişlik düzeyleri de daha düşük bulunmuştur (65).

Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının ruh sağlığı bozuk suçlu bireylere yönelik negatif tutumları, hasta ile sağlık çalışanı arasındaki terapötik ilişkiyi olumsuz yönde etkilemesi, hastaların daha az sosyal destek almaları ve dolayısıyla hastaya sunulan bakımın kalitesini düşürmesi bakımından önemlidir (57, 94, 141, 159).

1.7.3.1. ADLİ PSİKİYATRİ HASTASININ BAKIMINDA HEMŞİRELİK

Adli Hemşirelik:

Genel olarak “adli” terimi hemşirelik literatüründe 1980’lerin ortasında kullanılmaya başlanmıştır. 1990’ların başlarında ise, cinsel saldırı kurbanları ile çalışan hemşireleri (Sexual Assault Nurse Examiners (SANE)) de kapsayacak biçimde uluslararası düzeyde genişlemiştir (98). “Adli Hemşirelik” terimi ilk olarak; sağlık bakımı ve ceza hukuku sistemi içerisindeki adli bilim ile hemşirelik bilimini birleştirmeye çalışan, yaklaşık 70 hemşirenin, 1. Ulusal Cinsel Saldırı Hemşireleri Toplantısı için Mineapolis’te toplandığı 1992’de resmi olarak kullanılmıştır.

1993’de, bu grup, ölüm uygulamalarında ve yasal hemşire danışmanlığında çalışan hemşireleri de kapsayacak şekilde genişlemiş ve Uluslararası Adli Hemşirelik Birliği olarak düzenlenmiştir. Bu birlik, özellikle kadınlar, yaşlılar ve çocuklara yönelik şiddet siklusunu tanımlamak ve durdurmak amacıyla çalışmıştır (32). 1995’de de Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), hemşirelerin temel eğitimlerinin dışında ek bir eğitim alarak, farklı alanlarda uzmanlaşmalarının gerekliliğini benimseyerek, Adli Hemşireliği özel bir uygulama alanı olarak tanımıştır (51, 62). Bunun ardından, Uluslararası Adli Hemşirelik Birliği ve Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) arasındaki çalışmalar sonucunda, Adli Hemşirelik alanında bir takım standartlar geliştirilmiş ve böylece, hızla tüm dünyaya yayılmaya başlayan Adli Hemşirelik, özellikle İngiltere, Avustralya, Almanya, Hollanda, Japonya ve Kanada’da özel olarak gelişmiştir (32).

Hemşirelik uygulamalarında özel bir alan olarak gelişen Adli Hemşirelik; hemşirelerin, almış oldukları temel eğitimlerini, şiddet, travma ve diğer suç olgularının faillerini ve travma veya ölüm olaylarındaki kurbanların muayenesini bilimsel olarak araştırmak suretiyle, adli alanda kullandıkları bir uzmanlık alanıdır (51, 62).

Adli hemşirelik, uygulamada, aynı mediko-legal bakış açısını paylaşan, ancak hasta-hemşire ilişkisinin doğasındaki farklılıktan dolayı, çeşitli alt uzmanlık alanlarından oluşmaktadır. Bunlar (32, 51, 62,150):

- Cinsel Taciz Uzmanı Hemşire
- Şüpheli Ölüm Araştırmacısı Hemşire
- Adli Pediatri Hemşireliği
- Adli Psikoloji Hemşireliği
- *Adli Psikiyatri Hemşireliği*

- İslahevi Hemşireliği
- Cezaevi Ruh Sağlığı Hemşireliği
- Adli Geriatri Hemşireliği'dir.

Adli Psikiyatri Hemşireliği:

Adli Psikiyatri Hemşireliği (APH), ilk olarak 1863 yıllarda İngiltere'de Broadmoor Hospital'da deneyimlenmiş olmasına karşın (27), psikiyatri hemşireliğinin bir alt uzmanlık dalı olarak son yıllarda gelişmeye başlamış, suç işleyen psikiyatrik hastaların bakımıyla ilgili özel bir hemşirelik alanıdır (9, 27, 29, 59, 99, 101, 104, 150).

Adli psikiyatri hemşiresi; genel psikiyatri hemşiresinin sahip olduğu bilgi ve becerilere ek olarak, suç davranışlarını ele alma becerisinin yanısıra adli psikiyatri hastasının güvenliğini, fiziksel ve ruhsal bakımını sağlayacak bilgi ve beceriye sahip olan (9, 22, 94), yüksek, orta ve düşük güvenli hastanelerde, hapishanelerde, mahkemelerde, polis merkezlerinde, acil servislerde, toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışabilen (27, 93), tıpsal anlamda bir "*konsültan*", hukuki anlamda bir "*bilirkişi*" olarak çalışan uzman kişidir (56).

Adli psikiyatri hemşireleri, ruhsal bozukluğu olan hastalara bakım verme konusunda eğitim ve deneyim sahibi hemşireler olmalıdır. Ancak, adli psikiyatri hemşiresinin bilgi ve becerilerinin ne olduğu konusunda uluslararası literatürde bir fikir birliği olmadığı görülmektedir (27, 94, 104, 124). Özellikle, adli psikiyatri hemşirelerinin çalıştıkları hasta grubu ve hastaların suç içerikli davranışları karşısındaki rollerinin ne olduğu açık değildir. Avustralya, İngiltere ve bazı Avrupa ülkelerinde hemşireler genellikle ruh sağlığı bozulmuş suç işlemiş hastalarla çalışırken, Amerika Birleşik Devletleri'nde suçu işleyenlerden ziyade, suç

mağdurları (*örneğin cinsel saldırı mağdurları gibi*) ile çalışmaktadırlar (27, 94). Adli psikiyatri hemşirelerinin rol tanımlarındaki bu belirsizlik, ayrıca geniş ölçüde yanlış anlaşılmalara ve hemşireler tarafından sunulan bakım hizmetlerinin küçümsenmesine neden olmaktadır (27). Adli psikiyatri hemşirelerinin beceri ve yeteneklerine ilişkin İngiltere’de yapılan bir çalışmada, adli psikiyatri hemşirelerinin, adli psikiyatri hemşiresi dışındaki diğer hemşirelerin ve diğer disiplinlerin algıları incelenmiş ve her üç grubun adli psikiyatri hemşireliği algıları arasında ciddi uyumsuzluklar olduğu ortaya çıkmıştır (101).

Adli psikiyatri hemşiresinin yeteneklerinin ne olması gerektiğine ilişkin uluslararası farklılıklara karşın, Bowring-Lossock (2006) İngiltere’de, bir adli psikiyatri hemşiresinin düşünme becerisi ve sosyal beceri eğitiminde uzman olması gerektiğini belirtmiş ve adli psikiyatri hemşiresinde olması gereken özel becerileri şöyle sıralamıştır (27):

- * Güven oluşturma ve güvenliği sağlama
- * Risk tanılama ve yönetme
- * Şiddet ve agresyon yönetimi
- * Terapi
- * Suç işleme davranışlarını ve bununla ilgili mevzuatı (yönetmeliği) bilme
- * Rapor yazma (cezaevi kültürü ile ilişkili)
- * Becerilerini pratik bir şekilde uygulama

Martin (2001) tarafından belirtildiği üzere, Benson (1992) ise, İngiltere’de adli psikiyatride uzmanlaşmış klinik hemşirelerle yaptığı bir çalışma sonucunda, adli psikiyatri hemşirelerinin görev alanları ile ilgili bilgi ve becerileri altı alanda

sınıflandırmıştır. Buna göre, adli psikiyatri hemşireleri şu altı alanda bilgi ve beceri sahibi olmalıdır (94):

1. Tehlikeli davranışları tanımlamak ve yönetmek
2. Kriminoloji (Suç bilimi)
3. Yasalar ve profesyonel sorumluluk
4. Güvenliğin terapötik kullanımı
5. Sosyal politikalar
6. Etik

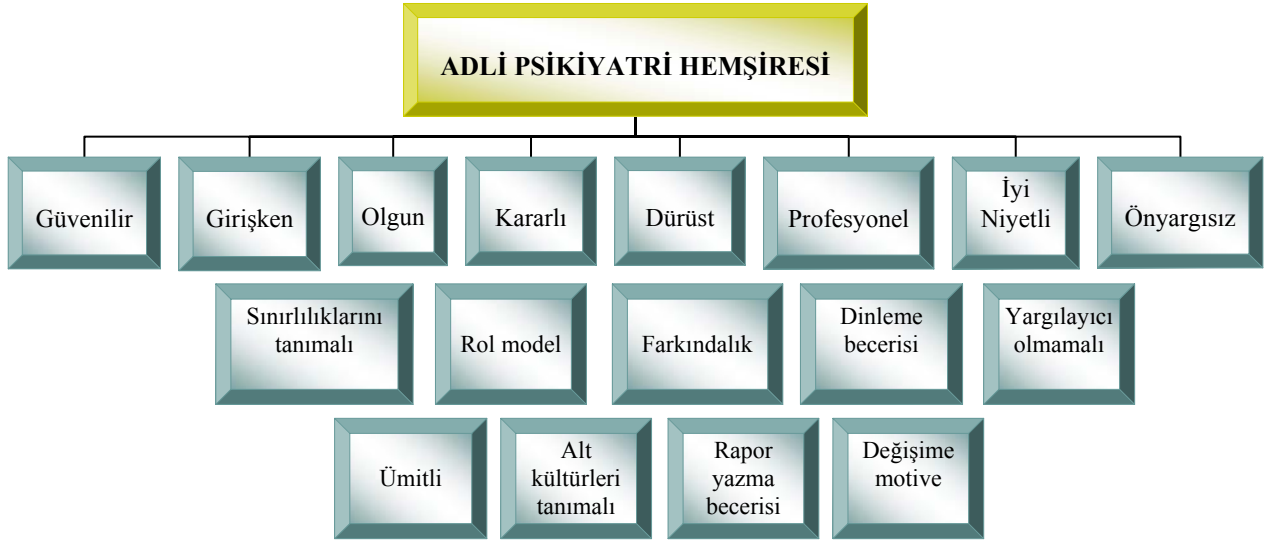
Bunların yanı sıra, adli psikiyatri hemşireleri, “*Madde kullanımı*”, “*Yas (Kayıp)*” ve “*Danışmanlık*” konularında da bilgi ve beceri sahibi olmalıdır (62).

Kanada'da yapılan bir başka çalışmada ise, adli psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin yeterlilik ve becerileri incelenmiş ve en önemli iki beceri alanının, “*iletişim*” ve “*güvenliği sağlamak ve sürdürmek*” olduğu belirtilmiştir (94). Literatürde, adli psikiyatri alanındaki hemşireliğin, pek çok açıdan diğer alanlardan çok farklı olmadığı, güvenliğe verilen önemin temel ayırım noktası olduğu belirtilmektedir (51, 63, 94).

Adli psikiyatri hemşirelerinin, adli psikiyatri hastaları ile güven ilişkisi temelinde terapötik bir etkileşime girmek için birtakım özelliklere ve becerilere sahip olması gerektiği vurgulanmaktadır. Bunları şöyle özetlemek mümkündür (9, 27, 89, 101):

- * Adli psikiyatri hastasının tanısı ve işlemiş olduğu suç ne olursa olsun bireye saygılı olmalı ve yargılayıcı olmamalı.
- * Sosyal değerleri öğretmek rol model olmalı.
- * Dinleme ve sorun belirleme becerisi mükemmel olmalı.

Şekil 1: Adli Psikiyatri Hemşiresinin Özellikleri



- * Bireye uygun tedaviyi uyarlama konusunda esnek olmalı.
- * Bireyin değişme potansiyeli olduğuna inanmalı, ümitli olmalı.
- * Kendi sahip olduğu değer ve inanç sisteminin farkında olmalı.
- * Beceri ve yeteneklerine güvenmeli ve güvenilir-dürüst olmalı.
- * Olgun ve girişken olmalı.
- * Kararlı ve iyi niyetli olmalı.
- * Empatik ve sabırlı olmalı
- * Rahat ve sakin görünmeli
- * Tarafsız olmalı
- * Profesyonel olmalı.
- * Alt kültürleri tanıyıp anlayabilmeli.
- * Rapor yazma becerisine sahip olmalı.
- * Terapötik ilişkideki sınırlılıkları tanımalı.
- * Değişime motive olmalı.

Adli psikiyatri hemşirelerinde olması gereken yetenek, bilgi, beceri ve özellikler bu şekilde tanımlanmıştır. Ancak yapılan çalışmalarla, Avustralya'da İngiltere'de, adli psikiyatride, hemşire uygulamalarının, tedavi amaçlı ve hasta merkezli olmaktan ziyade görev oryantasyonlu olduğu, hastanın davranışını kontrol etmenin, hasta tarafından ortaya koyulan davranışları doktora bildirme zorunluluğunun, hemşireler tarafından en önemli görev olarak tanımlandığı bulunmuştur (87, 94). Adli psikiyatri hemşireleri tarafından sunulan adli bakımın, sadece bireylerin suç davranışlarına ve ruhsal bozukluklarına odaklandığı belirtmiştir (27). Yüksek düzeyde fiziksel kontrollü bir ortamın bu durumun oluşmasında etkili olduğu ifade edilmiştir (87). Ayrıca, adli psikiyatri hemşireliği uygulamaları ile teorik modeller arasında uyumsuzluklar olduğu vurgulanmıştır (124).

Son yıllarda, adli psikiyatri hemşireliği alanında yapılan araştırmalar, adli psikiyatri hemşirelerinin spesifik beceri-yeteneklerini ve rolünü geliştirme ya da suçlu hastaların bakımı üzerine odaklanma eğilimindedir (94, 101). Mason ve ark. (2008)'da, adli psikiyatri hemşireliği alanındaki gelişmelerin, adli psikiyatri hemşirelerinin beceri ve yeteneklerini geliştirmeye yönelik öğretim programları oluşturmak ve bu konuda politikaları biçimlendirmek kadar, multidisipliner çalışma üzerine odaklandığını belirtmektedir (101). Mercer ve ark. gelecekte, ruhsal bozukluğu olan suç işlemiş hastaların yönetiminde, şu anda profesyoneller tarafından pek de dikkate alınmayan ve bu hastaların davranışlarının ve ruhsal bozukluklarının doğası gereği gelişen sosyal alandaki dışlanmalarını da kapsayan, daha başarılı yollar üzerine odaklanılacağını, bu bağlamda, sosyal etkileşim, sosyal iletişim, sosyal yapı ve sosyal stigma yönetimini kapsayan terapiler hedeflenerek, daha kapsamlı ruh sağlığı ve terapi hizmetlerinin geliştirileceğini ve adli psikiyatri hemşireliğinin daha iyi olacağını belirtmiştir (104).

1.7.3.2. ADLİ PSİKİYATRİ HASTASININ RUH SAĞLIĞININ KORUNMASI VE GELİŞTİRİLMESİNDE ADLİ PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN ROLÜ VE ÖNEMİ

Suç işleyen ve ruh sağlığı bozuk olan bireye sunulan sağlık hizmetleri, ekip çalışmasını gerektirir ve adli psikiyatri hemşiresi de bu ekibin önemli bir parçasını oluşturur (51, 53, 162). Hem suçlu, hem de ruh sağlığı bozuk bireylerle çalışmak ve kişisel güvenliği sürdürmek kolay değildir. Hem güvenliğin, hem de bireye yönelik fiziksel ve ruhsal bakımın sağlanacağı bir sağlık bakımını sunmada, sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan adli psikiyatri hemşirelerinin rolü ve önemi inkar edilemez (32, 51, 162). Yasal olarak davalı olan kişinin, güvenli bir ortamda, bakım, tedavi, rehabilitasyon ve bireysel yönetimini sağlamada, adli psikiyatri hemşiresi önemli katkılar sağlar (32, 51, 53, 162).

Adli psikiyatri hemşiresinin uygulama temeli, psikiyatri hemşireliğine dayanır (27, 32). Ancak, hem hastanın doğasından, hem de hastanın ceza hukuk sistemiyle olan ilişkisinden dolayı hasta-hemşire arasındaki ilişkide adli psikiyatri hemşiresinin rolü, psikiyatri hemşiresinin rolünden önemli derecede farklılık gösterir (32).

Adli psikiyatri hemşiresinin rol fonksiyonları şöyle özetlenebilir:

Tehlikeli davranışları tanımlamak ve yönetmek; Suçlu bireyler toplumdan dışlanma, toplum tarafından yadırganma/yargılanma veya etiketlenme kaygısıyla, genellikle anksiyete ve gerginlik yaşarlar. Bu durum engellenme hissini ortaya çıkarır (32). Yaşanan engellenme duygusu karşısında birey ani öfke patlamaları ve kendisine veya çevresine yönelik saldırgan davranışlar gösterebilir (24). Üstelik, adli psikiyatrik bakım alan bu hastaların birçoğu, çeşitli yıkıcı ve şiddet davranışlarını içeren ciddi suçlar işlemiş bireylerdir (123). Adli psikiyatri hemşireleri, şiddet olasılığından şüphelendiği veya şiddet davranışı ile karşılaştığı durumlarda, bireyi

destekleyerek, yargılamadan, suçlamadan, doğrudan sorular sormak suretiyle, hastaya duygularını anlatması için fırsat vererek, cesaretlendirir (32, 91). Bireyin şiddet veya tekrar suç işleme potansiyelini tanımlar (32, 51, 93, 162). Suçu işlemesi veya suça maruz kalması neticesinde ortaya çıkan duygularla baş etmeyi gösterir (32, 91, 121). İleride benzer bir suç işlememesi için, hasta üzerinde kalıcı bir etki yaratmayı amaçlar. Bunun için, terapi yoluyla davranış değişikliği oluşturmaya çalışır (32, 91).

Adli psikiyatri hastalarının birçoğu da, geri çekilmiş, içe dönük, izole ve intihar eğilimi içersinde olabilir. Bu durumdaki adli psikiyatri hastası, utanç, umutsuzluk, incinebilirlik, kızgınlık ve çaresizlik duyguları yaşayabilir. Adli hemşireler, bu semptomları tanımlamak suretiyle, gözetim altındaki bireyin, suisid riskini tanımlar ve olası bir suisid girişimi durumunda, bireyin fiziksel ve ruhsal sağlık bakımını sağlar (51, 162). Ayrıca bireyin kendine veya çevresine yönelik şiddet olasılığına karşı önlem alma üzerine danışmanlık yapar (94). Bu konuda adli psikiyatri hastasına, stresin nasıl yaşanabileceği, ondan korunma teknikleri ve ilaç kullanmadan stresle nasıl başedebileceği konularında terapötik destek sağlar (51, 162).

Adli psikiyatri hemşiresi ile hasta arasındaki etkileşimde, ilişkinin doğası, öncelikle hastanın geçmiş (suç işlediği zaman) düşünce veya davranışlarından ziyade, şimdiki gereksinimlerine odaklanmalıdır (27, 32). Çünkü, birçok adli psikiyatri hastasının, adli psikiyatri birimine yatışı yapıldığında, ruh sağlığının yanı sıra fiziksel sağlık durumu da oldukça bozuk olabilir. Şu nedenledir ki, adli psikiyatri hastaları, genellikle eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi düşük olmasının yanısıra sigara-içki içen, uyuşturucu kullanan ve beslenmesine dikkat etmeyen bireyler olabilir. Öyle ki, birçoğu da eğitim alma konusunda dirençli bir hasta grubunu oluşturabilir. Bu nedenledir ki, bu hastalara yönelik eğitim

bireyselleştirilmelidir. Bu bağlamda, adli psikiyatri hemşiresi, bu durumdaki hastalara fiziksel ve ruhsal sağlığını koruma ve geliştirme konusunda eğitim verebilir (150).

Tüm bunların yanı sıra, adli psikiyatri hemşiresi, adli psikiyatri hastasından sağlık personeline ya da adli psikiyatri hastasının bakım ve tedavisinde yer alan personelden adli psikiyatri hastasına yönelik şiddet veya istismar durumuyla da karşı karşıya kalabilir (91). Bu durumda, sağlık personelinin saldırıya uğramasını önlemek veya saldırıya uğrayan sağlık personeline yardımcı olmak kadar, adli psikiyatri hastasına yönelik istismara neden olabilecek bir duruma engel olmak ve bu konuda adli psikiyatri hastasına bakım veren personele eğitim vermek de hemşirenin sorumluluklarındandır (91, 150). Ancak, bu şiddet ve öfke yönetimi hiç de kolay bir görev değildir. Dikkat gerektiren, stresli ve sıklıkla sonucunda ödülü olmayan bir görevdir. Ayrıca, hem hasta hem de çalışan tarafından tedavinin anlamsız görüldüğü sosyolojik bir gerilime de neden olabilir (99).

Adli psikiyatri hemşiresinin, tehlikeli davranışları tanımlarken ve yönetirken, kendi hislerini, korkularını ve endişelerini de kontrol etmeyi bilmesi gerekir. Çünkü ruh sağlığı bozuk suç işleyen bireylerle çalışmaktadır ve bunların çoğu belki katil, tacizci, uyuşturucu bağımlısıdır. Bu durumda hemşire bireye değil, davranışına yönelerek, koşulsuz ve pozitif bir ilgi göstermelidir (150).

Kriminoloji (suç bilimi;) Adli psikiyatri hemşireleri, suç ve suçlu davranışlarını araştıran, suç tiplerini, suçun nedenlerini, suçlu profilini ve suçun işlendiği yer özelliklerini tanımlayan (120) kriminoloji hakkında da bilgi sahibi olmalıdır (27, 120). Adli psikiyatri hemşireleri ayrıca, seri cinayetler, ırza geçme,

cinsel şiddet, aile içi şiddet gibi suçlarda “*nasil çalışmalar yapıyor*” ve “*katiller nasıl yakalanıyor*” konularında bilgi sahibi olmalıdır (120).

Yasalar ve profesyonel sorumluluk; Adli psikiyatri hemşirelerinde profesyonel sorumluluk gereği olması gereken en temel özelliklerden birisi “*hastaları etkileyen yasal süreci anlamak*” tır. Adli psikiyatri hemşiresinin, hasta haklarını ve hastayı etkileyen yasal süreci anlama/bilme sorumluluğu vardır (32).

Güvenliğin terapötik kullanımı; Literatürde adli psikiyatri alanındaki hemşireliğin, pek çok açıdan diğer alanlardan çok farklı olmadığı, güvenliğe verilen önemin temel ayırım noktası olduğu belirtilmektedir (94, 121). Martin’in makalesinde belirttiğine göre, Dhondea (1995) tarafından adli psikiyatri hemşirelerinde olması gereken iki temel özellikten birinin güvenliği sürdürmek olduğu ifade edilmektedir (94).

Adli psikiyatri hemşiresi güvenli bir terapötik ortam oluşturmak için;

- Bireyi fizyolojik ve psikolojik kötülüklerden korur
- Bireyin diğer hastalara veya personele meydan okumasına izin vermeyen klinik normların oluşturulmasını sağlar
- Bireye zarar verebilecek (*küçük düşürmek gibi*) ziyaretleri kısıtlar
- Şiddetli anksiyete yaşayan hastalara yardım eder
- Fiziksel şiddet potansiyeli olan hastalara, tekrar kontrollerini kazanana kadar dış kontrollerin kullanılmasını sağlar.

Adli psikiyatri hastanelerinde hastanın tedavi ve bakımının sağlanması kadar, gözaltı ve güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesi zorunludur (94, 122). Bu bağlamda, adli psikiyatri hemşiresi, güvenli bir çevre içinde veya dışında hastayı

koruma, gözetim altında tutma, tutukluluk durumunu yönetme, ziyaretçi kontrolü ve diğer güvenliği ihlal edebilecek durumlar konusunda (*kesici alet bulundurma, telefon kullanımı gibi*), yetenekli olmalıdır (27). Bu noktada, Mason (2002) adli psikiyatri hemşiresinin “*kontrol etme*”, “*inceleme*”, “*sorumlu olma*” ve “*göz önünde tutma*” rolüne vurgu yapmaktadır (98). Güvenli bir hastane ortamı ve bakımı sağlanmazsa, birçok hasta birey tedavi edilmeksizin ya topluma salıverilecek ya da hapisanelere geri gönderilecektir.

Adli psikiyatri hastanelerinde, güvenli bir ortam oluşturulmanın bir koşulu da, hasta hemşire arasında güvene dayalı bir ilişki geliştirmektir (27, 94). Çünkü, adli ortamlarda tedavi ve bakımın elde edilmesinde, hasta-hemşire arasındaki güven ilişkisi önemli rol oynar. Ancak, hasta-hemşire arasındaki ilişkide, tarafların her ikisi de, bu güven ilişkisinin gelişimine engel olacak tutum ve değerlere sahip olabilir (94).

Adli psikiyatri hemşireleri, güven ilişkisinin gelişimini önleyen kişisel inanışlara, korkulara ve stereotiplere sahip olabilir (94). Hemşireler adli psikiyatri hastalarını *agresif, manüplatif, tehlikeli, davalı, korkutucu ve tedavi ve bakıma katılım ve uyum konusunda açık olmayan biri* olarak tanımlayabilir ya da zor olarak etiketledikleri hastaları, *talepkar, şikayet eden, başarısız, manipülatif, terbiyesiz (kaba), mantıksız ve işbirliği etmeyen* birisi olarak niteleyebilirler. Bu tutum ve değerler, hasta-hemşire arasında terapötik bir ilişkinin gelişmesine engel olur ve hemşirenin hastadan uzaklaşmasına neden olabilir (57, 94, 96, 141, 159). Bu nedenle, adli psikiyatri hemşireleri hastalarla terapötik bir güven ilişkisi sağlayabilmek için, alçak gönüllü ve kendi duygu, düşünce ve davranışlarının farkında olmalıdır. Farkındalık, hasta-hemşire ilişkisinde, selfin terapötik kullanımını sağlar (27, 94).

Hasta-hemşire arasındaki terapötik güven ilişkisi hemşirelik sürecinin her yönünü etkiler ve sonuçta kaliteli bir bakım elde edilmesine katkı sağlar (94).

Hasta ile hemşire arasında terapötik bir güven ilişkisi oluşturmanın bir yolu da dokunmaktır (150). Ancak, adli psikiyatri hastası ile böyle bir terapötik ilişki oluşturmak, hiç de kolay değildir. Çünkü, böyle bir ilişki, hastanın hemşireye aşırı bağlanması riskini taşır. Üstelik, böyle bir kişilerarası ilişki hemşireler tarafından da teşvik edilmez (27). Adli psikiyatri hastası ile böyle bir terapötik ilişkiyi sağlamada yalnızca el sıkmak yeterlidir; başka türlü dokunma önerilmez. Çünkü, adli psikiyatri hastası yakın ilişkiden cesaret alıp, hemşirenin hayatı hakkında özel sorular sorabilir. Böyle bir durumda hemşire dikkatli olmalı, kendisi ile hasta arasındaki ilişkiye bir sınır koymalı ve iş ilişkisi dışına çıkmamaya özen göstermelidir (150). Adli psikiyatri hemşireleri, bu şekilde, bakım ve tedaviye yönelik tıbbi yaklaşımın devamlılığını sağlamış olurlar (27).

Hasta hemşire ilişkisinde, güven ilişkisinin gelişimine engel olan bir başka faktör de adli psikiyatri hastalarının otoriteye (sağlık personeline) güvenmemeleri ve neyi niye yaptıklarını bilememeleri, duygu ve düşüncelerini açık bir şekilde ifade edememeleridir. Adli psikiyatri hemşiresi, hastanın özgeçmişini, değerlerini ve motivasyonunu değerlendirerek (*suç sırasındaki mental durumunu inceleyerek*), onu anlamaya çalışır (94, 150). Hemşire, kendini kullanma becerisi ile savunmasız hastanın savunucusu olarak spiritüel (manevi) gelişimine katkıda bulunur (27).

Sosyal Politikalar; Adli psikiyatri hemşiresi, adli psikiyatri birimlerinde kalan, ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik hizmetlerin, “*Kim tarafından?*”, “*Nerede?*” ve “*Nasıl?*” sunulacağı konusuna yönelik ulusal politikaların belirlenmesinde ve uygulanmasında yönlendirici olabilir (27, 120). Ayrıca, bakım veren olarak, suçlanan

ruh sağlığı bozuk bireylere yardımcı olabilmek için adli sistem ile ilgili belli bir bilgi sahibi olma sorumluluğu taşırlar (27, 94).

Etik; Hemşirelerin, adli psikiyatri hastaları ile çalışan diğer disiplinlerin (*polis gibi*) aksine etik standartlara ve ilkelere uyma zorunluluğuna daha çok vurgu yapılır. Hemşirelerin kendi tepkilerini ve bakım verdikleri bireylerin duygularını daha iyi anlamak için bu ilke ve standartları bilme sorumluluğu vardır (160). Ancak, adli psikiyatri hemşireleri, düşünce ve davranışlarından dolayı toplumsal normları sık sık ihlal eden bir hasta grubuyla çalışmaktadır (27). Bu noktada, adli psikiyatri hemşirelerinin, tarafsız davranma sorumluluğu, içinde yaşanan toplumun suç ve suçlulara yönelik değerlerinin, mesleki uygulamalarına yansması etik açıdan çeşitli sorunlar yaratabilir (9, 27, 94). *Örneğin;* Hemşireler genel olarak içgörüsü olmayan, uyumsuz, tedaviye dirençli ve agresif hastalar olarak tanımladıkları adli psikiyatri hastalarına bakım vermede isteksiz olabilirler ya da meslektaşlarının alayına maruz kalacakları veya hasta tarafından manipüle edilecekleri endişesi ile hastayla etkileşimlerinde her zaman kuşkucu ve savunucu olabilirler (94). Bu da, bir süre sonra üstesinden gelinmesi kolay olmayan bir yabancılaşmaya neden olabilir (57, 94, 141, 159). Bu durumda, adli psikiyatri hemşiresi birçok etik kodu ihlal etmiş olur (94). Oysa, mesleki sorumluluğu böyle bir durumda etik davranmayı gerektirir. Etik düşünme ve davranma ise, simulasyon ve deneyimle geliştirilir, öğrenilmez (27).

Adli psikiyatri hemşireleri, adli psikiyatri hastalarına yönelik olarak, toplumun geniş bir bölümü tarafından benimsenmiş olan stigma ve ayırımı güçlendirmemek için, hastalara karşı yaklaşımlarında daha dikkatli olmalı ve olumlu tutumlar geliştirilmesine destek olmalıdır (9, 94).

Adli psikiyatri hemşireleri, ayrıca, etik açıdan, adli psikiyatri hastaları ile ilgili konuların çözümüne aktif olarak katılmalı, çözüme götüren eylemleri seçebilmeli ve

uygulayabilmeli, hemşirelik uygulamalarını yöneten yasalara uymalı ve çözüme götürecek uygulanan girişimin sonucunu değerlendirebilmelidir (94, 150).

Sonuç olarak, adli psikiyatri hastalarının bakım, tedavi ve rehabilitasyonlarının yürütüldüğü adli psikiyatri birimlerinde, adli psikiyatri hastasının fiziksel, psikolojik, sosyal, ruhsal ekonomik ve kültürel durumunu bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirebilen, sosyal ve pratik yaşam becerilerini geliştirmeleri için onları destekleyen ve cesaretlendiren ve adli terminolojiyi bilen, uzmanlaşmış bireylerin istihdam edilmesi, adli psikiyatri hastalarına yönelik hasta bakım kalitesini de arttıracaktır (94, 99, 101).

1.7.3.3. TÜRKİYE’DE ADLİ PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

Psikiyatrinin bir çalışma alanı olan adli psikiyatrinin, henüz ülkemizde bir yan dal olarak eğitimi verilmemektedir. Her ne kadar ayrı bir dal olarak eğitimi verilmese de, uygulamada Adli Tıp Kurumu düzenlemesinde adli psikiyatri, adli tıbbın bir yan dalı gibi örgütlenmiştir. Ancak, bu tür bir örgütlenmenin ve uygulamanın kuramsal ve edimsel bir dayanağı bulunmamaktadır. Ayrıca adli psikiyatri, ülkemizde genel psikiyatri eğitiminde ve uygulamasında da, üzerinde az durulan konulardan biridir. (132).

Sağlık hizmetleri bir ekip çalışmasıdır. Hekimden hemşireye, hasta bakıcıdan hastanede çalışan idari personele kadar herkes bu ekibin parçasıdır. Günümüze kadar sadece klinik branşlarda görülen bu ekip çalışmasının, adli psikiyatri alanında da olması gerektiği düşünülmektedir (53). Ancak, bugün ülkemizde, Devlet İstatistik Enstitüsü 2006 verilerine göre, 15 bini üniversite mezunu olmak üzere 87 bin hemşire, bulunmasına karşın (44), adli psikiyatri alanında özel bilgi ve beceriye sahip, uzmanlaşmış ve “*adli psikiyatri hemşiresi*” olarak tanımlanan hemşireler

bulunmamaktadır. Bu nedenle, adli psikiyatri hastalarına yönelik söz konusu tedavi ve bakım hizmetleri, adli psikiyatri alanında yeterli ölçüde uzmanlaşmamış ve hatta gerek mesleki, gerek hizmet içi eğitimlerle adli psikiyatri hemşireliği konusunda hemen hemen hiç eğitim almamış, lise, önlisans veya lisans mezunu (*çoğunlukla lise ve önlisans mezunu*) hemşirelerin çalışmaları ile yürütülmektedir (20). Adli psikiyatri hastalarına yönelik tedavi ve bakım hizmetleri ise, daha sıklıkla Sağlık Bakanlığı'na bağlı Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde yürütülmektedir. Ancak, alanda yer alan söz konusu hastanelerde bulunan “*Adli Psikiyatri Birimleri*”nde, gerek oluşturulan terapötik ortam, gerekse sunulan bakım hizmetleri açısından bir standardizasyon bulunmamaktadır. Bugün ülkemizde, 2009 yılı itibariyle, toplam 3843 yatak kapasiteli Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde (*toplam sekiz hastane*), 498 yatakta, 32 hekim, 67 hemşire ve 9 psikolog ile adli psikiyatri hastalarına hizmet verilmektedir (Tablo 1). Bunun dışında, hemşireler, üniversite hastanelerinin ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinin acil servislerinde, psikiyatri kliniklerinde ve hatta polikliniklerinde adli psikiyatri olguları ile karşılaşmakta ve hatta bu hastalara bakım vermektedir (53).

Tablo 1: Türkiye'deki Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde Adli Psikiyatri Hastalarına Hizmet Sunulan Yatak ve Sağlık Çalışanı Sayısı

KURUMUN ADI	Toplam Yatak Sayısı	Adli Yatak Sayısı	Hekim Sayısı	Hemşire Sayısı	Psikolog Sayısı
İSTANBUL BAKIRKÖY Ord.Prof.Dr.MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	1400	340	26	41	5
İSTANBUL ERENKÖY RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	195	-	-	-	-
MANİSA RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	700	31	1	6	1
SAMSUN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	206	20	3	8	1
ELAZIĞ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	510	36	1	6	1
ADANA DR.EKREM TOK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	644	71	1	6	1
TRABZON ÇAYKARA ATAKÖY RUH VE SINIR HASTALIKLARI HASTANESİ	98	-	-	-	-
BOLU İZZET BAYSAL RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	90	-	-	-	-
TOPLAM	3843	498	37	67	9

Ülkemizde, hemşireler, adli psikiyatri hemşireliği konusunda da yeterli ve kapsamlı eğitim almamaktadır. Oysa, diğer alanlarda olduğu gibi, adli psikiyatri hastasına yönelik kaliteli bir ruh sağlığı hizmeti için, psikiyatri hemşireliği temel eğitimi içinde, mutlaka adli psikiyatri hemşireliği konuları yer almalı, meslek içi eğitim, yüksek lisans ve doktora programları ile bu alanda gerekli bilgi ve becerilere sahip hemşirelerin yetiştirilmesi desteklenmelidir (53).

Ülkemizde, adli psikiyatri hemşireliği alanındaki en büyük sıkıntılardan birisi de, görev tanımı ve fonksiyonlarının tam olarak tanımlanmamış olmasıdır. Her ne kadar uluslararası literatürde, adli psikiyatri hemşiresinin meslek özellikleri ve etik ilkeler çerçevesinde işlevleri tanımlansa da (94), ülkemizde, uygulamada adli psikiyatri hemşirelerinin yaygın olarak yer almamaları nedeniyle, bu konuda belirli sınırlar çizmek zordur. Ancak, psikiyatri hemşireleri, adli psikiyatri uygulama alanında yer aldıkça, var olan ve şimdiden öngörülemez mesleki ve etik sorunların çözümünün sağlanacağı düşünülmektedir (51, 53, 162).

Sonuç olarak, adli psikiyatri hastalarının bakım, tedavi ve rehabilitasyonlarının yürütüldüğü adli psikiyatri birimlerinde, adli psikiyatri hastasının fiziksel, psikolojik, sosyal, ruhsal ekonomik ve kültürel durumunu bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirebilen, sosyal ve pratik yaşam becerilerini geliştirmeleri için onları destekleyen ve cesaretlendiren ve adli terminolojiyi bilen, uzmanlaşmış sağlık çalışanlarının istihdam edilmesi, adli psikiyatri hastalarına yönelik hasta bakım kalitesini arttıracaktır (5, 6, 10). Bir ülkenin gelişmişliği için, bebek ölüm oranı nasıl bir ölçüt oluşturuyorsa, adli psikiyatri hastalarına yönelik sağlık hizmetlerinin kalitesinin de, bir o kadar ölçüt olduğu unutulmamalıdır. Bu, ayrıca insana verdiği değer de bir göstergesidir.

1.7.3.4. TÜRK HUKUK SİSTEMİNDE ADLİ PSİKİYATRİ HASTALARI İLE İLGİLİ YASAL DÜZENLEMELER

Türk Hukuk sistemine göre, bir kimsenin işlemiş olduğu suçtan dolayı sorumlu tutulabilmesi için “*isnad kabiliyeti*”nin olması gerekir. İsnad kabiliyeti; kişinin anlama ve isteme yeteneğidir. Bazı durumlarda bireylerde isnad kabiliyetinin azaldığı veya mevcut olmadığı kabul edilmektedir. İsnad kabiliyetinin azaldığı veya olmadığı yani bireyin belirli bir tarihte, tam bir ruh (akıl) sağlığı içinde ve gerçekleştirdiği eylemin/suçun anlam ve sonuçlarını kavrayıp, değerlendirme yeteneğinin yerinde olmadığı durumlarda, ceza sorumluluğu da olmaz. Türk Hukuk sistemine göre, yaş küçüklüğü, sağırlık-dilsizlik ve ruhsal bozukluklar gibi durumlar bireyin ceza sorumluluğunun olmadığı durumlardan bazılarıdır (22, 116).

1.7.3.4.1. Farik ve Mümeyyizlik İle İlgili Yasal Düzenlemeler

Türk Ceza Kanunu’nda çocuklara 12 yaşını bitirmeden önce herhangi bir suç için ceza verilemeyeceği öngörülmektedir. Çocukların, TCK’na göre, ancak 12 yaşını bitirip 13 yaşından gün aldıktan sonra işledikleri bir suçun “farik ve mümeyyizi” olabilecekleri kabul edilmektedir. “Farik ve mümeyyizlik” çocukların adölesan dönemi olarak kabul edilen 15 yaşını bitimine kadar değerlendirilir, 16 yaşından gün almış bir çocuk için artık “farik ve mümeyyizlik” geçerli olmaz, ceza sorumluluğundan söz edilir (22).

Özellikle doğuştan sağır-dilsizlerde; algı ve ifade organlarındaki bozukluk nedeniyle olayları gereği gibi algılayamayacakları ve hatalı reaksiyon gösterebilecekleri gerekçesiyle yaş sınırları yükseltilmiştir. Sağır ve dilsiz çocuklar 15 yaşın altında işledikleri suçlardan sorumlu tutulmamakta, bu çocuklar için “*farik ve mümeyyizlik*” 15 yaşını bitirip, 16 yaşından gün almaya başladıktan sonra söz

konusu olmaktadır. Uygulamada sağır-dilsizlerde “*farik ve mümeyyizlik*” 24 yaşını bitirip, 25 yaşından gün alana kadar sürmekte ve 25 yaşından gün almış sağır-dilsiz bir birey için de artık “*farik ve mümeyyizlikten*” söz edilmemekte, ceza sorumluluğundan bahsedilmektedir (22).

Farik ve mümeyyizlik muayenelerinde (22):

- * Zeka ve beden gelişimi,
- * Suç işlediği tarihte 12 yaşını bitirip 16 yaşından gün almamış olduğu,
- * Herhangi bir çocukluk devresi psikiyatrik sendrom bulgusu veya zeka geriliği bulunup bulunmadığı,
- * İşlediği fiilin niteliğini ve bir suç olduğunu, yaptığı ile başkalarının zarar göreceğini ve kendisine ceza verileceğini bilecek derecede zeka gelişimine ulaşıp ulaşmadığı,
- * Suçun işleniş biçimi,
- * İçinde bulunduğu emosyonel koşullar ve sosyokültürel çevresi araştırılmalıdır.

Farik ve mümeyyizlik, özel uzmanlık alanlarınca çözümlenecek nitelikte yoğun bilgi ve değerlendirme yöntemlerini gerektirmektedir. 2253 sayılı Çocuk Mahkemeleri ile ilgili Kanununun 20. maddesine göre pratisyen hekimin verdiği “*farik ve mümeyyizlik*” raporu geçerli değildir. Yargıtay kararlarına göre; bu raporu veren hekimin adli tıp, nöroloji yada psikiyatri uzmanı olması gerekmektedir (22).

1.7.3.4.2. Ceza Sorumluluğu İle İlgili Yasal Düzenlemeler

Türk Hukuk Sistemi'nde yer alan yasalara göre, suç işleyen bir kişi ceza görebilmesi için (22):

- * Yaş ve ruhsal-zihinsel-bedensel olgunluk bakımından belli bir düzeye ulaşmış olmalı
- * Yaptığı eylemin anlamını, doğuracağı sonuçları ve bunların toplum değer yargılarından farkını bilmeli
- * Eylemi işlediği anda fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğine sahip olmalı
- * Kendisine uygulanan ceza ve infazından olumlu dersler çıkarabilmelidir.

Yasalara göre; 15 yaşını bitirip 16 yaşından gün almış ve suç işlemiş olan bir kişide, sağır ve dilsiz olmadığı takdirde, artık “farik ve mümeyyizlik” ten söz edilemez, ceza sorumluluğundan bahsedilir. 16-18 yaşları arasında olan çocuklarda impuls kontrolünün yetersiz olması nedeniyle “yaşa göre ceza sorumluluğu” uygulanır ve ceza 1/3 oranında indirilir. 18 yaşını bitirmiş ve 19 yaşından gün almış bireyde ise yaştan kaynaklanan bir sorumluluk azalması söz konusu değildir ve “tam ceza sorumluluğu”ndan söz edilir. Sağır-dilsizlerde ise “tam ceza sorumluluğu”ndan 24 yaşını bitirip 25 yaşından gün aldıktan sonra söz edilir (22).

Yargılama sürecinde, durumundan kuşku duyulan ya da ruh hastası olduğu iddia edilen bir kişi 15 yaşının bitiminden sonra sanığı olduğu bir suç karşısında ceza sorumluluğunun saptanması amacıyla, ayaktan psikiyatrik değerlendirmesinin yapılması için uzman hekime sevk edilir. Ayaktan değerlendirme güçlüğü olduğunda, Ceza Muhakemeleri Kanunu (CMK)'nun 74. maddesi uyarınca yargıcın gözlem kararı ile kişi resmi bir sağlık kurumuna gönderilerek gözlem altına alınır.

Yatırılarak gözleme ilişkin bir mahkeme kararı olmadığında ise, gözlem için kişinin yazılı onuru istenir. Olur vermeyen kişinin durumu yargı organına rapor edilir. Ancak, yargı kararı olduğunda, kişinin oluru olup olmadığına bakılmaksızın yatırılarak gözlem altına alınır. Gözlem altındaki kişi tutuklu kabul edilir ve bu süre cezadan sayılır (22, 132).

Ceza sorumluluğunda kişinin suç işlediği sırada ceza sorumluluğunu ortadan kaldıracak veya azaltacak kapsam ve nitelikte herhangi bir ruh hastalığı ya da ruhsal zayıflık içinde olup olmadığının değerlendirilmesi gerekmektedir. Kişinin olaydan önce veya olaydan sonra herhangi bir psikiyatrik tablo içinde olması ceza sorumluluğunu etkilemez. Burada önemli olan, suç işlendiği sırada ceza sorumluluğunun (bilinç ve eylem özgürlüğünün) olmamasıdır. Çeşitli tıbbi durumların yanı sıra psikiyatrik tablolarda da kişinin ceza sorumluluğu ortadan kaldırılabilir veya azaltılabilir (22).

1.7.3.4.2.1. Ceza Sorumluluğunun Bulunmadığı Ruhsal Hastalıklar

Türk Ceza Kanunu'nda (*Madde 32 - 1.Bend*) ceza sorumluluğunun bulunmaması için, bireyin fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli derecede azalmış olması gerekmektedir. Psikiyatri bilimine göre, söz konusu bu durum, tümör, travma, ateşli hastalık gibi fiziksel durumlarda ortaya çıkabileceği gibi, erken bunama gibi psişik durumlarda da oluşabilir. Ancak, genel olarak ağır ruhsal bozukluklarda (*fonksiyonel psikozlar, organik kökenli psikozlar, ağır duygulanım bozuklukları*), zekâ gerililiği olanlarda ve bilinç bozukluğuna neden olan durumlarda ceza sorumluluğu yoktur (116, 126).

1) Psikozlar: Bilinç bozukluğu bulunmayan, zaman-mekân ayrımını yapma yeteneği bozulmamış, zekâ ve hafıza sorunu olmayan, ancak halüsinasyon gibi önemli algı bozuklukları, gerçeği değerlendirme ve muhakeme yeteneği kaybı, hastalığının farkında olmama hali, hezeyan gibi önemli düşünce bozukluğu ve çeşitli davranış bozuklukları görülen ve psikoz diye de tanımlanan ruhsal bozukluk halinde işlenen suçlarda ceza sorumluluğu yoktur. Bu hastalar sık olmasa da halüsinasyonları, delirleri, yanlış muhakemeleri, duygusal değişikliklerin etkisi ile ağır veya hafif suçlar işleyebilirler. Bunlar genellikle ahlaki suçlar, kavga, yaralama, cinayet gibi suçlardır. Psikozlar (116);

- ~ Şizofreni
- ~ Hezeyanlı bozukluk
- ~ Şizoaftif bozukluk
- ~ Şizofreniform bozukluk
- ~ Kısa tepkisel psikoz
- ~ Alkol ve madde kullanımının neden olduğu psikozlar

2) Duygulanımla İlgili Bozukluklar:

a. Mani: Aşırı neşe hali, aşırı hareketlilik, kendine güvende artma, büyüklük delirleri ve bazen bununla bağlantılı perseküsyon (kötülük görme) delirlerinin de bulunabildiği bu bozuklukta, kişi engellendiğinde öfkelenir ve saldırgan tutumları olabilir. Ayrıca delirlerin etkisi ile de suç içeren davranışlarda bulunabilir. Bu suçlar, çoğunlukla kavga, tehdit, yaralama, hakaret, devlet büyükleri aleyhine konuşmak, tecavüz, fahişelik gibi suçlar olabilir. Cinayet çok azdır. Ayrıca bunlarda mal bağışında bulunma, malını - mülkünü yok pahasına satma gibi hukuki sorunlar da sık olarak görülebilir (116).

b. Major (Ağır) Depresyon: Sıkıntı hissi, ilgi ve zevk kaybı, suçluluk, günahkârlık düşünceleri, özsaygıda azalma, kendini işe yaramaz, değersiz ve küçük görme, bazen değersizlik hezeyanları bulunur. Kişinin varlığı ve yaşamı giderek anlamsız hale gelir ve intihar düşünceleri gelişir. Ayrıca anlamsız bulduğu yaşamdan kurtarmak için yakınlarına zarar verebilir. Cinayet veya cinayetler ve sonra da intiharlar görülebilmektedir (116).

3) Organik Kökenli Ruhsal Bozukluklar

a) Deliryum: Bilinç bulanıklılığı, dezoryantasyon, dikkat ve hafıza bozukluğu, yargılama ve yorumlama hataları bulunur. İllüzyon ve halüsinasyonlar yaşanabilir. Düşünce karmaşıktır ve yavaşlamıştır. Olaylar yanlış algılanabilir ve yanlış yorumlanabilir. Bu nedenle kendisine ve başkasına zarar verebilir (116).

b) Demans: Genel olarak demans ilerleyici gidiş gösterir, hafıza giderek bozular. Yargı ve davranış bozuklukları, kişilik değişiklikleri, regresyon (çocuksu davranışlar), kötülük görme hezeyanları, halüsinasyonlar ve illüzyonlar görülebilir. Sosyal uyum bozular (116).

c) Ağır Zekâ Geriliği: Zekânın tanımı güç olmakla birlikte, zekâ, “bireyin amaçlı biçimde hareket edebilme, mantıklı düşünebilme ve çevresine uyum yapabilme yeteneklerinin tümüdür” şeklinde tanımlanabilir (116).

Ağır derecede mental retardasyonu olanlarda ceza sorumluluğu yoktur. Zekâ bölümleri 50-70 arası olan hafif mental retardasyonlular ilkokulu 15-16 yaşlarında bitirecek düzeye gelirler ki, bu da ortalama 12 yaşındaki normal bir çocuğun zekâsına eşittir. Bu durumda zekâ yaşı 11'in altında olanların ceza

sorumluluğu yoktur. Ancak, zekâ yaşı 11'in üzerinde olanlar için kısmi sorumluluk söz konusu olur (116).

d) Epilepsinin Preiktal, İktal ve Postiktal Dönemleri: Epilepsi nöbetleri klinik olarak motor, sensoryel, vejetatif ve psişik semptomlar göstermektedir. Bilinç kaybıyla birlikte olan epileptik nöbetler sırasında işlenen suçlarda ceza sorumluluğu yoktur. Ancak epileptik nöbetler sırasında işlenen suçlar çok azdır. Epileptiklerin işledikleri suçların büyük kısmı genellikle nöbet sonrası, daha az olarak da nöbet öncesi ortaya çıkan bilinç bulanıklığı ile beraberdir (116).

4) Uyurgezerlik: Daha çok çocukluk çağında görülen bir uyku bozukluğudur. Uykunun Non-REM (S uykusu, sessiz uyku) döneminde ve genellikle uykunun başlarında görülür. Yineleyici hareketler, dolaşma, giyinme, kapı açma, yemek yeme gibi otomatik nitelikte davranışlar vardır. Non-REM uyku döneminde görülen bir başka uyku bozukluğu, uykuda korku nöbeti'nde de (Pavor Nokturnus) derin korku, panik hali ve buna bağlı suç girişimleri olabilir (116).

1.7.3.4.2.2. Ceza Sorumluluğunun Azaldığı Ruhsal Hastalıklar

Türk Ceza Kanunu'nun ruhsal bozukluklar (akıl hastalıkları) ile ilgili düzenlemesinde (*Madde 32-2. Bend*), "İşlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi beş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir" denir (64, 126).

Hafif derecede zekâ gerilikleri, epilepsi ve diğer nedenlere ikincil kişilik bozuklukları, bazı psikozların veya duygulanım bozukluklarının kısmi remisyon

halleri, ağır obsesif kompulsif bozukluk, hipokondriazis ve fobik bozuklukla beraber olan veya ayrıca panik bozukluğuna bağlı panik atakları, piromani, kleptomani gibi dürtü kontrol bozuklukları bu kapsamda değerlendirilebilir (116).

Türk Ceza Kanunu'nun 34. Maddesi ve Geçici (Arızı) Nedenler:

Ruhsal bozukluklar dışında bazı geçici sebeplerin de, anlama ve isteme yeteneğini tamamen kaldırması veya azaltması ve dolayısıyla kişinin fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğine etki etmesi söz konusu olabilir. Bunlar ruhsal bozukluklar gibi devamlılık arzeden durumlar olmayıp, geçici niteliktedirler. Bu gibi bir durumda, kişide esasen herhangi bir ruhsal bozukluk bulunmamakta, sadece geçici nitelikli patolojik bir sebep, anlama ve isteme yeteneğini tamamen kaldırmakta veya azaltmaktadır (116).

Geçici (arızı) sebeplere örnek olarak hukukçular uyku hali, ateşli hastalık, kitle psikolojisi, hipnotizma, sara nöbeti ve yeni doğum yapmış kadının psikolojik durumunu göstermektedirler. Psikiyatristler ise örnek olarak (116);

- * Doğrudan beyni etkileyen nedenler (*serebrovasküler, menenjit, ensefalit, kafa travmaları, toksik etkenler, bağımlılık yapan maddelerle ilgili yoksunluk sendromları, epilepsi, beyin tümörleri*)
- * Metabolik nedenler (*hepatik ve üremik esefalopati, sıvı, elektrolit, asit-baz dengesizliği, dehidratasyonlar, beyinde anoksiye sebep olan akciğer, kalp hastalıkları, hipertansif ensefalopati*),
- * Endokrin sistemle ilgili bozukluklar (*hipo-hiper glisemi, hipo-hipertiroidi, hiperparatiroidi, sürrenal korteks hastalıkları*),
- * Sistemik enfeksiyonlar (*sepsis, tifo, sıtma*),
- * Yüksek ateşli diğer nedenler,

- * Aşırı uyaran yoksunluğu
- * Aşırı uyaran fazlalığını (*ağır uykusuzluk, dayanılmaz görsel-işitsel uyaranlar, ağır işkence*) göstermektedirler.

Ayrıca, hipnoz, istemeyerek sarhoşluk, ruhsal bozukluğu bulunmayan kişinin ceza sorumluluğunu ortadan kaldırmış veya önemli ölçüde azaltmış olabilir. Bu nedenle TCK'nun 34. maddesinin birinci bendinde, “Geçici bir nedenle ya da irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisiyle, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez” der (116, 126).

1.7.2.4.2.3. Ceza Sorumluluğu Tam Olarak Değerlendirilen Ruhsal Hastalıklar

Bir kişinin işlemiş olduğu suça karşı ceza sorumluluğunun tam olabilmesi için, suçun işlenişi sırasında neleri, ne için yaptığını ve yaptıklarının sonuçlarını bilerek eyleme girmesi gerekir. Yani bu kişilerde yasanın öngördüğü şekilde, işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğini azaltacak surette bir akıl hastalığı (ruhsal bir bozukluk) yoktur. Ancak, bu kişilerde ceza sorumluluğunu etkilemeyen bazı ruhsal bozukluklar da saptanabilir. Bunlar suç anında mevcut olsa da ceza sorumluluğunu etkilememektedir. Bu bozukluklar, psikonevroz veya nevrotik bozukluk olarak da isimlendirilen anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, iradi olarak alkol ve uyuşturucu madde alma ve kişilik bozuklukları olarak sıralanabilir (116, 126).

Ayrıca, gözlem sırasında ceza sorumluluğunu etkileyecek bir hastalık saptandığında bunun suçla zamansal bağlantısı araştırılır. Suç sonrası ortaya çıkan bozukluklarda, tekrarlayan psikozlarda ve duygulanım bozukluklarında suç tarihine

göre yapılan değerlendirmede, olay anında iyilik durumu belirlenen kişilerin ceza sorumluluğu tam olarak kabul edilir (116).

Madde Bağımlılığı

TCK' na göre, toksik maddelerin bağımlılık düzeyinde olmayan alışkanlığı başlı başına bir suç teşkil eder. Madde kullanımı bağımlılık düzeyinde ise kişiye bu nedenle bir ceza verilmeyip tedavisi amacıyla bir hastaneye yatırılmasına karar verilir (116).

Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Psikopati, sosyopati ve topluma karşı kişilik bozukluğu olarak da adlandırılan antisosyal kişilik bozukluğu olan kişiler sık sık suç sayılan davranışlar gösterirler. Kavgacılık, saldırganlık, dürtüsellik, sahtecilik, hırsızlık, yalancılık, toplumsal ve aile yaşantısında sorumsuzluk, acımasızlık temel özellikleridir. Sürekli ve tutarlı ilişki kuramazlar. Zeki ve yetenekli olsalar bile uzun süre bir işte kalamazlar. Bu hızlı ve uçarı yaşam orta yaşlarda duraklar, ancak bencillik ve sorumsuzluk devam eder (116).

Tedavisi mümkün olmayan antisosyal kişilik bozukluğu ruhsal bozukluk olarak değerlendirilmemektedir ve ceza sorumlulukları tamdır. Bunların ağır cezayı gerektiren suçlarda akıl hastanelerine yatırılmaları düşünülemez. Bu kişiler için normal hapishaneler de uygun değildir. Diğer tutuklu veya mahkmlara kötü örnek olacakları gibi, kişileri çeşitli suçlara da teşvik edebilirler. Bu nedenle bu bireylerin, psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanları ve bu konuda eğitilmiş elemanların bulunduğu özel bir terapötik ortamda (hastane/hapishane) olmaları önerilmektedir (116).

Tablo 2: 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nun Adli Psikiyatri İle İlgili Maddeleri**Kanunun Bağlayıcılığı**

Madde 4. - (1) Ceza kanunlarını bilmemek mazeret sayılmaz.

(2) Ancak sakınamayacağı bir hata nedeniyle kanunu bilmediği için meşru sanarak bir suç işleyen kimse cezaen sorumlu olmaz.

Ceza Sorumluluğunun Şahsiliği

Madde 20. - (1) Ceza sorumluluğu şahsidir. Kimse başkasının fiilinden dolayı sorumlu tutulamaz.

(2) Tüzel kişiler hakkında ceza yaptırımını uygulanamaz. Ancak, suç dolayısıyla kanunda öngörülen güvenlik tedbiri niteliğindeki yaptırımlar saklıdır.

Kast

Madde 21. - (1) Suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır. Kast, suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir.

(2) Kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi halinde olası kast vardır. Bu halde, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektiren suçlarda müebbet hapis cezasına, müebbet hapis cezasını gerektiren suçlarda yirmi yıldan yirmibeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur; diğer suçlarda ise temel ceza üçte birden yarısına kadar indirilir.

Taksir

Madde 22. - (1) Taksirle işlenen fiiller, kanunun açıkça belirttiği hallerde cezalandırılır.

(2) Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeden gerçekleştirilmesidir.

(3) Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır; bu halde taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır

(4) Taksirle işlenen suçtan dolayı verilecek olan ceza failin kusuruna göre belirlenir.

(5) Birden fazla kişinin taksirle işlediği suçlarda, herkes kendi kusurundan dolayı sorumlu olur. Her failin cezası kusuruna göre ayrı ayrı belirlenir.

(6) Taksirli hareket sonucu neden olunan netice, münhasıran failin kişisel ve ailevi durumu bakımından, artık bir cezanın hükmedilmesini gereksiz kılacak derecede mağdur olmasına yol açmışsa ceza verilmez; bilinçli taksir halinde verilecek ceza yarıdan altıda bire kadar indirilebilir.

Yaş Küçüklüğü

Madde 31 - (1) Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında, ceza kovuşturması yapılamaz; ancak, çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir.

(2) Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmuş olup da on beş yaşını doldurmamış olanların işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması hâlinde ceza sorumluluğu yoktur. Ancak bu kişiler hakkında çocuklara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur. İşlediği fiili algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı hâlinde, bu kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde dokuz yıldan on iki yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde yedi yıldan dokuz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların üçte ikisi indirilir ve bu hâlde her fiil için verilecek hapis cezası altı yıldan fazla olamaz.

(3) Fiili işlediği sırada on beş yaşını doldurmuş olup da on sekiz yaşını doldurmamış olan kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde on dört yıldan yirmi yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde dokuz yıldan on iki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların yarısı indirilir ve bu hâlde her fiil için verilecek hapis cezası sekiz yıldan fazla olamaz.

Akıl Hastalığı

Madde 32 - (1) Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur.

(2) Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi beş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hâllerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkûm

olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.

Sağır ve Dilsizlik

Madde 33 - (1) Bu kanunun, fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmamış olan çocuklara ilişkin hükümleri, on beş yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler hakkında; on iki yaşını doldurmuş olup da on beş yaşını doldurmamış olanlara ilişkin hükümleri, on beş yaşını doldurmuş olup da on sekiz yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler hakkında; on beş yaşını doldurmuş olup da on sekiz yaşını doldurmamış olanlara ilişkin hükümleri, on sekiz yaşını doldurmuş olup da yirmi bir yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler hakkında da uygulanır.

Geçici Nedenler, Alkol veya Uyuşturucu Madde Etkisinde Olma

Madde 34 - (1) Geçici bir nedenle ya da irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisiyle, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez.

(2) İradî olarak alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisinde suç işleyen kişi hakkında birinci fıkra hükmü uygulanmaz.

Akıl Hastalarına Özgü Güvenlik Tedbirleri

Madde 57 - (1) Fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilen akıl hastaları, yüksek güvenliqli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar.

(2) Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş olan akıl hastası, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca düzenlenen raporda toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalktığına veya önemli ölçüde azaldığına belirtilmesi üzerine mahkeme veya hâkim kararıyla serbest bırakılabilir.

(3) Sağlık kurulu raporunda, akıl hastalığının ve işlenen fiilin niteliğine göre, güvenlik bakımından kişinin tıbbî kontrol ve takibinin gerekip gerekmediği, gerekiyor ise, bunun süre ve aralıkları belirtilir.

(4) Tıbbî kontrol ve takip, raporda gösterilen süre ve aralıklarla, Cumhuriyet savcılığınca bu kişilerin teknik donanımı ve yetkili uzmanı olan sağlık kuruluşuna gönderilmeleri ile sağlanır.

(5) Tıbbî kontrol ve takipte, kişinin akıl hastalığı itibarıyla toplum açısından tehlikeliliğinin arttığı anlaşıldığında, hazırlanan rapora dayanılarak, yeniden koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Bu durumda, bir ve devamı fıkralarda belirlenen işlemler tekrarlanır.

(6) İşlediği fiille ilgili olarak hastalığı yüzünden davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişi hakkında birinci ve ikinci fıkra hükümlerine göre yerleştirildiği yüksek güvenilirlikli sağlık kuruluşunda düzenlenen kurul raporu üzerine, mahkûm olduğu hapis cezası, süresi aynı kalmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, mahkeme kararıyla akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.

(7) Suç işleyen alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlısı kişilerin, güvenlik tedbiri olarak, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılarına özgü sağlık kuruluşunda tedavi altına alınmasına karar verilir. Bu kişilerin tedavisi, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılığından kurtulmalarına kadar devam eder. Bu kişiler, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca bu yönde düzenlenecek rapor üzerine mahkeme veya hâkim kararıyla serbest bırakılabilir.

Akıl Hastası Üzerindeki Bakım ve Gözetim Yükümlülüğünün İhlâli

Madde 175 - (1) Akıl hastası üzerindeki bakım ve gözetim yükümlülüğünü, başkalarının hayatı, sağlığı veya malvarlığı bakımından tehlikeli olabilecek şekilde ihmal eden kişi, altı aya kadar hapis veya adlî para cezası ile cezalandırılır.

Kullanmak İçin Uyuşturucu Veya Uyarıcı Madde Satın Almak, Kabul Etmek veya Bulundurmak

Madde 191 - (Değişik madde: 06/12/2006 - 5560 S.K.7.md)

(1) Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi, bir yıldan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Bu suçtan dolayı açılan davada mahkeme, birinci fıkraya göre hüküm vermeden önce uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi hakkında, tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine; kullanmamakla birlikte, kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi hakkında, denetimli serbestlik tedbirine karar verebilir.

(3) Hakkında tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine karar verilen kişi, belirlenen kurumda uygulanan tedavinin ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranmakla yükümlüdür. Hakkında denetimli serbestlik tedbirine hükmedilen kişiye rehberlik edecek bir uzman görevlendirilir. Bu uzman, güvenlik tedbirinin uygulama süresince, kişiyi uyuşturucu veya uyarıcı maddenin kullanılmasının etki ve sonuçları hakkında bilgilendirir, kişiye sorumluluk bilincinin gelişmesine yönelik olarak öğütte bulunur ve yol gösterir; kişinin gelişimi ve davranışları hakkında üçer aylık sürelerle rapor düzenleyerek hâkime verir.

(4) Tedavi süresince devam eden denetimli serbestlik tedbirine, tedavinin sona erdiği tarihten itibaren bir yıl süreyle devam olunur. Denetimli serbestlik tedbirinin uygulanma süresinin uzatılmasına karar verilebilir. Ancak, bu durumda süre üç yıldan fazla olamaz.

(5) Tedavinin ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranan kişi hakkında açılmış olan davanın düşmesine karar verilir. Aksi takdirde, davaya devam olunarak hüküm verilir.

(6) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi, hakkında kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmaktan dolayı cezaya hükmedildikten sonra da iki ilâ dördüncü fıkralar hükümlerine göre tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine tâbi tutulabilir. Bu durumda, hükmolunan cezanın infazı ertelenir. Ancak, bunun için kişi hakkında bu suç nedeniyle önceden tedavi ve denetimli serbestlik tedbirine karar verilmemiş olması gerekir.

(7) Kişinin mahkûm olduğu ceza, tedavinin ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranması halinde, infaz edilmiş sayılır; aksi takdirde, derhal infaz edilir.

Sağlık İçin Tehlikeli Madde Temini

Madde 194 - (1) Sağlık için tehlike oluşturabilecek maddeleri çocuklara, akıl hastalarına veya uçucu madde kullananlara veren veya tüketimine sunan kişi, altı aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır

Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi

Madde 280 - (1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.

1.7.3.4.3. Hukuki Sorumluluk İle İlgili Yasal Düzenlemeler

Hukuki sorumluluk, kişilerin herhangi bir toplumsal sözleşmeyi gerçekleştirebilecek sorumluluklarının olup olmadığının değerlendirilmesine dayanır (51). Şuuru açık, yere, zamana ve kendisine yönelimi tam olarak değerlendirilen, günlük rayiç kıymetlerini bilen; zeka, bellek ve dikkat patolojisi olmayan, muhakeme kusuru bulunmayan, muayene edilmiş sebebini tam bir açıklıkla izah edebilen kişi için “*hukuki ehliyeteye haiz olduğu*” kanaatine varılır (17).

Hukuki sorumluluğu (ehliyeti), “*fiili ehliyet*” ve “*hak ehliyeti*” olmak üzere iki kavramla tanımlamak mümkündür (17):

Fiili Ehliyet: Kişinin kendi fiilleri ile hak elde etme, borçlar yüklenebilme yeteneğidir. Ayırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergin kişinin fiili ehliyeti vardır. Ayırt etme gücü bulunmayanların, küçüklerin ve kısıtlıların fiil ehliyeti yoktur. Fiil ehliyeti kişinin yaptığı fiilin hukuki sonucunun kendisine yöneltilebilmesini sağlar. Fiil ehliyeti, dinamik ve aktiftir ve bir fiil gerçekleşince aranır (17).

Hak Ehliyeti: Her kişi doğuştan hak ehliyetine sahiptir. Bütün insanlar, hukuk düzeninin sınırları içinde haklara ve borçlara ehil olmada eşittirler, başka bir anlatımla herkes hak ehliyetinden eşit olarak yararlanır (*Vatandaşlık hakkı, isim hakkı gibi*) (17, 63). Hak ehliyeti pasif ve statiktir (63).

Türk Hukuk Sistemi’nde, hukuki sorumluluk değerlendirmesi hekimlerden istenmektedir. Adli psikiyatrik açıdan, ceza sorumluluğunda olduğu gibi, hukuki sorumluluğun ortadan kalktığı veya azaldığı durumlar benzerlik göstermekle birlikte (116)., medeni hukuk ceza hukukunun sorumluluğa dair hükümlerine bağlı değildir; ceza sorumluluğu olmayan bir kişinin hukuki sorumluluğu olabilir (63).

Türk hukuk sisteminde, bireyin hukuki sorumluluğuna sahip olup olmama durumunu değerlendiren maddeler Türk Medeni Kanunu (TMK) ve Borçlar Kanunu'nda yer alır (17).

Tablo 3: 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu'nun Adli Psikiyatri İle İlgili Maddeleri (TMK 2001)

Hak Ehliyeti

Madde 8- Her insanın hak ehliyeti vardır.

Buna göre bütün insanlar, hukuk düzeninin sınırları içinde, haklara ve borçlara ehil olmada eşittirler.

Fiil Ehliyeti

Madde 9- Fiil ehliyetine sahip olan kimse, kendi fiilleriyle hak edinebilir ve borç altına girebilir.

Madde 10- Ayırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergin kişinin fiil ehliyeti vardır.

Madde 11- Erginlik on sekiz yaşın doldurulmasıyla başlar. Evlenme kişiyi ergin kılar.

Madde 12- On beş yaşını dolduran küçük, kendi isteği ve velisinin rızasıyla mahkemece ergin kılınabilir.

Madde 13- Yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan herkes, bu kanuna göre ayırt etme gücüne sahiptir.

Fiil Ehliyetsizliği

Madde 14- Ayırt etme gücü bulunmayanların, küçüklerin ve kısıtlıların fiil ehliyeti yoktur.

Madde 15- Kanunda gösterilen ayırık durumlar saklı kalmak üzere, ayırt etme gücü bulunmayan kimsenin fiilleri hukuki sonuç doğurmaz.

Madde 16- Ayırt etme gücüne sahip küçükler ve kısıtlılar, yasal temsilcilerinin rızası olmadıkça, kendi işlemleriyle borç altına giremezler. Karşılıksız kazanmada ve kişiye sıkı sıkıya bağlı hakları kullanmada bu rıza gerekli değildir. Ayırt etme gücüne sahip küçükler ve kısıtlılar haksız fiillerinden sorumludurlar.

Akıl Hastalığı

Madde 133- Akıl hastaları, evlenmelerinde tıbbi sakınca bulunmadığı resmi sağlık kurulu raporuyla anlaşılmadıkça evlenemezler.,

Evlenme - Boşanma

Madde 145- Aşağıdaki hallerde evlenme mutlak butlanla batıldır:

1. Eşlerden birinin evlenme sırasında evli bulunması,
2. Eşlerden birinin evlenme sırasında sürekli bir sebeple ayırt etme gücünden yoksun bulunması
3. Eşlerden birinde evlenmeye engel olacak derecede akıl hastalığı bulunması,
4. Eşler arasında evlenmeye engel olacak derecede hısımlığın bulunması.

Madde 148- Evlenme sırasında geçici bir sebeple ayırt etme gücünden yoksun olan eş, evlenmenin iptalini dava edebilir.

Madde 165.- Eşlerden biri akıl hastası olup da bu yüzden ortak hayat diğer eş için çekilmez hale gelirse, hastalığın geçmesine olanak bulunmadığı resmi sağlık kurulu raporuyla tespit edilmek koşuluyla bu eş [boşanma](#) davası açabilir.

Vesayet

Madde 405- Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır.

Görevlerini yaparlarken vesayet altına alınmayı gerekli kılan bir durumun varlığını öğrenen idari makamlar, noterler ve mahkemeler, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar.

Madde 406- Savurganlığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı veya malvarlığını kötü yönetmesi sebebiyle kendisini veya ailesini darlık veya yoksulluğa düşürme tehlikesine yol açan ve bu yüzden devamlı korunmaya ve bakıma muhtaç olan ya da başkalarının güvenliğini tehdit eden her ergin kısıtlanır.

Özgürlüğü Bağlayıcı Ceza

Madde 407.- Bir yıl veya daha uzun süreli özgürlüğü bağlayıcı bir cezaya mahkûm olan her ergin kısıtlanır.

Cezayı yerine getirmekle görevli makam, böyle bir hükümlünün cezasını çekmeye başladığını, kendisine vasi atanmak üzere hemen yetkili vesayet makamına bildirmekle yükümlüdür.

Madde 408- Yaşlılığı, sakatlığı, deneyimsizliği veya ağır hastalığı sebebiyle işlerini gerektiği gibi yönetemediğini ispat eden her ergin kısıtlanmasını isteyebilir.

Madde 409- Bir kimse dinlenilmeden savurganlığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı, kötü yönetimi veya isteği sebebiyle kısıtlanamaz. Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle kısıtlamaya ancak resmi sağlık kurulu raporu üzerine karar verilir. Hakim, karar vermeden önce, kurul raporunu göz önünde tutarak kısıtlanması istenen kişiyi dinleyebilir.

İlan

Madde 410- Kısıtlama kararı, kesinleşince hemen kısıtlının yerleşim yeri ile nüfusa kayıtlı olduğu yerde ilan olunur. Kısıtlama, iyiniyetli üçüncü kişileri ilandan önce etkilemez.

Ayırt etme gücüne sahip olmamanın sonuçlarına ilişkin hükümler saklıdır.

Kayyımlik Gerektiren Haller

Madde 426 - Vesayet makamı, aşağıda yazılı olan veya kanunda gösterilen diğer hallerde ilgisinin isteği üzerine veya re'sen temsil kayyımı atar:

1. Ergin bir kişi, hastalığı, başka bir yerde bulunması veya benzeri bir sebeple ivedi bir işini kendisi görebilecek veya bir temsilci atayabilecek durumda değilse,
2. Bir işte yasal temsilcinin menfaati ile küçüğün veya kısıtlının menfaati çatışıyorsa,
3. Yasal temsilcinin görevini yerine getirmesine bir engel varsa.

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ:

Bu çalışma, ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde çalışan hemşirelerin, adli psikiyatri hastasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla bir ölçek geliştirmek ve geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini saptamak amacıyla yapılmış, metodolojik tipte bir araştırmadır.

2.2. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMLERİ

Araştırmada veri toplama aracı olarak üç form kullanılmıştır. Bunlar;

1. *Tanıtıcı Bilgi Formu*
2. *Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)*
3. *Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği (APHHTÖ)''dir.*

2.2.1 Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup, hemşirelerin,

- * Sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, en uzun yaşadığı yerleşim birimi),
- * Mesleki özelliklerini (mesleki çalışma süresi, bulunduğu kurumdaki çalışma süresi, çalışma sistemi, adli psikiyatri hastası ile çalışma durumu ve süresi),

* Adli psikiyatri hastası ile ilgili bilgi alma durumlarını, konu ile ilgili Türk Hukuk Sistemi içinde yer alan yasal düzenlemelere ve adli psikiyatri biriminde çalışmaya ilişkin görüşlerini, belirlemeye yönelik kapalı ve açık uçlu olarak hazırlanan **14** sorudan oluşmaktadır (*Ek I*).

2.2.2 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)

Hirai ve Clum (2000) tarafından 1998 yılında geliştirilen *Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Beliefs Toward Mental Illness Scale (BMI))*(69), farklı kültürel özelliklere sahip bireylerin ruhsal hastalığa yönelik olumlu ve olumsuz inançlarını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur (*Ek II*). 21 maddeden oluşan ölçeğin, “*Tehlikelilik*”, “*Zayıf Sosyal ve Kişilerarası Beceri*” ve “*Çaresizlik*” olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır.

Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği Bilge ve Çam (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması çalışmasında Cronbach Alpha korelasyon katsayısı 0.82 bulunmuş ve yapılan faktör analizi doğrultusunda, ölçeğin orijinalinden farklı olarak, “*Zayıf Sosyal ve Kişilerarası Beceri*” ve “*Çaresizlik*” alt ölçeklerinin bazı maddeleri birleşerek tek boyutu oluşturmuş, orijinalinde “*Zayıf Sosyal ve Kişilerarası Beceri*” alt ölçeğinde yer alan üç madde “*Utanma*” alt boyutu olarak farklı bir boyutu oluşturmuş ve “*Tehlikelilik*” alt boyutu orijinal ölçek ile aynı şekilde kalmıştır. Bu doğrultuda, “8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21.” maddeler “*Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma*” alt boyutunu, “1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13.” maddeler “*Tehlikelilik*” alt boyutunu ve “12” ve “15.” maddeler de “*Utanma*” alt boyutunu oluşturmuştur (23).

Ölçek altılı likert tipi hazırlanmıştır. Hemşirelerin, ifadelerin her birine katılıp katılmama durumuna göre her madde, “*tamamen katılmıyorum*’dan, “*tamamen katılıyorum*’a doğru 0 ile 5 arasında puanlanarak değerlendirilmektedir (Ek II). Ölçekten elde edilecek en yüksek puan “105”, en düşük puan “0”dır. Düşük puan ruhsal hastalıklara karşı uygun tutumu göstermektedir.

2.2.3 Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği (APHHTÖ)

Araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

APHHTÖ’ni geliştirme çalışmaları, niteliksel ve niceliksel süreçlerle gerçekleştirilmiştir. Niteliksel süreçte nitel araştırma tekniklerinden, niceliksel süreçte ise nicel araştırma tekniklerinden yararlanılmıştır.

APHHTÖ’nin Geliştirilmesinde Niteliksel (Kuramsal) Süreçler:

APHHTÖ’nün geliştirilebilmesi için, nitel araştırma desenlerinden “*Odak Grubu Araştırmaları Deseni*” kullanılmıştır. Odak grubu araştırmaları, bireylerin belirli bir konuyla ilgili görüş, inanç, tutum, his, deneyim ve değerlerini ortaya koymaya olanak tanımaktadır (41, 138). Bunun için, veri kaynağı olarak adli psikiyatri hastalarına bakım veren ve bu hastalara karşı tutumlarını yansıtabilecek hemşireler tercih edilmiştir. Şencan da (2005), odak grubu araştırmalarında, veri kaynaklarının, araştırmanın odaklandığı konuyla ilgili az sayıda kişinin bir araya getirilmesi suretiyle oluştuğunu belirtmiştir. Veri kaynağı, bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hemşireler arasından belirlenmiştir. Veri toplama aracı olarak da görüşme tekniklerinden “*Odak Grup Görüşmesi*” kullanılmıştır. Odak grup görüşmeleri, grup psikolojisi konusunda

bilgi sahibi olan araştırmacı tarafından yürütülmüştür (*Araştırmacı psikodrama eğitimi birinci aşamayı tamamlamış ve co-terapist belgesine sahiptir*). şencan da (2005), odak grup çalışmalarının, grup dinamikleri konusunda eğitim almış, grubu idare etmesini bilen ve grup psikolojisinden anlayan kişiler tarafından yönetilmesi gerektiğini belirtmektedir.

APHHTÖ'nn geliştirilmesi aşamasında ilk olarak, hemşirelerin konu ile ilgili duygu düşüncelerini sözlü olarak ifade etmelerine olanak tanımak için odak grup görüşmesi yapılmıştır. Odak grup görüşmesine katılacak hemşirelerden oluşan çalışma grubunun belirlenmesinde, nitel araştırma örneklem yöntemlerinden "Amaçlı rnekleme Yöntemleri'nden olan "*Benzeşik (Homojen) rnekleme*" yöntemi kullanılmıştır (166). Bunun için, ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan tüm hemşireler, Adli Psikiyatri Birimi'nde çalışıp çalışmama yönünden değerlendirilmiştir. Adli psikiyatri biriminde çalıştığı belirlenen 12 hemşire, odak gruba katılacak çalışma grubunu oluşturmuştur. Odak grup görüşmeleri öncesi yapılan ön görüşmede, hemşirelere, "*odak grubun ne olduğu*", "*görüşmeler sırasında ses kayıt cihazı kullanılacağı*" ve "*araştırma*" ile ilgili açıklama yapılmış ve bu doğrultuda 7 kişi odak grup görüşmelerine katılmak istemediğini belirtmiştir. Böylece, odak grup görüşmelerine katılmayı kabul eden 5 kişi ile bir çalışma grubu oluşturulmuştur. Yıldırım tarafından belirtildiği üzere, Patton (1987), bir odak grupta olması gereken optimum sayının 6-8 kişi olduğunu ifade etmektedir. şencan (2005) tarafından da, odak grupların 6-12 kişiden oluştuğu belirtilmektedir. Ancak, yine Yıldırım (2006) tarafından, nitel araştırmalarda geçerli olabilecek ve her araştırmaya uyabilen örneklem belirleme yöntemleri sunmanın mümkün olmadığı ve bazen bir bireyin araştırmanın

örneklemine oluşturabileceği ifade edilmektedir. Böylece, adli psikiyatri biriminde çalışma yönünden benzeşik özellikler gösteren bir alt grup oluşturulmuştur (166).

Oluşturulan bu gruptaki hemşireler ile yapılan ön görüşme sonucunda, iş yoğunluğunun en az olduğu gün (*Pazartesi-Cuma*) ve saatlerde (*14.00-15.30*) odak grup görüşmeleri yürütülmüştür. Yarı yapılandırılmış nitelikte her biri 75 dakikalık olmak üzere toplam beş oturum yapılmıştır. Yıldırım (2006), nitel bir araştırmada her bir görüşmenin ayrıntısı ve derinliği dikkate alınmakla birlikte, bir araştırmada en kısa görüşmenin en az “yarım saat” civarında olduğunu belirtmektedir.

Ögel ve ark. (2005) tarafından yapılan “*Ergenlerde Uçucu Madde Kullanımı Şiddetini Değerlendirme Ölçeği*”nin geliştirilme çalışmasında da, uçucu madde kullanımının şiddetini belirleyen etmenleri ve kullanıcıların deneyimlerini saptanmaya yönelik olarak, uçucu madde kullanan ergenlerle iki odak grup görüşmesi yapılmıştır (113).

Odak grup görüşmelerinde, bir rehber doğrultusunda (41), araştırmacı tarafından geliştirilen ve konu hakkında bir uzman tarafından değerlendirilen “*Odak Grup Görüşmesi İçin Rehber (Ek III)*” kullanılmıştır. Bu rehberde yer alan soruların açık uçlu olmasına özen gösterilmiştir. Şencan tarafından da, odak grup araştırmalarında, açık uçlu ve birden fazla yanıtı olan sorular sorulması ve “evet-hayır” yanıtının verildiği kısa sorulardan kaçınılması gerektiği belirtilmektedir (138).

Ölçeğin geliştirilmesi aşamasında ikinci olarak, hemşirelerin konu ile ilgili duygu, düşünce ve davranışlarını yazılı olarak ifade etmelerine olanak tanımak için 3 açık uçlu sorudan oluşan bir kompozisyon yazdırılmıştır (*Ek IV*). Kompozisyonlar, yine odak

grup çalışmasının yürütüldüğü ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hemşirelere yazdırılmıştır. Bunun için kurumda adli psikiyatri hastaları ile çalışan ya da çalışmamış ancak çalışma olasılığı olan tüm yataklı birimlerde çalışan hemşirelerle(117) görüşülmüş ve konu hakkında açıklama yapılmıştır. Kompozisyon yazmayı kabul eden 71 hemşireye kompozisyon formları verilmiş, ancak 60 hemşire formları doldurmuştur. Bu hemşirelerden 8'inin formları, yeterli ölçüde doldurmadıkları için araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Böylece 52 hemşire, adli psikiyatri hastalarına yönelik düşünce, duygu ve davranışlarını yazılı olarak belirtmiştir.

Ölçeğin geliştirilmesinde son olarak, araştırmacı tarafından literatürde yer alan, psikiyatri alanında geliştirilmiş çeşitli tutum ölçekleri (14, 60, 65, 67, 72, 83, 106, 109, 110, 119, 137) incelenerek 110 maddeden oluşan bir madde havuzu oluşturulmuştur (*Ek V*).

Odak grup görüşmeleri sonunda elde edilen toplam 375 dakikalık görüşme kayıtları araştırmacı tarafından çözümlenmek üzere dökümanite (rapor) edilmiştir. Daha sonra hem odak grup görüşmeleriyle elde edilen, hem de kompozisyonlardan elde edilen veriler üzerinde, onları açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmak amacıyla (166) araştırmacı tarafından içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizinde tümevarımcı analiz yaklaşımı tercih edilmiştir.

İçerik analizi için;

- * İlk önce **kodlama** yapılmıştır. Bu aşamada, “*Genel Bir Çerçeve İçinde Kodlama*” yapılmıştır. Bu kodlama türüne göre, verilerin analizinden önce, genel bir kavramsal yapı oluşturulmuştur (*Tutum, düşünce, duygu, davranış boyutlarında değerlendirilmiştir*). Daha sonra, araştırmanın kavramsal çerçevesi dikkate alınarak,

dökümanete edilen veriler, araştırmacı tarafından satır satır okunarak anlamlı bölümlere (sözcük ve cümleler gibi) ayrılmış ve her bölüme tanımlayıcı isimler (kodlar) verilmiştir. Dolayısıyla kodlar, bazen bir cümleye, bazen bir sözcüğe bazen de bir sözcük grubuna ilişkin oluşturulmuştur. Bu işlem sırasında ortaya çıkan kodlar, doğrudan verilerin yan tarafına (kağıdın sağ kenarına) yazılmıştır. Veri kodlama süreci boyunca, veri seti araştırmacı tarafından üç defa tekrar tekrar okunmuş ve ortaya çıkan kodlar üzerinde tekrar tekrar çalışılmıştır.

- * İkinci olarak **kavramlar** oluşturulmuştur. Kodlanan veriler arasında yer alan anlamlı bölümlere ve olaylara o bölümdeki anlamı en iyi yansıtabilecek tanımlamalar yapılmıştır.
- * Son olarak kavramlar daha önceden belirlenmiş **tema (kategori)**lar (düşünce-duygudavranış) kapsamında sınıflandırılmıştır. Bunun için ortaya çıkan kodların benzerlik ve farklılıkları, yakınlık ve uzaklıkları değerlendirilmiş ve birbiri ile ilişkili kodlar önceden belirlenen temalar altında bir araya getirilerek düzenlenmiştir. Böylece birbiri ile anlamlı bütün oluşturan veriler, belirli temalar altında yer almıştır (138, 166).

Özetle, toplanan veriler önce kodlanmış ve kavramlaştırılmış, daha sonra ortaya çıkan kavramlara göre mantıklı bir biçimde düzenlendikten sonra, veriyi açıklayan homojen, objektif, ayırt edici niteliği olan ve bütünsellik taşıyan temalar altında sınıflandırılmıştır. Böylece içerik analiziyle, birbirine benzeyen veriler, belirli temalar çerçevesinde bir araya getirilerek düzenlenmiş ve betimlenmiştir (*Ek VI*) (25, 138, 166).

Çalışma grubuyla yapılan odak grup görüşmelerinin ve hemşirelerin yazdıkları kompozisyonların analizi (*içerik analizi*) sonucunda elde edilen tüm veriler ve ilgili literatürün taranması sonucunda oluşturulan madde havuzundaki ifadeler, araştırmacı tarafından değerlendirilerek, tutum ifadesi niteliği taşıyan cümlelere dönüştürülmüştür. Tutum cümleleri geliştirilirken, odak grup görüşmelerinden elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan kavramlar temel alınmıştır. Bu çerçevede, daha fazla veri kaynağı (*odak grup görüşmesi, kompozisyon ve madde havuzu*)nda yer alan ve daha sık tekrar edilen kavramlar tutum cümlelerini oluşturmuştur. Böylece, toplam 115 maddeden oluşan aday ölçek maddeleri geliştirilmiştir (*Ek VII*).

Ögel ve ark. (2005) tarafından yapılan ölçek geliştirme çalışmasında da, odak grup görüşmelerinden elde edilen bilgilerden yola çıkılarak madde kullanım şiddetini belirleyecek etmenler, ölçek yapısına uygun sorulara dönüştürülerek aday ölçek formu geliştirilmiştir (113).

Bindak (2005) tarafından yapılan Geometri Tutum Ölçeği'nin geliştirilme çalışmasında ise, ölçek maddeleri öğrencilerin yazdığı kompozisyonlardan türetilmiştir (26).

APHHTÖ'nin Geliştirilmesinde Niceliksel Süreçler:

Ölçeğin Geçerliliği:

Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği (APHHTÖ)'nin, geliştirildiği amaca hizmet derecesini; yani, APHHTÖ'nin ölçülmek istenen özelliğe uygun olup olmadığını, ölçümün kurallara uygun olarak doğru yapıp yapılmadığını ve ölçüm verilerinin gerçekten ölçülmek istenen özelliği yansıtıp yansıtmadığını belirlemek amacıyla geçerliliği incelenmiştir (3, 138). Bunun için aşağıda belirtilen geçerlik ölçüm yöntemlerine başvurulmuştur.

1. Kapsam (İçerik) Geçerliliği; APHHTÖ’nde bulunan maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini belirlemek (146) amacıyla kapsam geçerliliği değerlendirilmiştir. Ölçeğin, kapsam geçerlik çözümlemesi için, uzman görüşlerine dayalı nitel çalışmaları, istatistiksel nicel çalışmalara dönüştüren bir süreç kullanılmıştır (166). Bunun için, hazırlanan aday ölçeğin (*115 maddeden oluşan*) kapsam geçerlik oranları ve indeksleri hesaplanmıştır.

Kapsam geçerlik oranlarını belirlemede Lawshe tekniği kullanılmıştır. Lawshe tekniğine göre kapsam geçerlik oran ve indekslerini belirlemek için şu yol izlenmiştir (92, 138, 167, 168):

- a) *Aday ölçek formunun hazırlanması:* Yukarıda da belirtildiği üzere, nitel araştırma teknikleri kullanılarak 115 maddelik aday ölçek formu geliştirilmiştir (*Ek VII*).
- b) *Alanla ilgili uzman grubunun oluşturulması:* Adli psikiyatri hastaları ve tutum ölçeği geliştirme konusunda alanda yeterlilik sahibi olan 25 uzman (*sosyolog, psikolog, psikiyatrist, adli tıp uzmanı, hemşire, ölçme değerlendirme, rehberlik ve psikolojik danışmanlık uzmanları*) belirlenmiştir. Ancak, uzman görüşü vermeyi kabul eden 23 uzmanın görüşüne sunulmuştur.
- c) *Uzman görüşlerinin elde edilmesi:* Uzman görüşlerinin elde edilmesinde “*Uzman Değerlendirme Formu*” kullanılmıştır (*Ek VIII*). Bu form, uzman görüşü vermeyi kabul eden 23 uzmana, elden ve e-mail yoluyla ulaştırılmıştır. Uzman değerlendirme formu aracılığıyla, uzmanlardan, her bir aday ölçek maddesini,

- * Ölçülecek özelliği temsil edebiliyor mu?
- * Hedef kitle (hemşireler) tarafından kolayca anlaşılabilir mi?
- * Yeteri kadar açık ifade edilmiş mi?
- * Önceden belirlenmiş boyutlarda (düşünce, duygu, davranış) yer alabilir mi?

kriterleri doğrultusunda değerlendirmeleri istenmiştir. Bu doğrultuda uzmanların her bir maddeyi, “**gerekli**” (belirtilen özelliği net olarak ölçmeye aday bir madde) “**yararlı, ancak yetersiz**” (madde konu kapsamında ama düzenlenmesi ya da değiştirilmesi gerekiyor) ve “**gereksiz**” (madde belirtilen özelliği temsil etmiyor) şeklinde derecelendirmeleri istenmiştir (138, 167, 168).

Uzman görüşleri 1,5 aylık bir süreçte tamamlanmıştır. Bu süre içerisinde, aday ölçek maddelerini 23 uzmandan 15 uzman (4 psikiyatrist, 3 hemşire, 2 adli tıp uzmanı, 1 sosyolog, 1 psikolog, 1 sosyal psikolog, 1 ölçme değerlendirme uzmanı, 2 rehberlik ve psikolojik danışmanlık uzmanı) Lawshe tekniğine göre, 1 uzman (psikometrist) da genel olarak değerlendirerek geri göndermiştir (Ek IX). Yurdugül tarafından, Lawshe tekniğinde, en az 5 en fazla ise 40 uzman görüşüne ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (167, 168). Bu bilgiye göre, istatistiksel olarak yeterli uzman sayısına ulaşılmıştır.

- d) *Maddelere ilişkin kapsam (içerik) geçerlik oranlarının elde edilmesi:* Uzman görüşleri, her bir maddenin olası seçeneklerine kaç uzman tarafından onay verildiğini toplamsal olarak belirtmek için, madde madde tek bir formda birleştirilmiştir. Bu formda, her bir madde için kapsam geçerlik oranları hesaplanmıştır.

Kapsam geçerlik oranlarını belirlemek için şu yol izlenmiştir: Öncelikle aday ölçek formundaki her bir madde için “*gerekli*”, “*yararlı, ancak yetersiz*” ve “*gereksiz*” görüşlerini belirten uzman sayıları hesaplanmıştır. Daha sonra her bir madde için o maddeye ilişkin gerekli görüşünü belirten uzman sayısı, maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısının yarısına bölünmüştür. Her bir madde için bu oranın 1 eksiği alınarak maddelere ilişkin “*Kapsam (İçerik) Geçerlik Oranı (KGO)*” belirlenmiştir (Ek X) (138, 167).

$$KGO_{madde} = \frac{N_G}{N/2} - 1$$

- KGO : Kapsam geçerlik oranı
 NG : Maddeye “*Gerekli*” diyen uzman sayısı
 N : Maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısı

Yurdugül, H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması, XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi

Aday ölçek maddelerinden KGO değerleri negatif ya da “0” değer içeren maddeler elendikten sonra, KGO değerleri pozitif olan maddelerin, “*Kapsam Geçerlik Ölçütü(KGÖ)*”ne göre anlamlı olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Kapsam geçerlik ölçütü (KGÖ), maddenin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek için geliştirilen bir ölçüttür. Bu ölçüt standart normal dağılım ilkelerinden yararlanılarak elde edilmektedir (167, 168). Ancak, Veneziano ve Hooper (1997) bugün hesaplama kolaylığı açısından, $\alpha=0.05$ anlamlık düzeyinde minimum Kapsam Geçerlik Ölçüt değerlerini tabloya (Tablo 4) dönüştürmüşlerdir (158). Bu tabloya göre, uzman sayısına göre minimum değerler, aynı zamanda maddenin istatistiksel anlamlılığını vermektedir (167, 168).

Tablo 4'e göre, APHHTÖ için, uzman sayısı (15) doğrultusunda, $\alpha= 0.05$ anlamlık düzeyinde minimum **Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ)= 0.49** olarak belirlenmiştir.

Tablo 4: Lawshe Minimum “Kapsam (İçerik) Geçerlik Ölçütleri (KGÖ)

<i>Uzman Sayısı</i>	<i>Minimum KGÖ Değeri</i>	<i>Uzman Sayısı</i>	<i>Minimum KGÖ Değeri</i>
5	0.99	13	0.54
6	0.99	14	0.51
7	0.99	15	0.49
8	0.78	20	0.42
9	0.75	25	0.37
10	0.62	30	0.33
11	0.59	35	0.31
12	0.56	40 ve ↑	0.29

$p < 0.05$

Veneziano L., Hooper J. (1997). A Method For Quantifying Content Validity of Health-Related Questionnaires, American Journal of Health Behavior, 21(1).

d) Ölçeğe ilişkin kapsam geçerlik indekslerinin elde edilmesi: APHHTÖ aday ölçeğinin her bir maddesi için elde edilen KGO'larından istatistiksel olarak anlamsız bulunanlar elimine edilmiştir. Bundan sonra, KGO'ı $\alpha= 0.05$ düzeyinde anlamlı olan 31 maddenin nihai forma alınması kararlaştırılmıştır. Bu maddelerin (31 madde) toplam KGO'larının ortalamaları alınarak “Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI)” hesaplanmıştır (Ek XI).

$$KGI = \sum KGO / Madde Sayısı$$

e) “Kapsam geçerlik indeksi / Kapsam geçerlik ölçütü” ölçütlerine göre nihai formun oluşturulması: Ölçeğin 31 maddeden oluşan ilk şekli için,

$$KG\acute{I} \geq KG\ddot{O} \quad \text{veya} \quad KG\acute{I} / KG\ddot{O} \geq 0'1$$

sağladığında kapsam (içerik) geçerliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmaktadır (167).

Kapsam (içerik) geçerliği gerçekleştirilmiş olan ölçeğin 31 maddeden oluşan ilk şeklindeki maddeler, uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda, araştırmacı tarafından yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenleme kapsamında, ilk önce, uzmanlar tarafından önerilen ek sekiz madde (*Ek XII*) araştırmacı tarafından değerlendirilmiş ve bunlardan geliştirilen dört maddenin (*Ek XIII'de 10., 11., 20. ve 24. maddelerin*) ölçekte yer almasına karar verilmiştir. Böylece ölçek, 35 madde olmuştur. İkinci olarak, ölçeği oluşturan madde ifadeleri, uzman önerileri doğrultusunda, negatif (1, 2, 6, 7, 8, 14, 15, 17, 18, 19, 25, 26, 29, 30, 32, 33, 34) ve pozitif (3, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 31, 35) maddeler eşit olacak şekilde tekrar düzenlenmiştir. Bu doğrultuda, aday ölçekte yer alan ve negatif yönlü olan 3., 5., 11. ve 23. madde ifadeleri, yönü pozitif olacak şekilde değiştirilmiştir (*Ek XIII*).

2. Yüzey Geçerliği: Yüzey geçerliği, bir ölçeğin, araştırılan yapıyı ölçüp ölçmediğini incelemek için yapılır (138, 147). “*Mantıksal geçerlik*” olarak da isimlendirilen yüzey geçerliği, ilk aşamada araştırmacının kendisi tarafından yapılır (138).

APHHTÖ'nin “*yüzey geçerliği*” için, ilk önce tüm madde ifadeleri, uzmanlardan gelen öneriler de dikkate alınarak, araştırmacı tarafından anlaşılabilirlik ve ifade yönünden genel olarak değerlendirilip, ilgili düzenlemeler yapılmıştır. İkinci olarak, araştırma evreni dışında yer alan ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde çalışan 10 hemşire tarafından, ölçek maddeleri “*düzensizlik ve anlamlılık*,

okunurluk, terimlerin anlaşılabilirliği, cümlelerin uzunluğu, anlamın açıklığı ve netliği” yönünden değerlendirilmiştir. Bu pilot çalışmayla, aynı zamanda ölçeğin cevaplayıcıların eğitim düzeylerine, kültürel yapılarına ve yetenek düzeylerine uygun olup olmadığı da incelenmiştir.

Bundan sonra, ölçekteki her bir madde “*Kesinlikle Katılmıyorum*”, “*Katılmıyorum*”, “*Kararsızım*”, “*Katılıyorum*” ve “*Tamamen Katılıyorum*” şeklinde 5’li likert olarak yanıtlanacak biçimde düzenlenerek, “*Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği (APHHTÖ)*”ne 35 maddeden oluşan son şekli verilmiştir (*Ek XIII*).

APHHTÖ’nin bu son şekli araştırma evrenine (*Türkiye’de yer alan Sağlık Bakanlığı’na bağlı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri’nde çalışan hemşirelere*) uygulanmıştır.

3. Uyum Geçerliliği; APHHTÖ’nin, *Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)* ile uyum geçerliğine bakılmıştır. Uyum geçerliği, yeni geliştirilen bir ölçme aracı ile aynı amaca yönelik bir başka ölçme aracı arasındaki uyumun derecesini göstermektedir (85). Uyum geçerliği, geliştirilen ölçekle aynı kavramsal yapıyı ölçen aynı nitelikte bir başka ölçekle yapılır. Karşılaştırma yapmak için aynı nitelikte bir dış kriter ölçek bulunamadığı durumlarda, ölçülmek istenen kavramsal yapıya benzer “*ilgili*” ölçeklerden yararlanılır (138).

Bu çalışmada, uyum geçerliği için, dünyada ve ülkemizde, adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumu belirleyen eşdeğer ve/veya benzer bir ölçek bulunamadığı için alternatif bir ölçek kullanılmıştır. Bu amaçla, Hirai ve Clum tarafından (2000) psikiyatri hastalarına yönelik olarak geliştirilen, *Beliefs Toward Mental Illness Scale* (*Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği*) kullanılmıştır (*Ek II*). Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Bilge ve Çam (2008) tarafından yapılmıştır.

RHİÖ bireylerin ruhsal hastalığa yönelik olumlu ve olumsuz inançlarını belirlemek amacıyla, APHHTÖ ise adli psikiyatri hastalarına yönelik hemşirelerin tutumlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. RHİÖ 3 alt boyutta toplam 21 maddeden oluşmaktadır. APHHTÖ'nin ilk şekli 35 maddeden oluşmasına karşın, uyum geçerliği değerlendirmesi 25 maddeden oluşan en son şekli ile yapılmıştır. RHİÖ'nin her maddesi, “*tamamen katılmıyorum (0)*”dan “*tamamen katılıyorum(5)*”a doğru olmak üzere altılı likert şeklinde (*Ek II*), APHHTÖ'nin her maddesi ise, “*tamamen katılmıyorum(1)*”dan “*tamamen katılıyorum(5)*”a doğru olmak üzere beşli likert şeklinde değerlendirilmektedir. RHİÖ'nde düşük puan ruhsal hastalıklara karşı uygun tutumu, APHTHTÖ'nde ise, yüksek puan adli psikiyatri hastalarına yönelik uygun tutumu göstermektedir.

Yeni geliştirilen ölçme aracından alınan puanlar, diğer (eşdeğer) ölçekten alınan puanlarla uyuyorsa, yeni geliştirilen aracın uyum geçerliğine sahip olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (85). Uyum geçerliği için, aynı kavramsal yapıyı ölçen ölçeklerde korelasyon katsayısının “.70- .80” gibi güçlü değerler olması gerekir. İlgili ölçeklerle yapılan karşılaştırmalarda ise, orta derecede ilişkiyi gösteren “.50- .70” büyüklüğündeki korelasyon katsayıları geçerlik kanıtı olarak değerlendirilir. İlgili ölçeklerle yapılan

karşılaştırmalarda, belirsizliği ifade ettiği için, korelasyon katsayısının “.30”un altında olmaması gerekir (138).

4. Yapı-Kavram Geçerliği; APHHTÖ’nin hem ölçtüğü niteliklerin neler olduğunu, hem de ölçeğin uygulandığı kişilerin aldığı puanların ne anlama geldiğini araştırmak için ölçeğin yapı geçerliliği değerlendirilmiştir (50). Yapı geçerliği için, temelde birbiri ile bağlantılı değişkenleri belli bir kümede bir araya getirmeye yarayan “**Faktör Analizi Yöntemi**” kullanılmıştır (5).

Faktör analizi olarak, literatürde konuyla ilgili bir kuramsal bilgi bulunmaması ve konunun kaç faktörden oluştuğu önceden bilinmemesi sebebiyle, ölçüm değişkenlerinin ne şekilde gruplaştığını, başka bir ifade ile ölçek maddelerinin arka planında hangi faktörlerin bulunduğunu görmek için “**Keşfedici Faktör Analizi**” yapılmıştır (138). Veriler eşit aralıklı ölçek niteliğinde ve esas amaç ölçek geliştirmek olduğu için, ölçek maddelerinin hangi başlıklar altında gruplanabileceğini saptamak için “**keşfedici faktör analizi**” yöntemlerinden “**Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis)**” yöntemi kullanılmıştır (138, 147). Birden fazla faktör (alt boyut) ortaya çıkarmak amaçlandığı için de dik açılı döndürme biçimlerinden biri olan “**Varimax Rotasyonu (döndürmesi)**” yapılmıştır (138).

Bir ölçekte faktör analizi yönteminin uygulanabilmesi için örneklemin belirli bir büyüklüğe sahip olması gerekir. Literatürde, örneklem büyüklüğü için değişik kurallar yer almaktadır: Bunlardan biri 10 kuralıdır; buna göre madde başına en az 10 katılımcı bulunmalıdır. Bir diğeri 100 kuralıdır; madde başına 5 katılımcı olmalı veya en az 100 kişiye ulaşılmalıdır. Bir diğere yöntem ise, “**Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Testi**”dir.

KMO test sonucunun “.50”den büyük olması durumunda faktör analizi yapılabilir. Ancak bilim adamları, örneklemin 100 kişiden daha az olmasını faktör analizi için yetersiz ve güvenilmez bulmaktadır (138). APHHTÖ’nin faktör analizi için örneklemin yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi kullanılmıştır.

Tablo 5: Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Test Sonuçlarının Yorumu

Değer	Güvenirlilik
KMO < .50 olması	<i>Yetersiz</i>
KMO = .50 - .60 arasında olması	<i>Zayıf</i>
KMO = .60 - .70 arasında olması	<i>Kötü</i>
KMO = .70 - .80 arasında olması	<i>Orta</i>
KMO = .80 - .90 arasında olması	<i>İyi</i>
KMO > .90 olması	<i>Mükemmel</i>

Faktör yapılandırma, her bir boyutun yüksek faktör yüküne sahip en az üç değişkene (madde) sahip olması gerekir. Faktörler, iki veya daha az değişken içermesi durumunda bilim adamı tarafından yorumlanmaya çalışılmamalıdır. Bir değişkenin bir faktör grubunda yer alabilmesi için faktör yükünün en az “.40”, bazı bilim adamlarına göre ise en az “.30” olması gerekmektedir. Şencan tarafından belirtildiğine göre, Kim-Yin (2004) ise, faktör yükü değerlerinin örneklem büyüklüğüyle ilişkili olduğunu belirtmiş: faktör yükü “.30” olan maddelerin ölçeğe alınması için örneklem büyüklüğünün en az 350, “.40” faktör yükü için 200, “.50” faktör yükü için 120, “.60” faktör yükü için 85, “.70” faktör yükü için 60 kişilik bir örneklemin yeterli olacağını ifade etmiştir (138). APHHTÖ’nin faktör yapılandırmasında, örneklem büyüklüğünün 536 olması sebebiyle, bir değişkenin bir faktör grubunda yer alabilmesi için faktör

yükünün en az **“.30”** olmasına ve her bir boyutun en az üç değişkene (madde) sahip olmasına dikkat edilmiştir.

Faktör analizinde, bazen bir değişkene ait faktör yüklerinin birden fazla faktöre yaklaşık olarak eşit oranda dağılması durumuyla karşılaşılabilir. Bu şekilde, bir değişkenin birden fazla faktörde eşit veya benzer yük değerlerine sahip olması durumuna **“çapraz yükler (cross-loadings veya split loadings)”** denir. Birden fazla faktörde anlamlı çapraz yüklere sahip değerler üç şekilde değerlendirilebilir:

- * Döndürme yöntemine devam edilir ve faktör sayısı azaltılmaya çalışılır.
- * Çapraz yüklere sahip maddelerin ifadelendirme biçimi gözden geçirilir. İfadelerin yüzey geçerliği dikkate alınarak bu maddeler kendileri için en uygun olan faktörün altına yerleştirilir.
- * Yüksek çapraz yüklü maddeler ölçekten çıkarılarak analiz yeniden yapılır.

APHHTÖ'nin faktör yapılandırmasında, karşılaşılan çapraz yüklere sahip maddeler, ifadelendirme yönünden gözden geçirilmiş ve ifadelerin yüzey geçerliği dikkate alınarak bu maddeler kendileri için en uygun olan faktörün altına yerleştirilmiştir.

Faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktör yüklerine bakılarak, faktörler altında toplanabilecek değişkenler belirlendikten sonra, her bir faktöre uygun isim bulunmuştur. Bu işleme **“etiketleme”** denilmektedir.

Ölçeğin Güvenirliği:

APHHTÖ'nin, hatalardan arınık olarak ölçme yapabildiğini, verileri doğru topladığını ve yinelenebilir bir ölçek olduğunu göstermek amacıyla güvenirliği incelenmiştir (6, 50).

Eğitimde ve psikolojide, test geliştirme aşamasında madde ve test (*güvenirlik*) istatistiklerini kestirirken “*Klasik Test Teorisi (KTT)*” ve “*Modern Test Teorisi (MTT) (Madde Tepki Teorisi veya Örtük Özellikler Teorisi)*” olmak üzere iki teoriden yararlanılmaktadır. Bir test geliştirilirken, hangi teorinin daha avantajlı olacağı hala üzerinde tartişılan ve sınınan bir konudur (80). Ancak, KTT, birçok test durumuna uygulanmasını kolaylaştıran zayıf teorik varsayımlara sahip olması, uygulama ve parametreleri kestirme kolaylığı olması sebebiyle daha avantajlı kabul edilmektedir (61, 80, 84). KTT'ne kıyasla MTT, daha büyük gruplarla çalışmayı ve daha güçlü ancak yerine getirilmesi daha güç varsayımları gerektirmektedir. Bu varsayımlar; *testin tek boyutlu olması, yerel bağımsızlık* ve test puanlarının normal dağılım göstermesidir. *Testin tek boyutlu olması*, ölçek maddelerinin tek bir özelliği ölçmesi gerektiğini ifade etmektedir. Test maddelerinin birden fazla özelliği ölçmesi durumunda, ölçeklemenin boyutlara göre ayrı ayrı yapılması gerekmektedir. *Yerel bağımsızlık varsayımı*, tek boyutluluğun bir sonucudur. Yerel bağımsızlık, bir maddeyi cevaplandırmak için gereken yeteneğin, başka bir maddeyi cevaplandırıp cevaplandırmamaya bağlı olmaması, her maddenin tek başına cevaplandırılabilir olmasıdır. *Test puanlarının normal dağılım göstermesi* varsayımı ise, her iki teorinin ortak yanını oluşturmaktadır (80, 84).

Kan (2006) tarafından, bu iki kuramın madde seçme ve test geliştirme prosedürü açısından benzer sonuçlar ortaya koyup koymadığını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada da, her iki teorinin de madde seçme ve test geliştirme sürecine ilişkin olarak benzer sonuçlar ürettiği ve bu sebeple bir test geliştirme sürecine ilişkin koşullar sağlandıktan sonra, testi oluşturacak maddelerin seçilmesi aşamasında uygulayıcıların iki teoriden herhangi birini kullanabileceği belirtilmektedir (80).

Tüm bu bilgiler doğrultusunda, MTT'nin varsayımlarının yerine getirilememesi nedeniyle, APHHTÖ'nin güvenilirlik incelemesi daha kolay ve yaygın uygulanan "*Klasik Test Teorisine*" göre yapılmıştır (80, 84).

Klasik Test Teorisi'ne göre güvenilirlik, gerçek değerlerle gözlemlenen değerler arasındaki ilişkinin yüksek olmasıdır ve tesadüfi hata düşük olduğu oranda bu ilişki yüksek çıkar (138).

Klasik Test Teorisi'ne göre güvenilirlik analizleri basit bir şekilde dört grupta ele alınmaktadır (138):

- * İç tutarlılık güvenilirliği
- * Test yeniden test güvenilirliği
- * Paralel formlar güvenilirliği
- * Gözlemciler arası güvenilirlik

Güvenirlik analizleri araştırmacı tarafından kullanılan form sayısı ve seans sayısı dikkate alındığında çok daha geniş ve kapsamlı bir liste ortaya çıkmaktadır (Tablo 6) (138):

Tablo 6: Klasik Test Kuramına Göre Güvenirlik Analizi Yöntemleri

		FORM SAYISI	
		Tek	İki
SEANS SAYISI	Tek	<p>İç Tutarlılık Güvenirliği</p> <p>Cronbach alfa</p> <p>Yarıya bölme</p> <p>Spearman-Brown</p> <p>Guttman formülü</p> <p>Rulon formülü</p> <p>Korelasyon analizi</p> <p>Lambda 4</p> <p>Theta</p> <p>Omega</p> <p>Kuder-Richardson 20</p> <p>Kuder-Richardson 21</p> <p>Faktör analizi</p> <p>Hoyt varyans analizi</p> <p>Gözlemciler Arası Güvenirlik</p> <p>Uyuşma indeksi</p> <p>Cohen Kappa</p> <p>Korelasyon (r, rho, tau)</p> <p>Phi</p> <p>Tekrarlamalı TYVA</p> <p>Regresyon analizi</p> <p>Genellenebilirlik Güvenirliği</p> <p>Genellenebilirlik katsayısı</p> <p>Dayanıklılık indeksi</p>	<p>Paralel Formlar</p> <p>Spearman-Brown</p> <p>Korelasyon analizi</p> <p>Guttman formülü</p> <p>Varyans analizi</p>
	İki	<p>Test-Yeniden Test Güvenirliği</p> <p>Pearson korelasyon analizi</p> <p>Küme içi korelasyon (n<15)</p> <p>Kappa (kategorik verilerde)</p> <p>Varyans analizi</p> <p>Tekrarlanabilirlik katsayısı</p> <p>t-testi</p> <p>Gözlemci İçi Test</p> <p>Uyuşma indeksi</p> <p>Korelasyon (r, rho, tau)</p>	<p>Paralel Formlar</p> <p>Korelasyon analizi</p> <p>Varyans analizi</p>

Şencan, H. (2005). Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik, Birinci Baskı, Seçkin Yayıncılık Sanayi ve Ticaret AŞ., Ankara, 499-559.

Tablo 6’da görüldüğü üzere, APHHTÖ’nin güvenilirlik incelemesi için “İç Tutarlılık Güvenirliği” ve “Test-Yeniden Test Güvenirliği” yapılmıştır. Şencan tarafından da, bir ölçek için iç tutarlılık güvenirlığının gerekli ancak yeterli olmadığı ve ölçüm çalışmasının niteliğine göre, aynı zamanda diğer güvenilirlik analizlerinin de yapılması gerektiği belirtilmektedir (138).

1. İç Tutarlılık Güvenirliği; İç tutarlılık güvenirlğinde, tek bir ölçüm aracı kullanılarak ve tek bir seansta ölçüm yapılarak maddelerin belirli bir kavramsal yapıyı tutarlı bir şekilde ölçüp ölçmediği araştırılır. Maddeler arasındaki iç tutarlılığı yüksek olan araçların güvenilir olduğu kabul edilir (138).

Cronbach Alpha; APHHTÖ’nin iç tutarlılık güvenirlğini sınamak için ilk önce Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı (r) hesaplanmıştır (50, 138, 147). Alpha, arka planda yatan gizli kavramsal yapıdaki değişkenlik hakkında bilgi veren, matematiksel hesaplamalara dayanan güvenilirlik indeks değeridir ve maddelerin birbiri ile tutarlı olup olmadığını ve maddelerin hipotetik bir değişkeni ölçüp ölçmediğini belirler. Bu sebeple, ölçeğin kullanıldığı her bir farklı örneklem için yeniden hesaplanmalıdır (138).

Alpha değeri tek boyutlu ölçekler için iyi bir güvenilirlik katsayısı iken, çok boyutlu ölçekler için, her bir faktör bazında alpha katsayısı ile birlikte test-yeniden test, paralel formlar güvenilirlik yöntemlerinden birinin daha uygulanması önerilmektedir (138).

Cronbach alpha ve diğer güvenilirlik katsayılarının ne olması gerektiği konusu bilim adamları, bilim disiplinleri ve araştırma alanlarına göre farklılık göstermektedir. Şencan ve Tavşancıl tarafından belirtildiği üzere, Nunnally’ye göre (1998), alpha

güvenirlilik değeri .70'den büyük olmalıdır (114, 115, 138, 147). George ve Mallery'e (2003) göre ise, alpha değerinin (138),

- * $>.90$ olması "*mükemmel*"
- * $.80-.90$ arasında olması "*iyi*"
- * $.70-.80$ arasında olması "*kabul edilebilir*"
- * $.60-.70$ arasında olması "*kuşkulu*"
- * $.50-.60$ arasında olması "*zayıf*"
- * $<.50$ olması ise "*kabul edilemez*" olarak değerlendirilmektedir.

Psikolojik kavramsal yapıları ortaya çıkarmayı amaçlayan ölçeklerde, yetenek ve beceri ölçen testlerde en az .70 olması gerektiği belirtilmektedir. Sosyal bilimlerde de alt düzey .70 olarak kabul edilmektedir. Öte yandan ölçek geliştirmeye yönelik olarak yapılan pilot araştırmalar için alpha değerinin .60, temel araştırmalar için .80, uygulamalı araştırmalar için .90-.95 olması gerektiği belirtilmektedir (138).

Küme İçi Korelasyon Analizi (KİK); APHHTÖ'nin iç tutarlılık güvenirliğini sınamak için ikinci olarak küme içi korelasyon analizi yapılmıştır. Bazı bilim adamları tarafından, normal korelasyon analizinin güvenirliği değil, geçerliliği hesapladığı iddia edilir ve güvenirliği hesaplamak için KİK yöntemine başvurmak gerektiği vurgulanır (138).

Küme içi korelasyon analizi daha sıklıkla gözlemci değerlendirmelerinin (*öğretmenlerin öğrencilerini değerlendirmeleri, yöneticilerin sistemi değerlendirmeleri, hekimlerin hastalarını değerlendirmeleri gibi*) güvenirliğini belirlemek için kullanılır.

Küme içi korelasyon analizi, birden çok sayıda farklı gözlemci tarafından yapılan değerlendirmelerin tutarlılık güvenilirliğini hesaplamak için kullanılır ve bir kişiye ait değerlendirmelerin diğer kişilerin değerlendirmelerine ne ölçüde benzer olduğunu gösterir. Eğer bir çalışmada, grup içi (*bir kişiye ait değerlendirmeler*) ve gruplar arasındaki (*diğer kişilere ait değerlendirmeler*) puanların benzerlikleri yüksekse, varyans düşük çıkar ve verilerin güvenilir olduğuna karar verilir. Şencan tarafından belirtildiği üzere, Garson'a göre, grup içinde değişkenlik yoksa, fakat grup ortalamaları farklı ise küme içi korelasyon analizi büyük ve pozitif bir değer verir. Grup ortalamaları aynı, fakat grup içinde büyük değişkenlik varsa sonuç negatif çıkar (138).

Küme içi korelasyon katsayısının maksimum değeri 1.0'dir. Hesaplanan küme içi korelasyon katsayıları (138);

- * $R < .40$ olması "*zayıf*"
- * $R = .40 - .59$ arasında olması "*orta*"
- * $R = .60 - .74$ arasında olması "*iyi*"
- * $R > .75$ olması "*mükemmel*" olarak değerlendirilir.

Bilimsel araştırmalarda görece düşük katsayılar kabul edilebilir bulunurken, uygulamalı testlerde bu oranın en az "**.70**" olması gerektiği belirtilmektedir. Küme içi korelasyon katsayısı alpha katsayısına göre daha düşük çıkar (138).

Korelasyon Analizi; Klasik test kuramı kapsamında güvenilirliği saptamak için değişik korelasyon analizleri yapılır (138):

- * Maddeler arasındaki korelasyon
- * Toplam puanla maddeler arasındaki korelasyon
- * Toplam puanlar arasındaki korelasyon
- * Gözlemci değerlendirme puanları arasındaki korelasyon

APHHTÖ'nin, iç tutarlılık güvenilirliğini sınamak için son olarak, yukarıda belirtilen korelasyon analizi yöntemlerinden ilk ikisi (*maddeler arasındaki ve toplam puanla maddeler arasındaki korelasyon analizleri*) kullanılmıştır. Bu analizler sonucunda elde edilen korelasyon katsayıları doğrultusunda değişkenler arasındaki ilişkinin gücü belirlenmiştir. Tablo 7'de korelasyon katsayılarının yorumu gösterilmektedir (138).

Tablo 7: Korelasyon Katsayılarının Yorumu

Değer	Güvenirlilik
$r > .80$	Yüksek
$r = .60 - .80$	Güçlü ilişki
$r = .40 - .59$	Orta derecede ilişki
$r = .20 - .39$	Düşük ilişki
$r < .20$	Zayıf ilişki (<i>Tesadüfi olabilir</i>)

Şencan, H. (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlilik ve Geçerlilik, Birinci Baskı, Seçkin Yayıncılık Sanayi ve Ticaret AŞ., Ankara, 499-559.*

Maddeler arasındaki ilişkilerin güçlü veya zayıf olup olmadığını görmek, maddeler arasındaki tutarlılığı belirlemek veya maddelerin arka planındaki gizli değişkeni ortaya çıkarmak için *maddeler arası korelasyon* analizi yapılır. Maddeler arası korelasyon analizi sonucunda, iki değişken arasındaki ilişki negatif değerli çıkmışsa, bu maddeler arasında ters bir ilişki olduğunu gösterir ve bu maddelerden biri veya duruma göre her ikisi de ölçekten çıkarılabilir. Bunun için her bir maddenin diğer maddelerle olan ilişkisine bakılarak karar verilir. Bu konuda diğer bir yöntem maddelerin toplam puanla olan korelasyonuna bakmaktır. Ancak madde-toplam puan korelasyonunun yapılabilmesi için **100** ile **200** arasında ya da **madde sayısının en az beş katı** kadar cevaplayıcının olması öngörülmektedir (138). Madde-toplam korelasyon

katsayısının negatif ve düşük olmaması gerekir (147). Madde-toplam puan korelasyon katsayısının “.30” un altında olması, bu maddelerde ciddi bir sorun olduğunu gösterir (138). Ayrıca, madde-toplam korelasyonunun düşük olması güvenilirliği düşürdüğü için, bu maddelerin ölçekten çıkarılması gerekir (147). Ancak, bu korelasyon katsayı sınırı örneklem büyüklüğüne bağlı olarak değişebilmektedir; dört yüz ve daha fazla katılımcının bulunduğu büyük örneklemelerde “.20” gibi daha düşük bir korelasyon katsayıları da kabul edilebilir (138, 147). Bazı araştırmacılar tarafından da, madde seçiminde kabul edilebilir korelasyon katsayısının “.25”den büyük olması önerilmektedir (39, 148).

Ölçekteki maddelerin aynı niteliği daha iyi bir şekilde ölçüp ölçmediği ve maddelerin kavramsal yapıya yaptıkları katkı konusunda fikir sahibi olabilmek için APHHTÖ'nin “*düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları (madde-kalan korelasyon katsayısı)*” hesaplanmıştır (138, 147). Düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayısı, toplam puandan söz konusu maddenin puanı çıkarılarak, kalan toplam ile madde arasındaki korelasyon hesaplanarak elde edilir. Bu korelasyon katsayısının da negatif olmaması ve “.20”den hatta “.25”den küçük olmaması gerekir (147). Şencan'a göre, bu katsayının “.30”un altında olmaması gerekir (138). Ayrıca, madde ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısı yükseliyorsa, o maddenin güvenilirliği azalttığına ve ölçekten çıkarılması gerektiğine karar verilir. Böylece ölçeğin homojenliği artırılmış ve dolayısıyla güvenilirliği yükseltilmiş olur (147).

Düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayısı .40'ın üzerinde olan maddeler ayırtecilik özelliği “*çok iyi*”, .21 ile .40 arasında olan maddeler ayırtecilik özelliği “*iyi*” ve .20'nin altında olan maddeler ayırtecilik özelliği “*kötü*” olarak

değerlendirilir. Ayırtedicilik özelliği kötü olan maddeler ölçeğin güvenilirliğini düşürdüğünden, bu maddeler nihai ölçeğe alınmamalıdır (138).

APHHTÖ'nin, “*alt ölçek*” puanları ile “*toplam ölçek*” puanı arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Correlation Güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır.

2. Test-Tekrar Test (Ölçme-Tekrar Ölçme) Güvenirliği;

APHHTÖ'nin, uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücü incelenmiştir. Aksayan ve arkadaşları tarafından bir aracın zamana karşı değişmezliğini kestirmek için kullanılan test-tekrar test yönteminde, ölçümler arası en uzun aralığın “*dört-sekiz*” haftadan fazla olmaması önerilmektedir (5). Tavşancıl tarafından ise, iki ölçüm arasındaki sürenin, ölçülen özelliğe göre değişmekle birlikte, genellikle “*iki-üç*” ile “*dört-altı*” hafta arasında bir sürenin yeterli olabileceği ifade edilmektedir (147). Bununla birlikte, test-tekrar test yönteminde, uygulamalar arasında geçen sürenin uzunluğu test alan kişilerin değişme olasılığını arttırarak, güvenilirlik katsayısının düşmesine ve ölçümün standart hatasının artmasına neden olacağı belirtilmektedir (138). Bu bilgiler doğrultusunda, son test uygulaması ön-test uygulamasından dört hafta sonra yapılmıştır.

Ölçme-tekrar ölçme güvenirligi analizinde, APHHTÖ, dört hafta sonra, araştırma kapsamına alınan tüm hastanelerden tabaka ve sistematik örnekleme yöntemleriyle seçilen, toplam “n=104” hemşireye tekrar uygulanmıştır. Bunun için, araştırma kapsamına alınan sekiz kurumda çalışan hemşire sayısı T.C. Sağlık Bakanlığı'ndan öğrenilmiştir (*Toplam 791*). Bu sayı doğrultusunda, her kurum evrenin alt tabakası olarak düşünülmüş ve tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak, her bir kurum için, o

kurumu temsil edebilme gücüne sahip örneklem büyüklüğü saptanmıştır (Tablo 8) (166).

Her bir kurumun tekrar test örneklem büyüklüğünü saptamak amacıyla, önce her bir tabaka (kurum) için, o tabakada yer alan hemşire sayısı, evrendeki toplam hemşire sayısına bölünerek “*Tabaka Ağırlığı*” hesaplanmıştır. Daha sonra, her kurumun tabaka ağırlığı tekrar test (re-test) yapılması planlanan hemşire sayısı (n=100) ile çarpılarak, her bir kurumdan kaç hemşire alınacağı hesaplanmıştır (5).

$$a_{\text{kurum}} = \frac{N_{\text{kurum}}}{N} \qquad n_{\text{kurum}} = a_{\text{kurum}} \times n$$

a_{kurum} : Kurumun tabaka ağırlığı
 N_{kurum} : Kurumdaki birey sayısı
 N : Evrendeki birey sayısı

n_{kurum} : Kurumdan alınacak birey sayısı
 n : Re-test örnekleme alınacak eleman sayısı

Aksayan, S., Bahar, Z., Bayık, A. ve ark. (2002), Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Ed: Erefe, İ., Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği, 1. Baskı, Odak Ofset, İstanbul, s:130

Her kurumdan alınacak hemşire sayısı belirlendikten sonra, kurum idarelerinden, kurumda çalışanların bir listesi alınmıştır. Bundan sonra, araştırmaya katılmayı kabul eden ve ön-testi dolduran hemşirelerin anket formlarına bir kod verilmiştir. Son olarak da, kodlar kullanılarak, sistematik örnekleme yöntemiyle, her bir kurum için APHHTÖ'nin tekrar uygulanacağı hemşireler belirlenmiştir. Tekrar test uygulamaları, kurumların eğitim hemşireleri yardımıyla yapılmıştır.

Ölçme-tekrar ölçme güvenirliği analizi için, APHHTÖ, dört hafta sonra, araştırma kapsamına alınan tüm hastanelerden tabaka ve sistematik örnekleme yöntemleriyle seçilen, toplam “n=104” hemşireye tekrar uygulanmıştır. Ancak,

APHHTÖ’ndeki maddelerin yanıtlanma oranları hesaplandıktan sonra, ölçekteki en az bir maddeyi yanıtsız bırakan hemşirelerin anketleri değerlendirme dışı bırakıldığı için, 104 anketten 11 anket değerlendirme dışı kalmış ve test-re-test analizleri toplam 93 anket üzerinden yapılmıştır.

Tablo 8: Araştırma Kapsamında Ön-Test ve Tekrar-Test Uygulamasına Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Hastanelere Göre Dağılımı

İLİN ADI	KURUMUN ADI	ARAŞTIRMA EVRENİNDEKİ HEMŞİRE SAYISI	ÖN-TESTE KATILAN HEMŞİRE SAYISI	TEKRAR-TESTE ALINAN HEMŞİRE SAYISI
İSTANBUL	İSTANBUL BAKIRKÖY Ord.Prof.Dr.MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	306	203	43
İSTANBUL	İSTANBUL ERENKÖY RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	55	46	5
MANİSA	MANİSA RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	213	132	23
SAMSUN	SAMSUN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	85	58	10
ELAZIĞ	ELAZIĞ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	98	72	10
ADANA	ADANA DR.EKREM TOK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	103	67	9
TRABZON	TRABZON ÇAYKARA ATAKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANESİ	15	13	-
BOLU	BOLU İZZET BAYSAL RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	35	29	4
TOPLAM		910	620	104

İki test sonucu (*ön-test toplam puan ile tekrar-test toplam puan*) arasındaki tutarlılık için korelasyona bakılarak “*kararlılık (güvenirlilik) katsayısı*” belirlenmiştir (50, 82, 85, 138, 148). Şencan (2005), test-tekrar test korelasyon katsayısının (*kararlılık katsayısı*) en az “.80” olması gerektiğini belirtirken, aynı zamanda bazı bilim adamları tarafından “.70” güvenirlilik katsayısının da yeterli bulunduğunu ifade etmektedir (138).

APHHTÖ’nin her bir maddesinin ön-test ile tekrar-test puanları arasındaki uyuşmayı incelemek için ise Cohen tarafından geliştirilen Kappa istatistiği uygulanarak

“**Kappa Katsayısı**” elde edilmiştir. Kappa katsayısı, şans faktörünün etkisini ortadan kaldırması bakımından güvenilir bir istatistiki veridir (138).

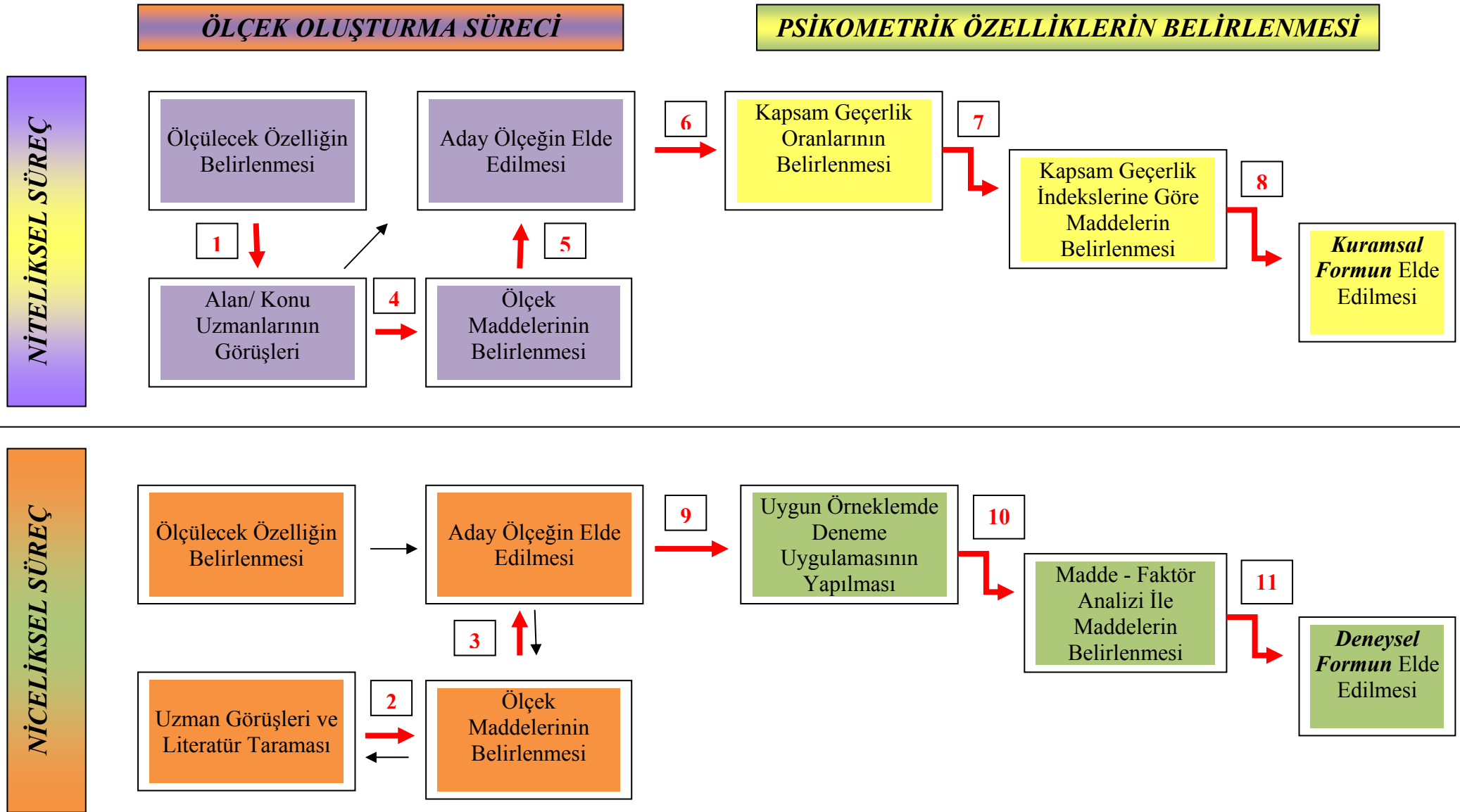
Kappa katsayısı -1 ile +1 arasında değişir. Sıfır değeri tesadüfi uyuşmayı, negatif değerler tesadüfi olmaktan daha kötü bir uyuşmayı ve +1 ise mükemmel uyuşmayı gösterir (138).

Tablo 9: Kappa Katsayılarının Yorumu

Değer	Güvenirlilik
< .20	Yetersiz
.21 - .40	Düşük (zayıf) ilişki
.41 - .60	Orta derecede ilişki
.61 - .80	Güçlü ilişki
.81 - 1.00	Mükemmel ilişki

Altman DG (1991). Practical Statistics For Medical Research, London, Chapman and Hall.

Şekil 2: APHHTÖ'ni Geliştirme Süreci



2.3 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Türkiye’de ruh sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan 8 adet Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi aracılığı ile yürütülmektedir. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı tarafından, tüm ülke, yer alan hastaneler doğrultusunda 8 bölgeye ayrılmıştır. Her bir hastane, bölgesinde yer alan, belirli sayıdaki ile hizmet sunmaktadır (*Ek XIV*).

Adli psikiyatri hizmetleri ise, beş adet ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde yataklı tedaviyle, bir adet ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde ise poliklinik hizmeti olarak yürütülmektedir. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı Adli Psikiyatri hizmetlerini, yataklı adli psikiyatri birimi bulunan hastaneler doğrultusunda beş bölgeye ayırmıştır (*Ek XV*). Her bir hastane, bölgesinde yer alan, belirli sayıdaki vilayette oluşan adli vakalara hizmet sunmaktadır.

Araştırma, Türkiye’de yer alan, Sağlık Bakanlığı’na bağlı ve *Adli psikiyatri hastalarına*” yatarak veya ayaktan tedavi ve bakım veren, 8 Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde yürütülmüştür. Bu hastaneler;

1. İstanbul Bakırköy Ord.Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi: 1927 yılında kurulmuştur (75). İstanbul ve çevresindeki altı ile ruh sağlığı hizmeti sunan (*Ek XIV*), 1400 yatak kapasiteli bir bölge hastanesidir.

Hastanede sağlık hizmetleri, psikiyatri poliklinikleri (*4 poliklinik*) ve yataklı tedavi birimleri (*30 servis*), gündüz hastanesi, rehabilitasyon üniteleri, acil psikiyatri tedavi ünitesi, EEG ünitesi ve anestezi EKT ünitesinde yürütülmektedir.

Hastanenin, “22. Servis, 33. Servis, 34. Servis, 38. Servis ve 40. Servis” olarak isimlendirilen Adli Psikiyatri Birimi 1991 yılında kurulmuştur. Servis olarak, bölgede (I. Bölge) 17 ile hizmet sunmaktadır (Ek XV). Beş serviste, 290 (260 erkek, 30 kadın) yatak kapasitesi ile hizmet sunan servislerde 11 uzman hekim, 14 asistan hekim, 4 psikolog, 22 hemşire ve 13 sağlık memuru çalışmaktadır. Her biri ayrı birer bina olarak yapılandırılan servislerde toplam 290 hasta yatmaktadır. Bu hastaların tanılarının dağılımı incelendiğinde, şizofreni (*paranoid*), atipik psikoz, bipolar bozukluk (*manik epizod*) ve mental retardasyon olduğu görülmektedir.

Hastanede, ayrıca cezaevinde olan ve ruhsal olarak rahatsızlanan, ancak mahkeme kararı ile güvenlik tedbiri (TCK 57. madde) olmayan tutuklu bireylerin kaldığı bir birim bulunmaktadır. 50 (42 erkek, 8 kadın) yatak kapasiteli ve “Adli Servis / Tutuklu Servisi” olarak adlandırılan bu birimde ise, 1 uzman hekim, 1 psikolog, 2 hemşire ve 4 sağlık memuru çalışmaktadır.

2. İstanbul Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi: 1978 yılında SSK’ya bağlı olarak, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi olarak hizmet vermeye başlamıştır (75). İstanbul ve çevresindeki 6 ile ruh sağlığı hizmeti sunan (Ek XIV), 195 yatak kapasiteli bir bölge hastanesidir.

Hastanede sağlık hizmetleri, psikiyatri poliklinikleri ve yataklı tedavi birimleri (3 servis), rehabilitasyon üniteleri, acil psikiyatri tedavi ünitesi, biyokimya ve mikrobiyoloji laboratuvarları, radyoloji EEG ünitesi ve anestezi ünitesinde yürütülmektedir.

Hastanede, adli psikiyatri hastalarına yataklı veya poliklinik hizmeti şeklinde tedavi ve bakım verilmemektedir.

3. Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi: 1925 yılında kurulmuştur (154). Manisa ve çevresindeki 12 ile ruh sağlığı hizmeti sunan (*Ek XIV*), 700 yatak kapasiteli bir bölge hastanesidir.

Hastanede sağlık hizmetleri, psikiyatri poliklinikleri ve yataklı tedavi birimleri (*14 servis*), biyokimya laboratuvarı, rehabilitasyon ünitesi, acil psikiyatri tedavi ünitesi, EEG ünitesi ve anestezi EKT ünitesinde yürütülmektedir (154).

Hastanenin, “*E Servisi*” olarak isimlendirilen Adli Psikiyatri Birimi 1926 yılında kurulmuştur. Servis olarak, bölgede (*II. Bölge*) 12 ile hizmet sunmaktadır (*Ek XV*). 31 yatak kapasiteli birimde bir uzman hekim, bir psikolog, 5 hemşire, bir sağlık memuru ve 5 personel çalışmaktadır. Bir binanın zemin katında, koğuş şeklinde yapılandırılmış serviste, tüm hastalar (31 hasta) birlikte kalmaktadır. Bu hastaların tanılarının dağılımı incelendiğinde, şizofreni, paranoid şizofreni ve mental retardasyon olduğu görülmektedir. Hastaların serviste kalma süreleri incelendiğinde, 16 hastanın bir yıldan daha az süredir, 12 hastanın 1-5 yıldır, bir hastanın 6-10 yıldır ve bir hastanın da 11 yıldan daha uzun süredir bu serviste yatmakta olduğu görülmektedir.

Hastanede, ayrıca cezaevinde olan ve ruhsal olarak rahatsızlanan tutuklu bireylerin kaldığı bir birim bulunmaktadır. 3 hücrede, 3 yatak olarak yapılandırılmış ve “*Adli Servis / Tutuklu Servisi*” olarak adlandırılan bu birime de, E Servisi’nde çalışan sağlık personeli hizmet vermektedir.

4. Adana Dr.Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi: 1984 yılında kurulmuştur (2). Adana ve çevresindeki 16 ile ruh sağlığı hizmeti sunan (*Ek XIV*), 644 yatak kapasiteli bir bölge hastanesidir.

Hastanede sağlık hizmetleri, psikiyatri polikliniği ve yataklı tedavi birimleri, gündüz hastanesi, rehabilitasyon üniteleri, biyokimya ve mikrobiyoloji laboratuvarları, ağız ve diş sağlığı polikliniği, radyoloji (*USG, Doppler USG, Röntgen, Panoramik röntgen*), acil ünitesi, EEG ünitesi ve anestezi EKT ünitesinde yürütülmektedir (2)

Hastanenin, “*Muhafaza ve Tedavi Servisi*” olarak isimlendirilen Adli Psikiyatri Birimi de 1984 yılında kurulmuştur. Servis olarak, bölgede (*III. Bölge*) 16 ile hizmet sunmaktadır (*Ek XV*). 72 yatak kapasiteli birimde bir uzman hekim, bir psikolog, 8 hemşire ve 6 personel çalışmaktadır. Ayrı bir bina olarak yapılandırılmış serviste, her biri 8 yataklı olmak üzere 9 hasta odası bulunmakta ve 71 hasta yatmaktadır. Bu hastaların tanılarının dağılımı incelendiğinde, şizofreni (*paranoid, dezorganize gibi*), atipik psikoz, bipolar bozukluk (*manik epizod*), mental retardasyon ve madde bağımlılığı olduğu görülmektedir. Hastaların serviste kalma süreleri incelendiğinde, 61 hastanın bir yıldan daha az süredir, 9 hastanın 1-5 yıldır ve bir hastanın da 6-10 yıldır bu serviste yatmakta olduğu görülmektedir.

Hastanede, ayrıca cezaevinde olan ve ruhsal olarak rahatsızlanan tutuklu bireylerin kaldığı bir birim bulunmaktadır. 36 yatak kapasiteli ve “*Adli Servis*” olarak adlandırılan bu birimde ise, bir uzman hekim, bir psikolog, 6 hemşire ve 4 personel çalışmaktadır. Bu serviste yatan hastaların hastalık tanılarının ise, antisosyal kişilik bozukluğu ve madde bağımlılığı olduğu görülmektedir.

5. Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi: 1925 yılında kurulmuştur (155). Elazığ ve çevresindeki 18 ile ruh sağlığı hizmeti sunan (*Ek XIV*), 510 yatak kapasiteli bir bölge hastanesidir.

Hastanede sağlık hizmetleri, psikiyatri polikliniği ve yataklı tedavi birimleri (*13 servis*), gündüz hastanesi, rehabilitasyon ünitesi, acil psikiyatri tedavi ünitesi, EEG ünitesi ve anestezi EKT ünitesinde yürütülmektedir.

Hastanenin, “*I. Servis / Adli Servis*” olarak isimlendirilen Adli Psikiyatri Birimi de 1980 yılında kurulmuştur. Servis olarak, bölgede (*IV. Bölge*) 18 ile hizmet sunmaktadır (*Ek XV*). 54 yatak kapasiteli birimde 5 uzman hekim, bir psikolog, 5 hemşire, 2 sağlık memuru ve 8 personel çalışmaktadır. Ayrı bir binada yer alan servis, dördü 11 yataklı ve biri 10 yataklı olan beş koğuştan oluşmakta ve 54 hasta yatmaktadır. Bu hastaların tanıların dağılımı incelendiğinde, şizofreni, paranoid şizofreni, ayrışmamış tip şizofreni, kronik psikoz, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk (manik epizod) olduğu görülmektedir. Hastaların serviste kalma süreleri incelendiğinde, 36 hastanın bir yıldan daha az süredir, 13 hastanın 1-5 yıldır ve 2 hastanın da 6-10 yıldır bu serviste yatmakta olduğu görülmektedir.

Hastanede, ayrıca cezaevinde olan ve ruhsal olarak rahatsızlanan, tutuklu bireylerin kaldığı bir birim bulunmaktadır. 36 yatak kapasiteli ve “*Adli Servis*” olarak adlandırılan bu birimde ise, bir uzman hekim, bir psikolog, 6 hemşire ve 4 personel çalışmaktadır. Bu serviste yatan hastaların hastalık tanıların ise, antisosyal kişilik bozukluğu ve madde bağımlılığı olduğu görülmektedir.

6. Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi: 1970 yılında kurulmuştur. Samsun ve çevresindeki 13 ile ruh sağlığı hizmeti sunan (*Ek XIV*), 206 yatak kapasiteli bir bölge hastanesidir.

Hastanede sağlık hizmetleri, psikiyatri polikliniği ve yataklı tedavi birimleri (8 servis), biyokimya laboratuvarı, radyoloji, acil psikiyatri tedavi ünitesi, EEG ünitesi ve anestezi EKT ünitesinde yürütülmektedir.

Hastanenin, “*Adli Servis*” olarak isimlendirilen Adli Psikiyatri Birimi 1999 yılında kurulmuştur. Servis olarak, bölgede (*V. Bölge*) 18 ile hizmet sunmaktadır (*Ek XV*). 20 yatak kapasiteli birimde 3 uzman hekim, bir psikolog, 7 hemşire, bir sağlık memuru ve 5 personel çalışmaktadır. Bir binanın zemin katında, koğuş şeklinde yapılandırılmış serviste, tüm hastalar (20 hasta) birlikte kalmaktadır. Bu hastaların tanılarının şizofreni (*paranoid*) ve mental retardasyon olduğu görülmektedir. Hastaların tümü, 1 yıldan daha az bir süredir bu serviste yatmaktadır.

Hastanede, ayrıca cezaevinde olan ve ruhsal olarak rahatsızlanan tutuklu bireylerin kaldığı bir birim bulunmamaktadır.

7. Trabzon Çaykara Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi: 2003 yılında kurulmuştur. Trabzon ve çevresindeki 4 ile sağlık hizmeti sunan (*Ek XIV*), 98 yatak kapasiteli bir bölge hastanesidir.

Hastanede sağlık hizmetleri, psikiyatri polikliniği ve yataklı tedavi birimleri (3 servis), acil psikiyatri ünitesi ve biyokimya laboratuvarında yürütülmektedir.

Hastanede, adli psikiyatri hastalarına yataklı veya poliklinik hizmeti şeklinde tedavi ve bakım verilmemektedir.

8. Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi: 2008 yılında kurulmuştur. Bolu ve çevresindeki 7 ile sağlık hizmeti sunan (*Ek XIV*), 90 yatak kapasiteli bir bölge hastanesidir.

Hastanede sağlık hizmetleri, psikiyatri polikliniği ve yataklı tedavi birimleri (4 servis), acil psikiyatri ünitesi ve toplum ruh sağlığı merkezinde yürütülmektedir.

Hastanede, yataklı hizmet veren bir “Adli Psikiyatri Birimi” bulunmadığı için, adli psikiyatri hastalarına poliklinik şeklinde hizmet sunulmaktadır.

2.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ:

Araştırmanın evrenini, Türkiye’de yer alan Sağlık Bakanlığı’na bağlı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri’nde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Sağlık Bakanlığı 2008 Ağustos ayı verilerine göre, evrendeki hemşire sayısı 791 olarak bildirilmiştir. Ancak, araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde (Ocak-Nisan 2009), yapılan yeni atamalar dolayısıyla bu sayının **910**’a ulaştığı belirlenmiştir.

Evrenin tümünün araştırmaya dahil edilmesi planlandığından, örneklem seçimine gidilmemiştir. Kurumlarda çalışan sağlık memurları da hemşire olarak araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Sağlık memuru olarak göreve başlamış olmalarına karşın, araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde, 25 Nisan 2007’de kabul edilen ve 2 Mayıs 2007’de resmi gazetede yayımlanan **5634 sayılı “Hemşirelik Kanunu’nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”**un, “**Geçici 2. Maddesi (Hemşirelik eğitime eşdeğer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlar hemşire olarak çalışırlar) (125)**” uyarınca hemşire olarak çalıştıkları belirlenmiştir.

Araştırma, izinli olma, hastalık ve eğitim amacıyla görev yeri değişikliği gibi nedenlerle kurumlarında bulunmayan hemşireler dışında, araştırmaya katılmayı kabul eden “650” hemşire ile yürütülmüştür.

650 anket araştırmacı tarafından incelenmiş ve maddelerin % 85’ine tam olarak yanıt vermeyen “30” hemşirenin anketi değerlendirme dışı bırakılarak, araştırmacı tarafından SPSS veri tabanına kodlanmamıştır. Böylece veri tabanına “620” anket kodlanmıştır (Tablo 10). Daha sonra, APHHTÖ’nin uyum ve yapı geçerliği ile güvenilirlik analizleri öncesinde, ölçekteki maddelerin yanıtlanma oranları hesaplanmıştır. Ölçekteki en az bir maddenin yanıtı bırakıldığı “84” anket geçerlik ve güvenilirlik analizi değerlendirmesine dahil edilmemiştir (*Ek XVII*). Böylece toplam 114 anket değerlendirmeye alınmayarak, analizler “536” anket üzerinden yapılmıştır.

Tablo 10: Araştırma Kapsamındaki Hemşirelerin Çalıştıkları Hastanelere Göre Dağılımı

İLİN ADI	KURUMUN ADI	Sağ.Bak. Verilerine Göre Evrendeki Hemşire Sayısı	Araştırmanın Yürütüldüğü Tarihlerde Evrendeki Hemşire Sayısı	Anketleri Veri Tabanına Kodlanan Hemşire Sayısı
İSTANBUL	İSTANBUL BAKIRKÖY Ord.Prof.Dr.MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	344	306	203
İSTANBUL	İSTANBUL ERENKÖY RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	42	55	46
MANİSA	MANİSA RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	115	213	132
SAMSUN	SAMSUN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	75	85	58
ELAZIĞ	ELAZIĞ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	69	98	72
ADANA	ADANA DR.EKREM TOK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	85	103	67
TRABZON	TRABZON ÇAYKARA ATAKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANESİ	15	15	13
BOLU	BOLU İZZET BAYSAL RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	33	35	29
	TOPLAM	791	910	620

2.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ:

APHHTÖ'nin veri toplama süreci, geliştirilme sürecine paralel olarak niteliksel ve niceliksel olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

Niteliksel süreçte; ilk olarak veriler, 26 Mayıs-16 Haziran 2008 tarihleri arasında yapılan odak grup görüşmelerinde ses kayıt cihazı kullanılarak ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler tarafından öz bildirim dayalı olarak yazılan kompozisyonlar aracılığı ile toplanmıştır. İkinci olarak, odak grup görüşmeleri ve kompozisyonların analizi sonucunda ortaya çıkan aday ölçek maddelerinin uzman değerlendirmeleri 6 Kasım -19 Aralık 2008 tarihleri arasında yapılmıştır.

Niceliksel süreçte; veriler, öncelikle 9 Ocak 2009 – 27 Mart 2009 tarihleri arasında araştırma evrenindeki sekiz kurumda hemşire olarak çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşirelerden, öz bildirim dayalı olarak toplanmıştır. Ortalama cevaplama süresi 15 dakika olan anket formlarının doldurulması için, hemşirelerin çalışma düzenleri itibariyle en az yoğunlukta oldukları zaman dilimleri (*saat 10.00'dan sonra, öğle yemeği, saat 14.00 sonrası, nöbetler, gibi*) tercih edilmiştir. Araştırmacı, her bir araştırma kurumuna bizzat giderek, hemşirelere anket formlarının doldurulması konusunda açıklamalar yapmıştır.

İkinci olarak, APHHTÖ'nin güvenilirlik analizi sağlamak amacıyla yapılan tekrar test (re-test) uygulaması yapılmış ve bunun için, araştırmacı tarafından tabakalama ve sistematik örnekleme yöntemiyle seçilen 104 hemşireye, 23 Şubat 2009 – 27 Nisan 2009 tarihleri arasında, APHHTÖ ölçeği, kurumların eğitim hemşireleri tarafından tekrar uygulanmıştır.

2.6. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRME TEKNİKLERİ

Nitel verilerin analizi ve değerlendirmesi araştırmacı tarafından elde yapılmıştır.

Nicel veriler ise, , Ege Üniversitesi Bilgisayar Merkezi'nde bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir.

2.6.1 Tanıtıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır.

Tanıtıcı bilgilerde yer alan 13. soruya (*Adli psikiyatri hastası ile ilgili Türk Hukuk Sistemi içinde yer alan yasal düzenlemeleri biliyor musunuz?*) **“Evet”** yanıtı veren hemşirelerin, ilgili yasalardan (*TCK madde 32, madde 34, madde 57 veya TMK madde 133 ve diğerleri*) en az birini yazması durumunda yanıtı evet olarak değerlendirilirken, evet demesine karşın yanlış bilgi yazan veya hiçbir şey yazamayan hemşirelerin yanıtları **“Hayır”** olarak değerlendirilmiştir.

2.6.2 Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

APHHTÖ'nin geçerlik ve güvenirlik değerlendirmeleri yapılmıştır.

APHHTÖ'nin geçerlik ve güvenirlik değerlendirmesi yapılmadan önce, ölçeğin % 85'inin cevaplanmadığı 30 anket veri tabanına kodlanmamıştır. Daha sonra, bilgisayar ortamında ölçeğin her bir maddesinin hemşireler tarafından cevaplandırılma oranları belirlenmiştir. Bu analize göre, ölçekteki en az bir maddeyi

yanıtsız bırakan hemşirelerin anketleri geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesi dışında bırakılmıştır (*Ek XVII*). Bu doğrultuda toplam 114 hemşirenin anketi değerlendirme dışında bırakılarak, geçerlik ve güvenilirlik analizleri toplam 536 hemşirenin anketleri (*evrenin %59'u*) üzerinden yapılmıştır.

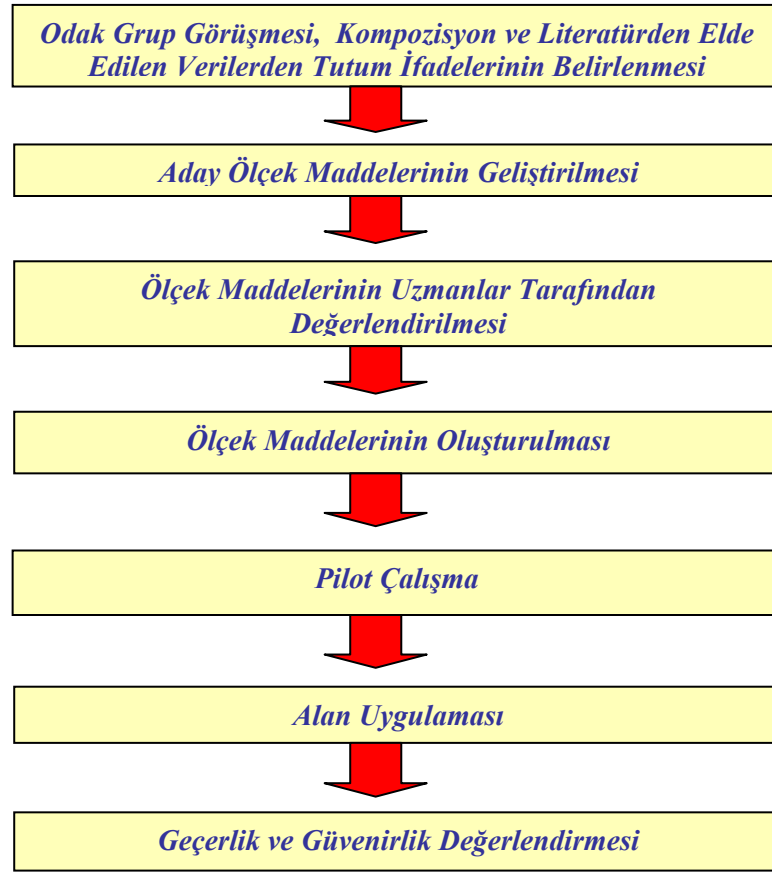
Tablo 11: APHHTÖ'nin Cevaplandırılma Durumu

CEVAPLANDIRILMA DURUMU	SAYI	%
% 85'i cevaplanmayan anket	30	4.6
En az bir maddesi cevaplanmayan anket	84	12.9
Tamamı cevaplanan anket	536	82.5
TOPLAM	650	100.0

Hemşirelerin, APHHTÖ'deki maddelere vermiş oldukları yanıtların değerlendirilebilmesi için, pozitif maddelerde (3, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 31, 35) *Kesinlikle Katılmıyorum*'a "1" puan, *Katılmıyorum*'a "2" puan, *Kararsızım*'a "3" puan, *Katılıyorum*'a "4" ve *Tamamen Katılıyorum*'a 5 puan verilerek, negatif maddelerde (1, 2, 6, 7, 8, 14, 15, 17, 18, 19, 25, 26, 29, 30, 32, 33, 34) ise tam tersi puan verilerek yanıtlar sayısal değerlere dönüştürülmüştür (*Ek XIII*). Bu sayısal değerler kullanılarak, toplam ve dört alt boyuta göre puan ortalamaları hesaplanmıştır.

APHHTÖ'nin geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapıldıktan sonra, kalan 25 maddesine göre, ölçekten elde edilecek en yüksek puan "125", en düşük puan "25"dir. Yüksek puan adli psikiyatri hastasına yönelik olumlu tutumu göstermektedir.

Şekil 3: APHHTÖ'ni Yapılandırma Süreci



2.7. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ VE OLANAKLARI

Araştırma konusunun seçimi, planlaması ve öneri şeklinde hazırlanması tamamlandıktan sonra, Doktora tezi olarak yürütülebilmesi için 21 Nisan 2008 tarihinde Tez Öneri Komitesi'ne sunulmuştur. Tez Öneri Komitesi'nin önerileri doğrultusunda toplanmaya başlanan araştırma verileri, değerlendirme çalışmaları yürütüldükten sonra 18 Kasım 2009 tarihinde araştırma raporu "*Doktora Tez*" çalışması olarak sunulmuştur (Tablo 5).

2.8. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulundan yazılı izin alınmıştır (*Ek XVIII*).

Odak grup görüşmeleri ve kompozisyonların yapılabilmesi için Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır(*Ek XIX*). Ayrıca, odak grup görüşmelerine katılan hemşirelere grup görüşmelerinde söyledikleri her şeyin gizli tutulacağına ve araştırma amacı dışında başka bir yerde kullanılmayacağına dair yazılı söz verilmiştir (*Ek XX*).

Ölçeğin uyum geçerliliğini sağlamak amacıyla kullanılan “*Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği*” için Yard. Doç.Dr. Ayşegül Bilge'den yazılı onay alınmıştır (*Ek XXI*).

Araştırmanın uygulanabilmesi için,

- ✓ Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (*Ek XXII-a*)
- ✓ Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (*Ek XXII-b*)
- ✓ İstanbul Bakırköy Ord.Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (*Ek XXII-c*).
- ✓ Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (*Ek XXII-d*).
- ✓ Trabzon Çaykara Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (*Ek XXII-e*)
- Başhekim'liklerinden ve
- ✓ Adana Dr.Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (*Ek XXII-f*)
- ✓ İstanbul Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (*Ek XXII-g*)
- ✓ Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (*Ek XXII-h*).

için İl Sağlık Müdürlükleri'nden yazılı izin alınmıştır.

Ayrıca araştırmanın yürütüleceği hastanelerin başhemşireleri ile görüşülerek, araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar konusunda açıklamalar yapılmıştır.

Bunların yanı sıra, araştırmaya katılacak hemşirelerle de görüşülmüş ve güvenilir yanıtlar alabilmek için uygulamadan önce, araştırma ile ilgili gerekli bilgiler verilerek, hemşirelere araştırmaya katılıp katılmayacağı sorulmuştur. Bireylerin kendilerini rahat hissedebilmeleri için, isim belirtilmeyeceği, verecekleri bilgilerin gizli kalacağı ve araştırma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacağına dair açıklama yapılmıştır. Bu bilgiler ışığında araştırmaya katılıp katılmama konusunda hiçbir baskı yapılmadan gönüllü katılım olmasına özen gösterilmiştir.

Tablo 12: Araştırma Takvimi

ARAŞTIRMA ADIMLARI	TARİH																	
	2008							2009										
	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim
Literatürden tutum ölçeklerinin taranması	■	■																
Hemşirelere kompozisyon yazdırılması		■																
Hemşirelerle odak grup görüşmesi		■																
Odak grup görüşme içeriğinin dökümanite edilmesi			■	■	■													
Odak grup görş. ve komp. verilerinin içerik analizi				■	■													
Elde edilen verilerin değerlendirilmesi					■	■												
Uzmanlar tarafından ölçek maddelerinin değer.						■	■											
Uzman değerlendirmelerinin istatistiksel analizi							■											
Ölçeğin pilot uygulaması							■											
Ölçeğin araştırma evrenine uygulanması								■	■	■								
Ölçeğin re-test uygulaması									■	■	■							
Ölçeğin geçerlik güvenirlik değerlendirmesi											■	■						
Araştırma verilerinin rapor edilmesi												■	■	■	■	■	■	■

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. HEMŞİRELERİ TANITICI BİLGİLERİN İNCELENMESİ

3.1.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 13: Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

TANITICI ÖZELLİKLER	SAYI	%
Yaş Grubu	228	42.5
21 – 30	203	37.9
31 – 40	84	15.7
41 – 50	17	3.2
51 – 60	4	0.7
Yanıtsız		
$\bar{X} = 34.19 \pm 7.46$		
Cinsiyet	421	78.5
Kadın	115	21.5
Erkek		
Medeni durum	126	23.5
Bekar	382	71.3
Evli	28	5.2
Dul/Boşanmış/Ayrı Yaşıyor		
En Uzun Süre Yaşanan Yer	28	5.2
Köy	21	3.9
Kasaba	86	16.0
İlçe	398	74.3
Şehir	3	0.6
Yanıtsız		
TOPLAM	536	100.0

Tablo 13’de hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Hemşirelerin % 42.5’i 21-30 yaş grubunda, % 37.9’u 31-40 yaş grubunda, % 15.7’si 41-50 yaş grubunda ve % 3.2’si 51-60 yaş grubunda yer almaktadır. Hemşirelerin yaş ortalaması 34.19 ± 7.46 ’dır.

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında, % 78.5’inin kadın ve % 21.5’inin erkek olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin medeni durumları incelendiğinde; % 71.3’ünün evli, % 23.5’inin bekar ve % 5.2’sinin boşanmış/dul veya ayrı yaşadığı saptanmıştır.

Hemşirelerin en uzun süre yaşadıkları yerleşim birimine göre dağılımları incelendiğinde; % 74.3’ünün şehirde, % 16.0’sının ilçede, %3.9’unun kasabada ve % 5.2’sinin köyde yaşadıkları saptanmıştır.

3.1.2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 14: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

MESLEKİ ÖZELLİKLER	SAYI	%
Çalışılan Hastane		
Adana Dr.Ekrem Tok RSH Hast.	56	10.4
İstanbul Bakırköy Ord.Prof.Dr.Mazhar Osman RSH Eğitim ve Araştırma Hast.	181	33.8
Bolu İzzet Baysal RSH Hast.	24	4.5
Elazığ RSH Hastanesi	60	11.2
İstanbul Erenköy RSH Hast.	44	8.2
Manisa RSH Hast.	111	20.7
Samsun RSH Hast.	48	9.0
Trabzon Çaykara Ataköy RSH Hast.	12	2.2
Çalışılan Birim		
İdari Birim	8	1.5
Poliklinik	32	6.0
Acil Servis	21	3.9
Adli Servis	52	9.7
Klinik	423	78.9
Mezun Olunan Okul		
Sağlık Meslek Lisesi	170	31.7
Önlisans	166	31.0
Lisans	129	24.1
Lisansüstü	6	1.1
Diğer	44	8.2
Yanıtsız	21	3.9
Toplam Çalışma Yılı		
1 – 5 Yıl	127	
6 – 10 Yıl	125	23.7
11 – 15 Yıl	110	23.3
16 – 20 Yıl	64	20.5
21 – 25 Yıl	47	11.9
26 - ↑ Yıl	63	8.8
		11.8
$\bar{X} = 13.03 \pm 8.62$		
Kurumda Çalışma Yılı		
0 – 5 Yıl	347	64.7
6 – 10 Yıl	64	11.9
11 – 15 Yıl	38	4.1
16 – 20 Yıl	45	8.4
21 - ↑ Yıl	33	6.2
Yanıtsız	9	1.7
$\bar{X} = 6.45 \pm 7.20$		
TOPLAM	536	100.0

MESLEKİ ÖZELLİKLER	SAYI	%
Göreve Başlama Şekli		
Atama (Tayin)	361	67.4
Kendi İsteği	162	30.2
Geçici Görevlendirme	5	0.9
Diğer	8	1.5
Kadro Durumu		
Kadrolu Devlet Memuru (657)	346	64.6
Sözleşmeli Devlet Memuru (4/b)	183	34.1
Döner Sermayeden Sözleşmeli	7	1.3
Pozisyon		
Başhemşire	1	0.2
Başhemşire Yardımcısı	3	0.5
Eğitim Hemşiresi	5	0.9
Sorumlu Hemşire	69	12.9
Servis Hemşiresi	426	79.5
Poliklinik Hemşiresi	32	6.0
Çalışma Düzeni		
Sadece gece	36	6.7
Sadece gündüz	98	18.3
Gece-gündüz (nöbet)	402	75.0
TOPLAM	536	100.0

Tablo 14’de hemşirelerin mesleki özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin, % 33.8’inin İstanbul Bakırköy Ord.Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde, %20.7’sinin Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde, %11.2’sinin Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde, %10.4’ünün Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde, %9.0’unun Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde, % 8.2’sinin İstanbul Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde, % 4.5’inin Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Hastanesi'nde ve %2.2'sinin Trabzon aykara Ataköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde görev yaptığı saptanmıştır.

Tablo 14'de grldğu gibi, hemşirelerin %78.9'unun psikiyatri servisinde, % 9.7'sinin adli serviste, % 6.0'sının poliklinikte, % 3.9'unun acil serviste ve %1.5'inin idari birimde çalıştığı saptanmıştır.

Hemşirelerin mezun oldukları okullar incelendiğinde; % 31.7'sinin Sağlık Meslek Lisesi, % 31.0'inin nlisans, % 24.1'inin lisans, % 1.1'inin lisansüstü mezunu olduğu ve % 8.2'sinin ise yurt içi veya yurt dışından alan dışı bir okuldan (nlisans-lisans) mezun olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin toplam çalışma yıllarına göre dağılımlarına bakıldığında; % 23.7'sinin 1-5 yıllık, % 23.3'ünün 6-10 yıllık, % 20.5'inin 11-15 yıllık, % 11.9'unun 16-20 yıllık, % 11.8'inin 26 ve üzeri ve % 8.8'inin 21-25 yıllık çalışma yaşamları olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin toplam çalışma sürelerinin ortalaması 13.03 ± 8.62 'dir.

Hemşirelerin buldukları kurumda çalışma yıllarına göre dağılımlarına bakıldığında; % 64.7'sinin 0-5 yıllık, % 11.9'unun 6-10 yıllık, % 8.4'ünün 16-20 yıllık % 6.2'sinin 21 ve üzerinde ve % 4.1'inin 11-15 yıllık hizmet süreleri olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin buldukları kurumda çalışma sürelerinin ortalaması 6.45 ± 7.20 'dir.

Hemşirelerin halen buldukları kurumlarda göreve başlama şekilleri incelendiğinde; % 67.4'ünün atama (tayin) ile, % 30.2'sinin kendi isteği ile, % 0.9'unun geçici görevlendirme ile göreve başladığı ve %1.5'inin göreve başlama şeklini belirtmediği saptanmıştır.

Hemşirelerin kadro durumları incelendiğinde; % 64.6'sının kadrolu devlet memuru, % 34.1'inin sözleşmeli devlet memuru ve % 1.3 'ünün ise döner sermayeden sözleşmeli olarak çalıştığı saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin halen çalışmakta oldukları kurumlardaki pozisyonları incelendiğinde, % 79.5'inin servis hemşiresi, %12.9'unun sorumlu hemşire, % 6.0'sının poliklinik hemşiresi, % 0.9'unun eğitim hemşiresi, % 0.5'inin başhemşire yardımcısı ve % 0.2'sinin başhemşire olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin çalışma düzenleri incelendiğinde, %75'inin gece-gündüz (nöbet), % 18.3'ünün sadece gündüz ve % 6.7'sinin sadece gece olacak biçimde çalıştığı saptanmıştır.

3.2. HEMŞİRELERİN ADLİ PSİKİYATRİ HASTALARINA YÖNELİK DENEYİM-BİLGİ VE GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

3.2.1. Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Bakım Verme Durumlarının İncelenmesi

Tablo 15 : Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Bakım Verme Durumlarına Göre Dağılımı

BAKIM VERME DURUMU	SAYI	%
Hayır, hiç bakım vermedim	189	35.3
Evet, daha önce bakım verdim	64	11.9
Evet, şu anda bakım veriyorum	52	9.7
Geçici süreli olarak bakım verdim	231	43.1
TOPLAM	536	100.0

Tablo 15’de hemşirelerin çalışma yaşamı boyunca adli psikiyatri hastasına bakım verip vermeme durumları incelenmiştir. Tabloya göre, hemşirelerin % 43.1’inin çalışmakta olduğu servise geçici süre ile yatışı yapılan adli psikiyatri hastasına, % 11.9’unun adli psikiyatri biriminde yatmakta olan adli psikiyatri hastasına daha önceden ve % 9.7’sinin adli psikiyatri biriminde yatmakta olan adli psikiyatri hastasına araştırmanın yürütülmekte olduğu süreçte bakım verdiği ve % 35.3’ünün adli psikiyatri hastasına hiçbir şekilde bakım vermediği saptanmıştır.

Tablo 16: Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Bakım Verme Sürelerine Göre Dağılımı

BAKIM VERME SÜRESİ	SAYI	%
Bir yıldan daha kısa süre	232	66.8
1 - 5 Yıl	88	25.4
6 - 10 Yıl	11	3.2
11- ↑ Yıl	6	1.7
Yanıtsız	10	2.9
TOPLAM	347	100.0

Adli psikiyatri hastasına bakım veren hemşirelerin adli psikiyatri hastasına bakım verme süreleri incelendiğinde; bakım veren hemşirelerin % 66.8'inin bir yıldan daha kısa bir süre, % 25.4' ünün 1-5 yıl, % 3.2'sinin 6-10 yıl ve % 1.7'sinin 11 ve daha fazla bir süredir adli psikiyatri hastasına bakım verdiği ve %2.9'unun bakım verme süresini belirtmediği saptanmıştır.

3.2.2. Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastaları Konusundaki Bilgi Durumlarının ve Bilgi Edindikleri Kaynakların İncelenmesi

Tablo 17: Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastaları Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımı

BİLGİ ALMA DURUMU	SAYI	%
Hayır, hiç bilgi almadım	142	26.5
Evet, bilgi aldım	391	72.9
Yanıtsız	3	0.6
TOPLAM	536	100.0

Tablo 17’de hemşirelerin adli psikiyatri hastaları konusunda bilgi alma durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Hemşirelerin adli psikiyatri hastaları ile ilgili olarak % 72.9’unun daha önceden bilgi aldığı, % 26.5’inin ise bilgi almadığı ve % 0.6’sının bilgi alma durumunu belirtmediği saptanmıştır.

Tablo 18: Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastaları Konusundaki Bilgileri Elde Ettikleri Kaynaklara Göre Dağılımı

BİLGİ ALINAN KAYNAKLAR	SAYI	%
Arkadaşlarımdan	199	50.9
Öğrenimim sırasındaki derslerden	57	14.5
Hizmet içi eğitim programlarından	110	28.1
Radyo - Tv- gazetelerden	2	0.5
İnternet - kitap - dergilerden	-	-
Deneyimlerimden	21	5.5
Diğer	2	0.5
TOPLAM	391	100.0

Tablo 18’de adli psikiyatri hastaları ile ilgili olarak daha önceden bilgi alan hemşirelerin (%72.9), bu bilgileri elde ettikleri kaynaklara göre dağılımları görülmektedir. Bilgi alan hemşirelerin, % 50.9’unun adli psikiyatri hastaları konusundaki bilgilerini çalışma (mesai) arkadaşlarından, % 28.1’inin hizmet içi eğitim programlarından, % 14.5’inin öğrenimi sırasındaki derslerden, % 5.5’inin deneyimlerinden, % 0.5’inin radyo-tv-gazetelerden elde ettiği saptanmıştır.

Tablo 19: Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastaları İle İlgili Yasal Düzenlemeleri Bilme Durumlarına Göre Dağılımı

YASAL DÜZENLEMELERİ BİLME DURUMU	SAYI	%
Biliyor	61	11.4
Bilmiyor	472	88.0
Yanıtsız	3	0.6
TOPLAM	536	100.0

Hemşirelerin, adli psikiyatri hastaları ile ilgili Türk Hukuk Sistemi'nde yer alan yasal düzenlemeleri bilme durumları incelendiğinde, % 88.0'inin ilgili yasal düzenlemeleri bilmediği, % 11.4'ünün bildiği ve % 0.6'sının bu soruya yanıt vermediği saptanmıştır.

3.2.3. Hemşirelerin, Adli Psikiyatri Biriminde Hemşire Çalışmasına Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi

Tablo 20: Hemşirelerin, Adli Psikiyatri Biriminde Hemşire Çalışmasına Yönelik Görüşlerine Göre Dağılımı

HEMŞİRELERİN ÇALIŞMASI KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİ	SAYI	%
Evet, hemşire çalışmalı	383	71.4
Hayır, hemşire çalışmamalı	144	26.9
Yanıtsız	9	1.7
TOPLAM	536	100.0

Tablo 20'de görüldüğü gibi, hemşirelerin % 71.4'ünün adli psikiyatri biriminde hemşirenin çalışması gerektiği, % 26.9'unun çalışmaması gerektiği yönünde görüş belirttiği ve %1.7'sinin bu konuda görüş belirtmediği saptanmıştır.

3.3. APHHTÖ’NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK DEĞERLENDİRMESİ

3.3.1. APHHTÖ’nin Geliştirilmesinde Niceliksel Süreçler

3.3.1.1. APHHTÖ’nin Geçerlik Değerlendirmesi

Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutum Ölçeği’nin, geçerliliği için aşağıda belirtilen geçerlik ölçüm yöntemlerine başvurulmuştur.

1. Kapsam (İçerik) Geçerliği; APHHTÖ’nin kapsam geçerlik çözümlemesi için, uzman görüşlerine dayalı nitel çalışmaları, istatistiksel nicel çalışmalara dönüştüren bir süreç kullanılmıştır. Bunun için, *aday ölçek formu hazırlanmış ve alanla ilgili uzman grubu oluşturularak uzman görüşleri elde edilmiştir.* Bundan sonra Lawshe tekniği kullanılarak, *maddelere ilişkin kapsam geçerlik oranları ve ölçeğe ilişkin kapsam geçerlik indeksi ile kapsam geçerlik ölçütü* hesaplanmıştır (168).

Ölçeğin “Kapsam Geçerlik Oranını” belirlemek için aşağıdaki formül kullanılmıştır (167) :

$$KGO_{madde} = \frac{NG}{N} - 1$$

KGO : Kapsam geçerlik oranı
 NG : Maddeye “Gerekli” diyen uzman sayısı
 N : Maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısı

Yurdugül, H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması, XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi

Aday ölçek maddelerinden KGO değerleri negatif ya da “0” değer içeren maddeler elendikten sonra, KGO değerleri pozitif olan maddelerin, “*Kapsam Geçerlik Ölçütü(KGÖ)*”ne göre anlamlı olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Tablo 4'e göre, APHHTÖ için, uzman sayısı (15) doğrultusunda, $\alpha = 0.05$ anlamlık düzeyinde minimum **Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ) = 0.49** olarak belirlenmiştir (bkz bölüm II, s:87).

APHHTÖ aday ölçeğinin her bir maddesi için elde edilen KGO'larından istatistiksel olarak anlamsız bulunanlar elimine edildikten sonra, KGO'ı $\alpha = 0.05$ düzeyinde anlamlı olan 31 maddenin nihai forma alınması kararlaştırılmıştır. Bu maddelerin (31 madde) toplam KGO'larının ortalamaları alınarak "**Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ)**" hesaplanmıştır (Ek XI).

$$KGİ = \sum KGO / \text{Madde Sayısı}$$

$$KGİ = 21.46 / 31$$

$$KGİ = 0.69$$

Ölçeğin 31 maddeden oluşan ilk şekli için,

$$KGİ \geq KGÖ \quad \text{veya} \quad KGİ / KGÖ \geq 0'1$$

$$0.69 \geq 0.49 \quad \text{veya} \quad 0.69 / 0.49 \geq 0'1$$

sağladığı için kapsam (içerik) geçerliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (167).

Kapsam (içerik) geçerliği gerçekleştirilmiş olan ölçeğin 31 maddeden oluşan ilk şeklindeki maddeler, uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda, araştırmacı tarafından yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenleme kapsamında, ilk önce, uzmanlar tarafından önerilen ek sekiz madde (Ek XII) araştırmacı tarafından değerlendirilmiş ve bunlardan geliştirilen dört maddenin (Ek XIII'de 10., 11., 20. ve 24. maddelerin) ölçekte yer almasına karar verilmiştir. Böylece ölçek, 35 madde olmuştur. İkinci olarak, ölçeği oluşturan madde ifadeleri, uzman önerileri doğrultusunda, negatif (1, 2, 6, 7, 8, 14, 15, 17, 18, 19, 25, 26, 29, 30, 32, 33, 34) ve pozitif (3, 4, 5, 9, 10, 11,

12, 13, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 31, 35) maddeler eşit olacak şekilde tekrar düzenlenmiştir. Bu doğrultuda, aday ölçekte yer alan ve negatif yönlü olan 3., 5., 11. ve 23. madde ifadeleri, yönü pozitif olacak şekilde değiştirilmiştir (*Ek XIII*).

3. **Yüzey Geçerliliği:** APHHTÖ'nin "yüzey geçerliliği" için, ilk önce tüm madde ifadeleri, uzmanlardan gelen öneriler de dikkate alınarak, araştırmacı tarafından anlaşılabilirlik ve ifade yönünden genel olarak değerlendirilip, ilgili düzenlemeler yapılmıştır. İkinci olarak, araştırma evreni dışında yer alan ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde çalışan 10 hemşire tarafından, ölçek maddeleri "*düzensizlik ve anlamlılık, okunurluk, terimlerin anlaşılabilirliği, cümlelerin uzunluğu, anlamın açıklığı ve netliği*" yönünden değerlendirilmiştir. Bu pilot çalışmayla, aynı zamanda ölçeğin cevaplayıcıların eğitim düzeylerine, kültürel yapılarına ve yetenek düzeylerine uygun olup olmadığı da incelenmiştir. Pilot çalışma sonrasında, ölçekteki herhangi bir madde de değişiklik yapılmasına gerek duyulmamıştır.

Bundan sonra, ölçekteki her bir madde "*Kesinlikle Katılmıyorum*", "*Katılmıyorum*", "*Kararsızım*", "*Katılıyorum*" ve "*Tamamen Katılıyorum*" şeklinde 5'li likert olarak yanıtlanacak biçimde düzenlenerek, "*Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği (APHHTÖ)*"ne 35 maddeden oluşan son şekli verilmiştir (*Ek XIII*).

APHHTÖ'nin bu son şekli araştırma evrenine (*Türkiye'de yer alan Sağlık Bakanlığı'na bağlı Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde çalışan hemşirelere*) uygulanmıştır. Araştırma evrenindeki 910 hemşireden 650'si araştırmaya katılmayı

kabul ederek anketleri doldurmuştur. Anketteki maddelerin % 85'ine tam olarak yanıt vermeyen 30 hemşirenin anketi değerlendirme dışı bırakılarak, araştırmacı tarafından SPSS veri tabanına kodlanmamıştır. Böylece, % 85 ve daha fazlası doldurulan ve veri tabanına kodlanan 620 anketin, APHHTÖ'nin uyum ve yapı geçerliği ile güvenilirlik analizleri için kullanılmasına karar verilmiştir.

Geçerlik ve güvenilirlik analizleri öncesinde, istatistik uzmanının önerisi doğrultusunda, APHHTÖ'ndeki maddelerin yanıtlanma oranları hesaplanmıştır., Ölçekteki en az bir maddenin yanıtı bırakıldığı anketler geçerlik ve güvenilirlik analizi değerlendirmesine dahil edilmemiştir (*Ek XVII*). Bu doğrultuda 84 anket değerlendirme dışı bırakılarak, geçerlik-güvenirlik analizleri toplam 536 anket üzerinden yapılmıştır (Tablo 21).

Tablo 22: APHHTÖ Maddelerinin Ortalamalarının Dağılımı

Maddeler	Medyan	X	Sd	Min	Max
Madde 1	3.0	3.1026	1.0388	1.0	5.0
Madde 2	4.0	3.3825	.9634	1.0	5.0
Madde 3	2.0	2.3060	.9371	1.0	5.0
Madde 4	2.0	2.3545	1.0525	1.0	5.0
Madde 5	3.0	3.0933	.9909	1.0	5.0
Madde 6	4.0	3.4907	.9782	1.0	5.0
Madde 7	4.0	3.4664	.9872	1.0	5.0
Madde 8	4.0	4.2854	.8376	1.0	5.0
Madde 9	4.0	3.5336	1.0041	1.0	5.0
Madde 10	3.0	2.8806	1.1684	1.0	5.0
Madde 11	2.0	2.4422	.9669	1.0	5.0
Madde 12	3.0	3.1810	1.0656	1.0	5.0
Madde 13	3.0	2.8937	1.1430	1.0	5.0
Madde 14	4.0	4.4216	1.0182	1.0	5.0
Madde 15	3.0	3.0205	1.1113	1.0	5.0
Madde 16	3.0	2.8507	1.0377	1.0	5.0
Madde 17	2.0	2.6325	1.0126	1.0	5.0
Madde 18	2.0	2.4869	1.0589	1.0	5.0
Madde 19	3.0	3.0504	1.0917	1.0	5.0
Madde 20	4.0	3.2705	1.1189	1.0	5.0
Madde 21	3.0	2.8116	.9130	1.0	5.0
Madde 22	3.0	2.7705	.9597	1.0	5.0
Madde 23	2.0	2.4254	1.0037	1.0	5.0
Madde 24	2.0	2.4347	1.0445	1.0	5.0
Madde 25	4.0	3.5504	1.1246	1.0	5.0
Madde 26	2.0	2.1586	.8897	1.0	5.0
Madde 27	3.0	3.0410	1.0688	1.0	5.0
Madde 28	4.0	3.8302	.8175	1.0	5.0
Madde 29	4.0	3.3358	1.1369	1.0	5.0
Madde 30	3.0	2.9366	1.1807	1.0	5.0
Madde 31	4.0	4.0597	.7638	1.0	5.0
Madde 32	4.0	3.8899	.9864	1.0	5.0
Madde 33	4.0	3.2985	1.0922	1.0	5.0
Madde 34	4.0	3.9888	.8838	1.0	5.0
Madde 35	4.0	4.3265	.7756	1.0	5.0

N = 536

Hemşirelerin APHHTÖ maddelerine verdiği en düşük ve en yüksek puanlar ve madde puan ortalamaları Tablo 22’de verilmiştir. Ölçek maddelerine ilişkin hemşirelerin verdiği puanlar 1 ile 5 arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya sahip madde 2.31 puan ortalaması ile 3. madde ve en yüksek ortalamaya sahip madde ise 4.42 puan ortalaması ile 14. maddedir.

3. Uyum Geçerliliği; APHHTÖ’nin, *Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)* ile uyum geçerliliğine bakılmıştır.

APHHTÖ’nin RHİÖ ile uyum geçerliliğine bakmadan önce, RHİÖ’nin bu araştırma grubu için verileri doğru topladığını ve yinelenabilir bir ölçek olduğunu belirlemek için güvenilirliği incelenmiştir. RHİÖ’nin güvenilirlik değerlendirmesi için iç tutarlılık güvenilirliğine bakılmıştır. Bunun için, RHİÖ’nin “*Cronbach Alpha değeri*”, “*Küme İçi Korelasyon (KİK) katsayısı*” ve “*düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları (madde-kalan korelasyon katsayısı)*” hesaplanmıştır.

Tablo 23: RHİÖ’nin İç Tutarlılık (Cronbach Alpha ve Küme İçi Korelasyon) Katsayıları

RHİÖ’nin Alt Boyutları	Cronbach α Değeri	KİK Katsayısı	F	P
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	.84	.84	6.272	.000*
Tehlikelilik	.70	.70	3.325	.000*
Utanma	.55	.55	2.244	.000*
RHİÖ Toplam	.86	.86	6.936	.000*

Tablo 23’ de görüldüğü üzere, yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda *Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği*’nin “*Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma*” alt boyutunun Cronbach alpha değeri .84, “*Tehlikelilik*” alt boyutunun Cronbach alpha

değeri.70, “*Utanma*” alt boyutunun Cronbach alpha değeri .55 ve ölçeğin bütününe ilişkin Cronbach alpha değeri .86 çıkmıştır.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği’nin alt boyutları ve tamamına ilişkin küme içi korelasyon katsayıları da Cronbach Alpha değerleri ile aynı çıkmıştır. Buna göre, RHIÖ’nin “*Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma*” alt boyutunun küme içi korelasyon katsayısı .84., “*Tehlikelilik*” alt boyutunun küme içi korelasyon katsayısı .70., “*Utanma*” alt boyutunun küme içi korelasyon katsayısı .55 ve ölçeğin bütününe ilişkin küme içi korelasyon katsayısı .86 bulunmuştur. Bu sonuçlar istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($F_{\text{ÇKIB}} = 6.272$, $p < 0.01$), ($F_T = 3.325$, $p < 0.01$), ($F_U = 2.244$, $p < 0.01$), ($F_{\text{Toplam}} = 6.936$, $p < 0.01$).

Tablo 24: *Ruhsal Hastalıklara İlişkin İnançlar Ölçeği (RHIÖ) Madde Analiz Sonuçları*

	Ölçek Maddeleri	Madde Çıktı Ölçek Ort.	Madde Çıktı Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Madde Çıktı Ölçek Alfası
Alfa = .856 Madde Sayısı = 21 X = 60.13 ± 14.43 N = 536	Madde-1	56.2537	191.730	.407	.851
	Madde-2	55.8937	195.048	.347	.853
	Madde-3	57.9216	190.005	.413	.851
	Madde-4	58.3713	196.641	.205	.860
	Madde-5	56.6549	193.871	.324	.854
	Madde-6	56.6530	185.584	.582	.844
	Madde-7	56.0933	193.442	.435	.850
	Madde-8	56.8377	191.437	.374	.852
	Madde-9	56.8470	186.575	.557	.845
	Madde-10	56.6679	189.957	.498	.848
	Madde-11	56.1306	187.067	.513	.847
	Madde-12	59.2388	200.646	.169	.859
	Madde-13	58.0075	187.017	.516	.846
	Madde-14	57.0765	186.964	.505	.847
	Madde-15	59.3470	201.128	.165	.859
	Madde-16	57.2276	183.828	.544	.845
	Madde-17	56.9478	185.915	.558	.845
	Madde-18	57.2201	190.651	.395	.851
	Madde-19	56.9907	187.116	.531	.846
	Madde-20	57.6101	183.233	.567	.844
	Madde-21	57.5840	186.557	.519	.846

Tablo 24’de, RHİÖ maddeleri için düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları (*madde-kalan korelasyon katsayısı*) ve madde çıktıktan sonraki ölçek alfaları görülmektedir. Tablo 24 incelendiğinde, 4., 12. ile 15. maddelerin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayılarının .25’in altında olduğu görülmektedir.

Tablo 24’de ayrıca, ölçekle ölçülmek istenen durumu ölçmede, her bir maddenin ölçme gücü (maddelerin ayırt edicilik güçleri) incelenmiştir. Buna göre, 1., 3., 6., 7., 9., 10., 11., 13., 14., 16., 17., 19., 20. ve 21. maddelerin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayılarının “.40”ın üzerinde olduğu, 2., 4., 5., 8. ve 18. maddelerin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayılarının “.21 ile .40” arasında olduğu ve 12. ile 15. maddelerin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayılarının “.20”in altında olduğu , ancak bu iki maddenin ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısının çok fazla değişmediği görülmektedir.

Tablo 24’e göre, RHİÖ’nün toplam ölçek puan ortalaması 60.13 ± 14.43 ’dür. Ayrıca, RHİÖ’nin *Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma*” alt boyutunun puan ortalaması 33.28 ± 9.45 , *Tehlikelilik*” alt boyutunun puan ortalaması 25.18 ± 6.10 ve *Utarma*” alt boyutunun puan ortalaması 1.67 ± 2.04 bulunmuştur.

Tablo 25: APHHTÖ Puanı ile RHİÖ'nin Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanları Arasındaki Uyum Analizi Sonuçları

Pearson Correlations		RHİÖ 1. Boyut	RHİÖ 2. Boyut	RHİÖ 3. Boyut	RHİÖ Toplam	APHHT Toplam
RHİÖ 1. Boyut	r	1.000	.592**	.136**	.924**	-.388**
	P		.000	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536
RHİÖ 2. Boyut	r	.592**	1.000	.164**	.834**	-.402**
	P	.000		.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536
RHİÖ 3. Boyut	r	.136**	.164**	1.000	.300**	-.104*
	P	.000	.000		.000	.016
	N	536	536	536	536	536
RHİÖ Toplam	r	.924**	.834**	.300**	1.000	-.438**
	P	.000	.000	.000		.000
	N	536	536	536	536	536
APHHT Toplam	r	-.388**	-.402**	-.104*	-.438**	1.000
	P	.000	.000	.016	.000	
	N	536	536	536	536	536

APHHTÖ puanı (25 madde) ile RHİÖ'nin alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasındaki uyumu incelemek için *Pearson Correlation katsayıları* hesaplanmıştır (Tablo 25). Yapılan istatistiksel analizde, APHHTÖ toplam puanı ile RHİÖ “genel” puanı ($r = 0.438$, $p < 0.01$) ve RHİÖ “Tehlikelilik” alt boyutu puanı ($r = 0.402$, $p < 0.01$) arasında orta derecede ve negatif yönde; RHİÖ “Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma” alt boyutu ile düşük derecede ve negatif yönde ($r = 0.388$, $p < 0.01$); RHİÖ “Utanma” alt boyutu ile zayıf derecede ve negatif yönde ($r = 0.104$, $p < 0.01$) anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (bkz. Bölüm II, s:99). Bu bulgulara göre, APHHTÖ ile RHİÖ arasında orta derecede bir ilişki olmasına karşın, kısmi bir uyum geçerliği bulunmuştur ($0.30 < r < 0.50$). (bkz. Bölüm II, s:90).

3. Yapı (Kavram) Geçerliği; APHHTÖ'nin yapı geçerliği için, “keşfedici faktör analizi” yöntemlerinden “temel bileşenler analizi (principal components analysis)”

kullanılmış ve veriler “*Varimax rotasyonu (döndürmesi)*” yapıldıktan sonra yorumlanmıştır.

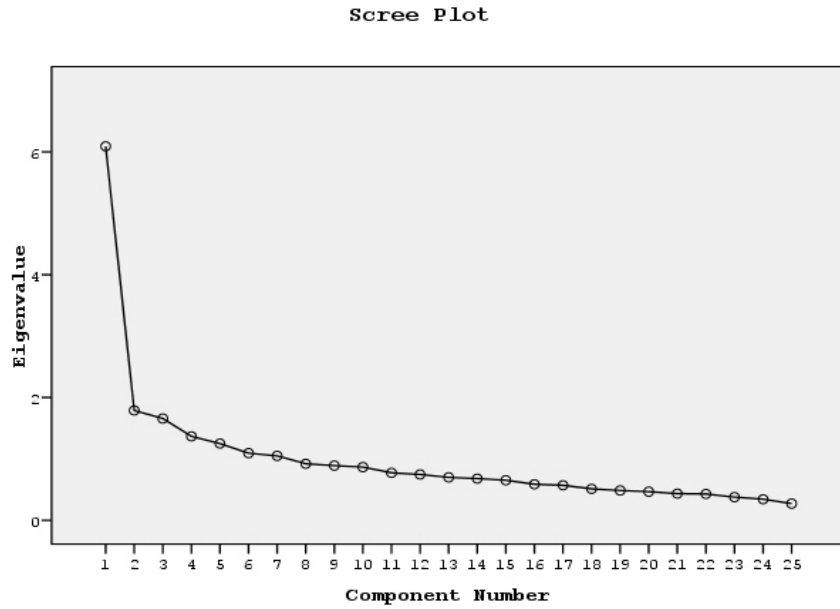
APHHTÖ'nin faktör yapısı incelenmeden önce, örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi kullanılmıştır. Barlett testi sonucu 3562.840 değeri ve $p < .01$ düzeyi ile Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem değeri .87 olarak bulunmuştur.

Temel bileşenler analizinde, değişkenlerin yapısal özelliğini ortaya çıkarmak için, “*faktör veya bileşen sayısı (total variance explained tablosu)*” ve “*değişkenlerin faktör yükleri (component matrix tablosu)*” değerlendirilmiştir.

Tablo 26: APHHTÖ'nün Döndürülmüş (Varimax) Temel Bileşenler Analizi Sonuçları

	<i>Maddeler</i>	<i>Özdeğer</i>	<i>Varyans %</i>	<i>Faktör yükü</i>
Faktör 1	Madde 23	3.011	12.044	.830
	Madde 24			.819
	Madde 22			.789
	Madde 21			.708
Faktör 2	Madde 18	2.296	9.183	.674
	Madde 19			.657
	Madde 17			.605
	Madde 13			.583
	Madde 27			.490
Faktör 3	Madde 29	1.251	9.090	.731
	Madde 16			.572
	Madde 14			.494
	Madde 25			.487
	Madde 30			.465
	Madde 15			.414
Faktör 4	Madde 34	2.272	7.398	.729
	Madde 33			.694
	Madde 32			.583
Faktör 5	<i>Madde 6</i>	1.850	7.336	.808
	<i>Madde 7</i>			.796
Faktör 6	Madde 3	1.834	7.133	.672
	Madde 5			.667
	Madde 2			.496
	Madde 1			.476
Faktör 7	<i>Madde 26</i>	1.783	5.003	.721

APHHTÖ'nin 25 maddeden oluşan şekli için yapılan faktör analizinde, ölçeğin yamaç-birikinti (scree plot) grafiği analizi sonrasında, özdeğeri 1'i aşan 7 faktörde toplanabileceği görülse de, maddelerin tutarlı bir anlam oluşturacak şekilde dağılmadığı ve her bir boyutun yüksek faktör yüküne sahip en az üç değişkenden oluşmadığı görülmüştür. Toplam varyansın %57'sini açıklayan bu faktörlerin varimax rotasyonu sonrasındaki örüntüleri, özdeğerleri ve açıkladıkları varyanslar Tablo 26'da gösterilmiştir.



Grafik 1: APHHTÖ'nin Faktör Analizi Yamaç Eğim Grafiği

Faktör çözümlemesi bundan sonra, önce altılı, sonra beşli ve en son dördü olarak tekrar sınanmıştır. Altılı ve beşli olarak yapılan her iki çözümlemede de, birer boyutun yüksek faktör yüküne sahip ikişer değişkenden oluştuğu (*en az üç değişkenden oluşmadığı*) görülmüştür. Buna göre, maddelerin toplandığı boyutlar ve faktör yüklerine en uygun çözümlemenin dört faktörlü yapı olduğuna karar verilmiştir (Tablo 27, Tablo 28).

Tablo 27: APHHTÖ'nin Döndürülmüş (Varimax) Faktör (Bileşen) Sayısı

<i>Faktör Sayısı</i>	<i>Özdeğer</i>	<i>Varyans %</i>	<i>Toplam %</i>
1	3.173	12.692	12.692
2	2.653	10.613	23.304
3	2.582	10.330	33.634
4	2.497	9.987	43.620

Toplam varyansın % 44'ünü açıklayan bu dört faktörün varimax rotasyonu sonrasındaki örüntüleri, özdeğerleri ve açıkladıkları varyanslar Tablo 27'de gösterilmiştir. Toplamda açıklanan %44'lük varyansın, %13'ü birinci faktör, %11'i ikinci faktör, %10'u üçüncü faktör ve %10'u dördüncü faktör tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 28: APHHTÖ'ndeki Değişkenlerin (Maddelerin) Faktör Yükleri

	FAKTÖRLER			
	<i>Faktör 1</i>	<i>Faktör 2</i>	<i>Faktör 3</i>	<i>Faktör 4</i>
Madde 23	.812	.131	.087	.106
Madde 24	.797	.125	.135	.111
Madde 22	.772	.153	.202	.118
Madde 21	.679	.104	.218	.128
Madde 16	.367	.361	-.023	.025
Madde 18	.113	.700	.019	.124
Madde 17	-.002	.599	.159	.165
Madde 19	.141	.590	.274	.159
Madde 26	-.004	.498	.117	.039
Madde 27	.322	.563	.100	.096
Madde 15	.300	.396	.341	.270
Madde 34	.102	-.051	.698	.283
Madde 32	.104	.199	.698	.113
Madde 33	.017	-.013	.626	.092
Madde 29	.235	.372	.492	-.042
Madde 30	.197	.421	.456	.040
Madde 25	.100	.233	.430	-.004
Madde 1	.097	.137	.080	.686
Madde 7	-.051	.059	.181	.663
Madde 2	.215	.073	.172	.639
Madde 6	-.027	.097	.112	.530
Madde 3	.391	-.153	.006	.463
Madde 13	.240	.313	-.111	.375
Madde 14	.228	.177	.360	.369
Madde 5	.120	.199	-.044	.309

Tablo 28’de APHHTÖ’nin dört faktörlü yapıyı faktör çözümlemesine göre, değişkenlerin (maddelerin) faktör yükleri görülmektedir. Ölçeğin faktör yapısı değerlendirilirken, her bir faktör grubunda yer alan değişkenin en az **“.30”** faktör yüküne sahip olmasına dikkat edilmiştir.

Tablo 28 incelendiğinde, 13., 14., 15. ve 16. maddelerin çapraz yükleri olduğu, başka bir ifadeyle, 13. maddenin ikinci (.313) ve dördüncü (.375) faktörlerde, 14. maddenin üçüncü (.360) ve dördüncü (.369) faktörlerde, 15. maddenin ikinci (.396) ve üçüncü (.341) faktörlerde ve 16. maddenin birinci (.367) ve ikinci (.361) faktörlerde benzer yük değerlerine sahip olduğu görülmektedir. Bu durumda, karşılaşılan çapraz yüklere sahip maddeler, ifadelendirme yönünden gözden geçirilmiş ve ifadelerin yüzey geçerliği dikkate alınarak, 13. maddenin ikinci, 14. ve 15. maddenin üçüncü ve 16. maddenin ikinci faktörde yer almasına karar verilmiştir. Böylece,

- * 21., 22., 23. ve 24. maddeler birinci faktörü,
- * 13., 16., 17., 18., 19., 26. ve 27. maddeler ikinci faktörü,
- * 14., 15., 25., 29., 30., 32., 33. ve 34. maddeler üçüncü faktörü
- * 1., 2., 3., 5., 6. ve 7. maddeler dördüncü faktörü oluşturmuştur.

Bu sonuca göre, birinci faktörde yer alan dört maddenin yük değerleri .679-.812 arasında, ikinci faktörde yer alan yedi maddenin yük değerleri .313-.700 arasında, üçüncü faktörde yer alan sekiz maddenin yük değerleri .341-.698 arasında ve dördüncü faktörde yer alan altı maddenin yük değerleri .309-.686 arasında değişmektedir.

Her bir faktör altındaki maddeler içerik bakımından incelendiğinde, birinci faktörün **“sosyal mesafe”**, ikinci faktörün **“bakım vermede isteklilik”**, üçüncü faktörün **“güven”** ve dördüncü faktörün **“tehlikeli görme”** olarak etiketlenilebileceği görülmektedir.

Tablo 29: Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Alt Boyutları

Madde Sayısı	Faktörler	MADDELER
21	Sosyal Mesafe	Adli psikiyatri hastası olan birisiyle aynı işte birlikte çalışırım.
22		Adli psikiyatri hastası olan birisiyle arkadaşlık yaparım.
23		Adli psikiyatri hastası olan birisine evimi kiraya veririm.
24		Adli psikiyatri hastası olan birisini ailemle tanıştıırım.
13	Bakım vermede isteklilik	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken tedirginlik yaşamam.
16		Adli psikiyatri hastalarına bakım vermek ilgimi çeker.
17		Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken kendimi tükenmiş hissederim.
18		Adli psikiyatri hastalarına bakım vermek istemem.
19		Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken gerginlik hissederim.
26		Adli psikiyatri hastalarının tedavisini yapmaktan kaçınırım.
27		Adli psikiyatri hastalarına çekinmeden yaklaşabilirim.
14	Güven	Adli psikiyatri hastalarına güvenmem.
15		Adli psikiyatri hastaları ile ilişki kurmaktan korkarım.
25		Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken sınır koyarım.
29		Adli psikiyatri hastaları ile yalnız görüşme yapmam.
30		Adli psikiyatri hastalarına tıbbi uygulama dışında dokunamam.
32		Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken daha fazla güvenlik önlemi alırım.
33		Adli psikiyatri hastalarına karşı otoriter davranırım.
34		Ekip arkadaşlarımı adli psikiyatri hastalarına karşı dikkatli olması konusunda uyarırım.
1	Tehlikeli görme	Adli psikiyatri hastaları saldırgandır.
2		Adli psikiyatri hastalarının hastaneden çıktıktan sonra suç işleyeceğini düşünürüm.
3		Adli psikiyatri hastalarının tehlikeli olmadığını düşünürüm.
5		Adli psikiyatri hastalarının tedavi ile iyileşebileceğini düşünürüm.
6		Bana göre adli psikiyatri hastaları şüpheli insanlardır.
7		Adli psikiyatri hastaları öfkelerini kontrol edemez.

3.3.1.2. APHHTÖ'nin Güvenirlik Değerlendirmesi

APHHTÖ'nin, hatalardan arınık olarak ölçme yapabildiğini, verileri doğru topladığını ve yinelenebilir bir ölçek olduğunu göstermek amacıyla güvenirligi incelenmiştir (6, 50).

Eğitimde ve psikolojide, test geliştirme aşamasında madde ve test (*güvenirlik*) istatistiklerini kestirirken “*Klasik Test Teorisi (KTT)*” ve “*Modern Test Teorisi (MTT)* (*Madde Tepki Teorisi veya Örtük Özellikler Teorisi*)” olmak üzere iki teoriden yararlanılmaktadır. Bu çalışmada, MTT'nin varsayımlarının yerine getirilememesi nedeniyle, APHHTÖ'nin güvenirlik incelemesi daha kolay ve yaygın uygulanan “*Klasik Test Teorisine*” göre yapılmıştır (80, 84). APHHTÖ'nin güvenirlik incelemesi için “*İç Tutarlılık Güvenirligi*” ve “*Test-Yeniden Test Güvenirligi*” yöntemleri kullanılmıştır (*Tablo 6, bkz Bölüm II s:96*).

1. İç Tutarlılık Güvenirligi;

Cronbach Alpha; APHHTÖ'nin iç tutarlılık güvenirligini sınamak için ilk önce 35 maddeden oluşan ilk hali için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı (r) hesaplanmıştır. Yapılan güvenirlik analizleri sonucunda *Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği*'nin Cronbach alpha değeri .84 çıkmıştır.

APHHTÖ'nde, negatif işaretli ve madde-toplam puan korelasyon katsayısı .30'un altında olan 4., 8., 9., 10., 11., 12., 20., 28., 31. ve 35. maddeler çıkarıldıktan sonra 25 maddeden oluşan son hali için Cronbach alpha değeri tekrar hesaplanmıştır. Bundan sonra yapılan güvenirlik analizleri sonucunda *Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği*'nin Cronbach alpha değeri .86 çıkmıştır.

APHHTÖ'nin faktör analizi sonucunda belirlenen dört alt boyutunun Cronbach alpha değerleri hesaplanmıştır. Yapılan güvenirlik analizleri sonucunda ölçeğin birinci (*sosyal mesafe*) alt boyutunun Cronbach alpha değeri .85, ikinci (*bakım vermede isteklilik*) alt boyutunun Cronbach alpha değeri .67, üçüncü (*güven*) alt boyutunun Cronbach alpha değeri .76 ve dördüncü (*damgalama*) alt boyutunun Cronbach alpha değeri .64 çıkmıştır.

Küme İçi Korelasyon Analizi (KİK); APHHTÖ'nin iç tutarlılık güvenirliğini sınamak için ikinci olarak küme içi korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo 30: APHHTÖ'nin Küme İçi Korelasyon Analizi Sonuçları

	KİK Katsayısı	% 95 Güven Aralığında		F	p
		Alt Sınır	Üst Sınır		
KİK İlk	.79	.75	.82	6.084	.000**
KİK Son	.86	.85	.88	7.298	.000**

Tablo 30'da APHHTÖ'nin küme içi korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde, küme içi korelasyon katsayısı .79 bulunmuştur. Bu sonuç istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($F = 6.084$, $p < 0.01$).

APHHTÖ'nden on madde çıkarıldıktan sonra, 25 maddeden oluşan son hali için küme içi korelasyon katsayısı tekrar hesaplanmış ve .86 bulunmuştur (Tablo 30). Bu sonuç istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($F = 6.298$, $p < 0.01$).

Tablo 31: APHHTÖ'nin Maddeler Arası ve Madde-Toplam Puan Korelasyon Analizi Sonuçları-1

Spearman's Correlation		Ölçek Toplam	M-1	M-2	M-3	M-4	M-5	M-6	M-7	M-8	M-9	M-10	M-11
Ölçek Toplam	r	1.000	.436**	-.458**	-.402**	.245**	.330**	.301**	-.358**	-.137**	-.259**	-.205**	-.137**
	P	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.002	.000	.000	.001
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-1	r	.436**	1.000	-.459**	-.277**	.073	-.178**	-.212**	-.335**	-.117**	-.080	.013	.094
	P	.000	.000	.000	.000	.089	.000	.000	.000	.007	.063	.770	.428
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-2	r	.458**	.459**	1.000	-.360**	.093*	-.179**	-.252**	-.289**	-.143*	-.024*	.026	.043
	P	.000	.000	.000	.000	.032	.000	.000	.000	.001	.583	.543	.322
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-3	r	.402**	.277**	-.360**	1.000	-.228**	-.218**	.068	-.158**	.103*	-.035	.099*	.143**
	P	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.115	.000	.017	.419	.022	.001
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-4	r	.245**	.073	.093*	-.228**	1.000	.181**	.021	-.001	-.066	.046	.013	.055
	P	.000	.089	.032	.000	.000	.000	.631	.988	.126	.289	.762	.200
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-5	r	.330**	.178**	-.179**	-.218**	.181**	1.000	.078	.076	.032	.094*	.001	.053
	P	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.072	.077	.458	.029	.976	.220
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-6	r	.301**	.212**	-.252**	.068	.021	.078	1.000	.443**	.170**	-.066	-.031	-.082
	P	.000	.000	.000	.115	.631	.072	.000	.000	.000	.128	.475	.057
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-7	r	-.358**	-.335**	-.289**	-.158**	-.001	.076	.443**	1.000	-.242**	-.026	-.024	-.123**
	P	.000	.000	.000	.000	.988	.077	.000	.000	.000	.549	.583	.004
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-8	r	.137**	.117**	.143*	.103*	.066	.032	.170**	.242**	1.000	-.164**	.000	.119**
	P	.002	.007	.001	.017	.126	.458	.000	.000	.000	.000	.995	.006
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-9	r	-.259**	-.080	-.024*	-.035	.046	.094*	-.066	-.026	-.164**	1.000	.051	.051
	P	.000	.063	.583	.419	.289	.029	.128	.549	.000	.000	.243	.243
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-10	r	.205**	.013	.026	.099*	.013	.001	-.031	-.024	.000	.051	1.000	.235**
	P	.000	.770	.543	.022	.762	.976	.475	.583	.995	.243	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-11	r	.137**	.034	.043	.143**	.055	.053	-.082	-.123**	.119**	.055	.235**	1.000
	P	.001	.428	.322	.001	.200	.220	.057	.004	.006	.206	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-12	r	.136**	-.071	-.033	.049	.106*	.053	-.020	-.098*	-.089**	.159**	.119**	.220**
	P	.002	.102	.450	.257	.014	.224	.636	.024	.039	.000	.006	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-13	r	.436**	.261**	.196**	.254**	.090*	.117**	.069	.178**	.049	.074	.079	.089*
	P	.000	.000	.000	.000	.038	.007	.110	.000	.258	.086	.068	.040
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-14	r	.505**	.252**	.292**	.305**	.143**	.204**	.186**	.228**	.139**	.059	-.014	-.004
	P	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.000	.001	.174	.743	.927
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-15	r	.595**	.261**	.287**	.196**	.080	.111*	.172**	.219**	.055	.090*	.014	-.010
	P	.000	.000	.000	.000	.065	.010	.000	.000	.203	.037	.742	.815
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-16	r	.437**	.086*	.102*	.120**	.111*	.150**	.053	.036	.001	.279**	.087*	.116**
	P	.000	.048	.036	.005	.010	.000	.218	.406	.984	.000	.043	.007
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-17	r	.429**	.188**	.174**	.046	.059	.144**	.105*	.144**	.044	.062	-.024	-.161**
	P	.000	.000	.000	.287	.368	.001	.015	.001	.304	.155	.573	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-18	r	.473**	.147**	.112**	.025	.016	.163**	.090*	.147**	.023	.171**	.019	-.054
	P	.000	.001	.009	.564	.713	.000	.037	.001	.591	.000	.657	.214
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-19	r	.546**	.210**	.241**	.136**	.144**	.138**	.091*	.177**	.094*	.087*	-.009	.007
	P	.000	.000	.000	.002	.001	.001	.036	.000	.030	.044	.826	.871
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-20	r	.230**	.040	-.023	.004	.030	.023	-.009	.054	-.013	.215**	.124**	.065
	P	.000	.357	.595	.923	.488	.587	.843	.213	.769	.000	.004	.134
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-21	r	.537**	.152**	-.249**	-.235**	.101*	.076	.169**	.180**	-.004	.135**	.100*	.013
	P	.000	.000	.000	.020	.080	.000	.000	.000	.921	.002	.020	.764
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-22	r	.613**	.209**	-.327**	-.283**	.112**	.122**	.126**	.144**	.015	.153**	.117**	-.010
	P	.000	.000	.000	.000	.009	.005	.003	.001	.732	.000	.007	.813
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-23	r	.563**	.206**	-.233**	-.240**	.113**	.156**	.127**	.139**	-.003	.111*	.090*	.012
	P	.000	.000	.000	.000	.009	.000	.003	.001	.939	.010	.038	.780
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-24	r	.581**	.191**	-.240**	-.263**	.108*	.134**	.110*	.133**	.004	.133**	.094*	.014
	P	.000	.000	.000	.000	.013	.002	.011	.002	.925	.002	.030	.751
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-25	r	.389**	.119**	-.182**	.099*	.189*	.051	.096*	.069	.035	.107*	.006	.095*
	P	.000	.006	.000	.022	.041	.235	.026	.113	.425	.013	.882	.028
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-26	r	.327**	.102*	.056	.023	-.013	.098*	.125**	.073	-.138**	.162**	-.024	-.134**
	P	.000	.018	.194	.601	.757	.024	.004	.092	.001	.000	.585	.002
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-27	r	.507**	.182**	-.176**	-.132**	.013	.093*	.096*	.111*	.011	.167**	.059	.029
	P	.000	.000	.000	.002	.757	.032	.026	.010	.806	.000	.173	.501
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-28	r	.250**	.079	.014	.060	.040	.001	.086*	-.003	-.074	.138**	.011	.004
	P	.000	.069	.739	.163	.356	.988	.048	.939	.085	.001	.805	.920
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-29	r	.510**	.124**	-.148**	.082	.073	.103*	.146**	.140**	.042	.115**	.052	-.041
	P	.000	.004	.001	.057	.092	.017	.001	.001	.332	.008	.232	.348
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-30	r	.532**	.174**	-.210**	.077	.096*	.135**	.177**	.127**	-.007	.086*	.109*	-.042
	P	.000	.000	.000	.076	.026	.002	.000	.003	.878	.047	.012	.337
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-31	r	.168**	.041	-.102*	-.018	-.021*	.105*	.043	.076	-.147**	.038	-.007	-.061
	P	.000	.343										

Tablo 31: APHHTÖ'nin Maddeler Arası ve Madde-Toplam Puan Korelasyon Analizi Sonuçları-1 (Devam)

Spearman's Correlation		M-12	M-13	M-14	M-15	M-16	M-17	M-18	M-19	M-20	M-21	M-22	M-23
Ölçek Toplam	r	.136**	.436**	.505**	.595**	.437**	.429**	.473**	.546**	.230**	.537**	.613**	.563**
	P	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-1	r	-.071	.261**	.252**	.261**	.086*	.188**	.147**	.210**	.040	.152**	.209**	.206**
	P	.102	.000	.000	.000	.048	.000	.001	.000	.357	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-2	r	-.033	.196**	.292**	.287**	.102*	.174**	.112**	.241**	-.023	.249**	.327**	.233**
	P	.450	.000	.000	.000	.018	.000	.009	.000	.595	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-3	r	.049	.254**	.305**	.196**	.120**	.046	.025	.136**	.004	.232**	.283**	.249**
	P	.257	.000	.000	.000	.005	.287	.564	.002	.923	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-4	r	.106*	.090*	.143**	.080	.111*	.039	.016	.144**	.030	.101*	.112**	.113**
	P	.014	.038	.001	.065	.010	.368	.713	.001	.488	.020	.009	.009
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-5	r	.053	.117**	.204**	.111*	.150**	.144**	.163**	.138**	.023	.076	.122**	.156**
	P	.224	.007	.000	.010	.000	.001	.000	.001	.587	.080	.005	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-6	r	-.020	.069	.186**	.172**	.053	.105*	.090*	.091*	-.009	.169**	.126**	.127**
	P	.636	.110	.000	.000	.218	.015	.037	.036	.843	.000	.003	.003
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-7	r	-.098*	.178**	.228**	.219**	.056	.144**	.147**	.177**	.054	.180**	.144**	.139**
	P	.024	.000	.000	.000	.406	.001	.001	.000	.213	.000	.001	.001
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-8	r	-.089*	.049	.139**	.055	.001	.044	.023	.094*	-.013	-.004	.015	-.003
	P	.039	.258	.001	.203	.984	.304	.591	.030	.769	.921	.732	.939
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-9	r	.159**	.074	.059	.090*	.279**	.062	.171**	.087*	.215**	.135**	.153**	.111*
	P	.000	.086	.174	.037	.000	.155	.000	.044	.000	.002	.000	.010
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-10	r	.119**	.079	-.014	.014	.087*	-.024	.019	-.009	.124**	.100*	.117**	.090*
	P	.006	.068	.743	.742	.043	.573	.657	.826	.004	.020	.007	.038
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-11	r	.220**	.089*	-.004	-.010	.116**	-.161**	-.054	.007	.065	.013	-.010	.012
	P	.000	.040	.927	.815	.007	.000	.214	.871	.134	.764	.813	.780
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-12	r	1.000	.000	-.096*	-.097	.154**	-.046	.034	-.047	.126**	.055	.075	.014
	P	.997	.997	.026	.024	.000	.286	.433	.273	.004	.201	.083	.742
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-13	r	.000	1.000	.157**	.230**	.176**	.186**	.233**	.284**	.104*	.181**	.177**	.238**
	P	.997	.997	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.016	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-14	r	-.096*	.157**	1.000	.491**	.230**	.159**	.204**	.236**	.038	.267**	.301**	.225**
	P	.026	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.375	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-15	r	-.097	.230**	.491**	1.000	.208**	.254**	.302**	.365**	.073	.332**	.371**	.314**
	P	.024	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.090	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-16	r	.154**	.176**	.230**	.208**	1.000	.086*	.266**	.128**	.253**	.236**	.281**	.218**
	P	.000	.000	.000	.000	.000	.047	.000	.003	.000	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-17	r	-.046	.186**	.159**	.254**	.086*	1.000	.382**	.368**	.026	.158**	.193**	.135**
	P	.286	.000	.000	.000	.047	.000	.000	.000	.550	.000	.000	.002
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-18	r	.034	.233**	.204**	.302**	.266**	.382**	1.000	.395**	.142**	.173**	.217**	.189**
	P	.433	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-19	r	-.047	.284**	.236**	.365**	.128**	.368**	.395**	1.000	.051	.273**	.275**	.275**
	P	.273	.000	.000	.000	.003	.000	.000	.000	.235	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-20	r	.126**	.104*	.038	.073	.253**	.026	.142**	.051	1.000	.144**	.064	.083
	P	.004	.016	.375	.090	.000	.550	.001	.235	.000	.001	.139	.053
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-21	r	.055	.181**	.267**	.332**	.236**	.158**	.173**	.273**	.144**	1.000	.568**	.472**
	P	.201	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-22	r	.075	.177**	.301**	.371**	.281**	.193**	.217**	.275**	.064	.568**	1.000	.588**
	P	.083	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.139	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-23	r	.014	.238**	.225**	.314**	.218**	.135**	.189**	.275**	.083	.472**	.588**	1.000
	P	.742	.000	.000	.000	.000	.002	.000	.000	.053	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-24	r	.079	.265**	.239**	.300**	.216**	.165**	.181**	.245**	.061	.467**	.583**	.707**
	P	.068	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.158	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-25	r	-.017	.113**	.251**	.225**	.124**	.175**	.163**	.236**	-.084	.168**	.177**	.196**
	P	.692	.009	.000	.000	.004	.000	.000	.000	.051	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-26	r	-.097*	.051	.143**	.240**	.073	.257**	.259**	.273**	.042	.118**	.159**	.088*
	P	.024	.240	.001	.000	.093	.000	.000	.000	.335	.006	.000	.042
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-27	r	.090*	.292**	.215**	.347**	.220**	.210**	.235**	.306**	.170**	.271**	.284**	.275**
	P	.037	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-28	r	.185**	.134**	.020	.141**	.111*	.101*	.156**	.068	.171**	.104**	.207**	.113**
	P	.000	.002	.649	.001	.010	.019	.000	.117	.000	.016	.000	.009
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-29	r	-.044	.109*	.312**	.333**	.261**	.219**	.216**	.269**	.016	.258**	.277**	.267**
	P	.310	.012	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.707	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-30	r	.016	.132**	.200**	.336**	.189**	.265**	.228**	.283**	.062	.240**	.314**	.253**
	P	.713	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.150	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-31	r	.093*	.139**	.032	.102*	.141**	.055	.148**	.054	.202**	.067	.059	.000
	P	.032	.001										

Tablo 31: APHHTÖ'nin Maddeler Arası ve Madde-Toplam Puan Korelasyon Analizi Sonuçları-1 (Devam)

Spearman's Correlation		M-24	M-25	M-26	M-27	M-28	M-29	M-30	M-31	M-32	M-33	M-34	M-35
Ölçek Toplam	r	.581**	.389**	.327**	.507**	.250**	.510**	.532**	.168**	.469**	.316**	.425**	.164**
	P	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-1	r	.191**	.119**	.102*	.182**	.079	.124**	.174**	.041	.163**	.107*	.253**	.065
	P	.000	.006	.018	.000	.069	.004	.000	.343	.000	.013	.000	.131
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-2	r	.240**	.182**	.056	.176**	.014	.148**	.210**	-.102*	.209**	.127**	.273**	.015
	P	.000	.000	.194	.000	.739	.001	.000	.018	.000	.003	.000	.725
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-3	r	.263**	.099*	.023	.132**	.060	.082	.077	-.018	.157**	.095**	.231**	.100*
	P	.000	.022	.601	.002	.163	.057	.076	.672	.000	.028	.000	.021
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-4	r	.108*	.189**	-.013	.013	.040	.073	.096*	-.021*	.168**	.049	.112**	.034
	P	.013	.041	.757	.757	.356	.092	.026	.620	.000	.155	.010	.433
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-5	r	.134**	.051	.098*	.093*	.001	.103*	.135**	.105*	.095*	.053	.104*	.146**
	P	.002	.235	.024	.032	.988	.017	.002	.015	.028	.219	.016	.001
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-6	r	.110*	.096**	.125**	.096**	.086**	.146**	.177**	.043	.099**	.074	.136**	.021
	P	.011	.026	.004	.026	.048	.001	.000	.321	.021	.087	.002	.624
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-7	r	.133**	.069	.073	.111*	-.003	.140**	.127**	.076	.221**	.138**	.219**	.008
	P	.002	.113	.092	.010	.939	.001	.003	.078	.000	.001	.000	.854
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-8	r	.004	.035	-.138**	.011	-.074	.042	-.007	-.147**	.250**	.018	.231**	-.277**
	P	.925	.425	.001	.806	.085	.332	.878	.001	.000	.672	.000	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-9	r	.133**	.107*	.162**	.167**	.138**	.115**	.086*	.038	.086	-.005	-.038	.163**
	P	.002	.013	.000	.000	.001	.008	.047	.376	.046	.901	.381	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-10	r	.094*	.006	-.024	.059	.011	.052	.109*	-.007	.032	.024	.083	.006
	P	.030	.882	.585	.173	.805	.232	.012	.867	.453	.574	.054	.893
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-11	r	.014	.095**	-.134**	.029	.004	-.041	-.042	-.061	.009	-.060	.056	-.025
	P	.751	.028	.002	.501	.920	.348	.337	.155	.826	.164	.196	.559
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-12	r	.079	-.017	-.097*	.090*	.185**	-.044	.016	.093*	-.068	.019	-.041	.127**
	P	.068	.692	.024	.037	.000	.310	.713	.032	.114	.664	.349	.003
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-13	r	.265**	.113**	.051	.292**	.134**	.109*	.132**	.139**	.145**	.040	.142**	.094*
	P	.000	.009	.240	.000	.002	.012	.002	.001	.001	.350	.001	.032
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-14	r	.239**	.251**	.143**	.215**	.020	.312**	.200**	.032	.292**	.179**	.285**	.054
	P	.000	.000	.001	.000	.649	.000	.000	.457	.000	.000	.000	.210
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-15	r	.300**	.225**	.240**	.347**	.141**	.333**	.336**	.102*	.300**	.227**	.214**	.033
	P	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.018	.000	.000	.000	.445
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-16	r	.216**	.124**	.073	.220**	.111*	.261**	.189**	.141**	.127**	.011	.086*	.126**
	P	.000	.004	.093	.000	.010	.000	.000	.001	.003	.795	.046	.004
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-17	r	.165**	.175**	.257**	.210**	.101*	.219**	.265**	.055	.213**	.120**	.154**	.088*
	P	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.206	.000	.006	.000	.042
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-18	r	.181**	.163**	.259**	.235**	.156**	.216**	.228**	.148**	.213**	.097*	.006*	.143**
	P	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.024	.027	.001
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-19	r	.245**	.236**	.273**	.306**	.068	.269**	.283**	.054	.328**	.208**	.280**	.050
	P	.000	.000	.000	.000	.117	.000	.000	.213	.000	.000	.000	.247
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-20	r	.061	-.084	.042	.170**	.171**	.016	.062	.202**	-.062	-.026	.008	.075
	P	.158	.051	.335	.000	.000	.707	.150	.000	.152	.555	.856	.083
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-21	r	.467**	.168**	.118**	.271**	.104*	.258**	.240**	.067	.216**	.130**	.252**	.096*
	P	.000	.000	.006	.000	.016	.000	.000	.121	.000	.003	.000	.026
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-22	r	.583**	.177**	.159**	.284**	.207**	.277**	.314**	.059	.251**	.182**	.250**	.115**
	P	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.172	.000	.000	.000	.008
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-23	r	.707**	.196**	.088*	.275**	.113**	.267**	.253**	.000	.216**	.075	.189**	.070
	P	.000	.000	.042	.000	.009	.000	.000	.993	.000	.083	.000	.105
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-24	r	1.000	.192**	.122**	.300**	.161**	.279**	.264**	.100*	.224**	.148**	.229**	.112**
	P	.	.000	.005	.000	.000	.000	.000	.020	.000	.001	.000	.010
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-25	r	.192**	1.000	.105*	.188**	.018	.315**	.267**	-.109*	.299**	.135**	.250**	-.036
	P	.000	.	.015	.000	.676	.000	.000	.012	.000	.002	.000	.407
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-26	r	.122**	.105*	1.000	.156**	.141**	.175**	.302**	.178**	.041	.131**	.001	.263**
	P	.005	.015	.	.000	.001	.000	.000	.000	.338	.002	.986	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-27	r	.300**	.188**	.156**	1.000	.308**	.247**	.312**	.180**	.257**	.086*	.138**	.076
	P	.000	.000	.000	.	.009	.000	.000	.000	.000	.047	.001	.077
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-28	r	.161**	.018	.141**	.308**	1.000	.051	.141**	.303**	-.056	.034	-.097*	.262**
	P	.000	.676	.001	.009	.	.242	.001	.000	.196	.430	.025	.000
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-29	r	.279**	.315**	.175**	.247**	.051	1.000	.456**	-.006	.213**	.113**	.229**	.005
	P	.000	.000	.000	.000	.242	.	.000	.882	.000	.009	.000	.900
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-30	r	.264**	.267**	.302**	.312**	.141**	.456**	1.000	.128**	.284**	.262**	.223**	.022
	P	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.	.003	.000	.000	.000	.615
	N	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536	536
M-31	r	.100*	-.109*	.178**	.180**	.303**	-.006	.128**	1.000	-.196**	.027	-.189**	.347**
	P	.020	.012	.000	.000	.000	.882	.003					

Korelasyon Analizi; APHHTÖ'nin iç tutarlılık güvenilirliğini sınamak için son olarak “*Maddeler Arası Korelasyon*” ve “*Madde-Toplam Puan Korelasyonu*” (Tablo 31, Tablo 32) analizleri yapılmıştır.

APHHTÖ'ni oluşturan maddelerin birbiri ile ve ölçeğin bütünü ile ne derece ilişkili olduğunu ortaya koyan maddeler arası ve madde-toplam korelasyonu Tablo 31'de gösterilmiştir. APHHTÖ eşit aralıklı bir ölçek olduğu için, maddeler arası ve madde-toplam korelasyon analizi olarak “*Spearman Korelasyon Analizi Yöntemi*” kullanılmıştır (138). Tabloya göre, iki madde arasında yer alan negatif bir değer, maddeler arası ters ilişkiyi göstermektedir. Bu şekilde olan her bir maddenin diğer maddelerle olan ilişkileri ve toplam puanla olan korelasyonları incelendikten sonra, negatif işaretli ve madde-toplam puan korelasyon katsayısı .30'un altında olan maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Buna göre, 4., 8., 9., 10., 11., 12., 20., 28., 31. ve 35. maddeler olmak üzere toplam on maddenin ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir.

Tablo 31 incelendiğinde, ölçekteki 15. ve 22. maddelerin ölçeğin bütünü ile “*güçlü*” bir ilişki içinde; 1.,2., 3., 13., 14., 16., 17., 18., 19., 21., 23., 24., 27., 29., 30., 32. ve 34. maddelerin “*orta*” derecede bir ilişki içinde ve 5., 6., 7., 25., 26. ve 33. maddelerin “*düşük*” bir ilişki içinde olduğu görülmektedir (Tablo 7, bkz Bölüm II s:100). Aynı zamanda ölçekten çıkarılan on madde dışındaki maddelerin toplam ölçek puanı ile korelasyon katsayıları .301 ile .613 arasında ve $\alpha=.001$ önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<.001$, Tablo 31).

APHHTÖ'nden on madde çıkarıldıktan sonra maddeler arası ve madde-toplam korelasyonu tekrar hesaplanmıştır ve Tablo 32'de gösterilmiştir. Tabloya göre, her bir maddenin diğer maddelerle olan ilişkileri incelendiğinde, iki madde arasında ters ilişkiyi gösteren negatif bir değer bulunmadığı görülmektedir. Ayrıca, her bir maddenin toplam puanla olan korelasyonları incelendiğinde, hiçbir maddenin madde-toplam puan korelasyon katsayısının .30'un altında olmadığı görülmektedir.

Tablo 32 incelendiğinde, ölçekteki 15. ve 22. maddelerin ölçeğin bütünü ile **“güçlü”** bir ilişki içinde; 1.,2., 3., 13., 14., 17., 18., 19., 21., 23., 24., **25.**, 27., 29., 30., 32. ve 34. maddelerin **“orta”** derecede bir ilişki içinde ve 5., 6., 7., **16.**, 26. ve 33. maddelerin **“düşük”** bir ilişki içinde olduğu görülmektedir (Tablo 7, bkz Bölüm II s:100). Aynı zamanda ölçek maddelerinin toplam ölçek puanı ile korelasyon katsayıları .314 ile .632 arasında ve $\alpha=.001$ önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<.001$, Tablo 32).

Tablo 33: APHHTÖ'nin Madde Analiz Sonuçları-1

	Ölçek Maddeleri	Madde Çıktı Ölçek Ort.	Madde Çıktı Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Madde Çıktı Ölçek Alfa'sı
	Madde-1	98.1101	178.622	.384	.830
	Madde-2	98.3899	178.623	.420	.829
	Madde-3	98.7015	181.612	.312	.832
	Madde-4	98.6530	184.332	.173	.836
	Madde-5	97.9142	182.441	.260	.833
	Madde-6	98.4981	182.621	.257	.834
	Madde-7	98.4739	181.300	.305	.832
	Madde-8	99.2929	188.619	.046	.838
	Madde-9	97.4739	184.093	.193	.835
	Madde-10	98.1269	185.169	.121	.838
	Madde-11	98.5653	188.048	.052	.839
	Madde-12	97.8265	186.977	.077	.839
	Madde-13	98.1138	177.854	.368	.830
	Madde-14	98.4291	177.030	.454	.828
	Madde-15	98.0280	173.227	.544	.825
	Madde-16	98.1567	178.263	.398	.829
	Madde-17	97.6399	179.924	.347	.831
	Madde-18	97.4944	177.181	.428	.828
	Madde-19	98.0578	175.131	.486	.826
	Madde-20	97.7369	184.202	.162	.837
	Madde-21	98.1959	177.066	.513	.827
	Madde-22	98.2369	174.809	.577	.825
	Madde-23	98.5821	175.806	.509	.826
	Madde-24	98.5728	174.406	.539	.825
	Madde-25	98.5578	180.303	.291	.833
	Madde-26	97.1660	183.399	.256	.833
	Madde-27	97.9664	176.133	.462	.827
	Madde-28	97.1772	185.294	.198	.835
	Madde-29	98.3433	175.863	.438	.828
	Madde-30	97.9440	174.038	.480	.826
	Madde-31	96.9478	188.027	.084	.837
	Madde-32	98.8974	177.961	.435	.828
	Madde-33	98.3060	181.585	.258	.834
	Madde-34	98.9963	180.422	.386	.830
	Madde-35	96.6810	187.664	.099	.837

Alfa = 0.836
Madde Sayısı = 35
X = 101.00 ± 13.80
N = 536

Tablo 33’de, APHHTÖ maddeleri için düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları (*madde-kalan korelasyon katsayısı*) ve madde çıktıktan sonraki ölçek alfa değerleri görülmektedir. Tablo 33 incelendiğinde, 4., 8., 9., 10., 11., 12., 20., 28., 31. ve 35. maddelerin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayılarının .25’in altında olduğu görülmektedir. Ayrıca, 8., 10., 11., 12., 20., 31. ve 35. maddeler ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısının yükseldiği; 4. madde ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısının değişmediği, 9. ve 28. maddeler çıkarıldığında ise alfa katsayısının .001 puan azaldığı görülmektedir. 4., 9. ve 28. maddeler çıkarıldığında alfa katsayısı yükselmese de, düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları .25’in altında olan bu on maddenin, ölçek güvenilirliğini azalttığı için ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir.

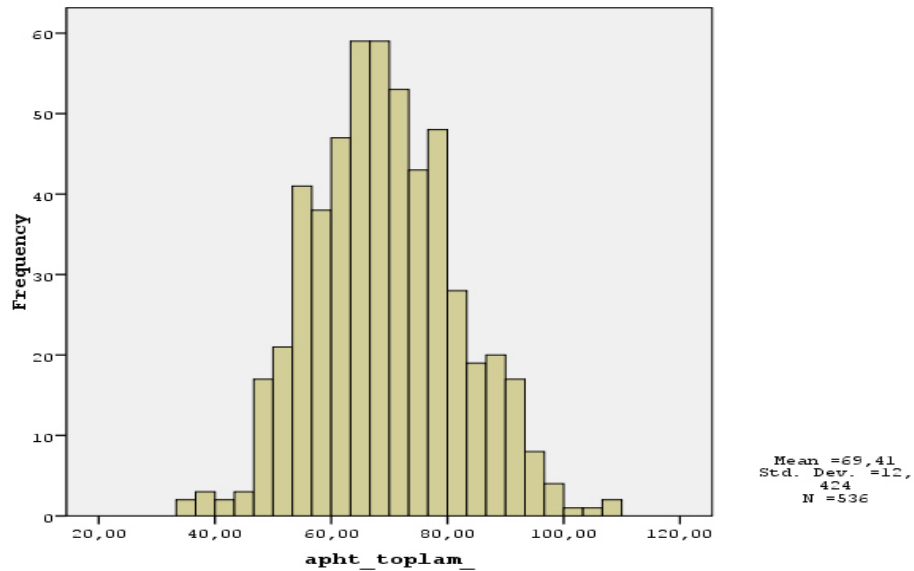
Tablo 33’de ayrıca, ölçekle ölçülmek istenen durumu ölçmede, her bir maddenin ölçek gücü (maddelerin ayırt edicilik güçleri) incelenmiştir. Buna göre, ölçekteki 2., 14., 15., 18., 19., 21., 22., 23., 24., 27., 29., 30. ve 32. maddelerin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayılarının .40’in üzerinde olduğu, 1., 3., 5., 6., 7., 13., 16., 17., 25., 26., 33. ve 34. maddelerin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayılarının .21 ile .40 arasında olduğu ve 4., 8., 9., 10., 11., 12., 20., 28., 31. ve 35. maddelerin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayılarının .20’nin altında olduğu görülmektedir.

Tablo 34: APHHTÖ'nin Madde Analiz Sonuçları-2

	Ölçek Maddeleri	Madde Çıktı Ölçek Ort.	Madde Çıktı Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Madde Çıktı Ölçek Alfası
Alfa = 0.863 Madde Sayısı = 25 N = 536 X = 69.41±12.42	Madde-1	66.5168	143.103	.409	.858
	Madde-2	66.7966	142.775	.463	.857
	Madde-3	67.1082	146.814	.294	.862
	Madde-5	66.3209	147.523	.243	.863
	Madde-6	66.9049	146.819	.278	.862
	Madde-7	66.8806	145.444	.333	.861
	Madde-13	66.5205	143.555	.347	.861
	Madde-14	66.8358	141.442	.491	.856
	Madde-15	66.4347	137.911	.580	.853
	Madde-16	66.5634	145.155	.325	.861
	Madde-17	66.0466	143.828	.391	.859
	Madde-18	65.9011	142.620	.420	.858
	Madde-19	66.4646	139.905	.514	.855
	Madde-21	66.6026	142.502	.506	.856
	Madde-22	66.6437	140.480	.570	.854
	Madde-23	66.9888	141.020	.517	.855
	Madde-24	66.9795	140.024	.536	.854
	Madde-25	66.9646	144.412	.321	.861
	Madde-26	66.5728	147.625	.275	.862
	Madde-27	66.3731	142.152	.434	.857
Madde-29	66.7500	140.453	.468	.856	
Madde-30	66.3507	139.107	.498	.855	
Madde-32	67.3041	142.092	.480	.856	
Madde-33	66.7127	145.558	.289	.862	
Madde-34	67.4030	144.346	.435	.858	

Tablo 34'de, APHHTÖ'nden on madde çıkarıldıktan sonraki maddeler için düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları (*madde-kalan korelasyon katsayısı*) ve madde çıktıktan sonraki ölçek alfaları görülmektedir. Tablo 34 incelendiğinde, 5. maddenin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayısının .25'in altında olduğu görülmektedir. Ancak bu madde ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısının değişmediği görülmektedir.

Tablo 34’de ayrıca, 25 maddeden oluşan APHHTÖ’nün son hali için ölçekle ölçülmek istenen durumu ölçmede, her bir maddenin ölçme gücü (maddelerin ayırt edicilik güçleri) tekrar incelenmiştir. Buna göre, ölçekteki 1., 2., 14., 15., 18., 19., 21., 22., 23., 24., 27., 29., 30., 32. ve 34. maddelerin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayılarının .40’ın üzerinde olduğu ve 3., 5., 6., 7., 13., 16., 17., 25., 26. ve 33. maddelerin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayılarının .21 ile .40 arasında olduğu görülmektedir.



Grafik 2: APHHTÖ’nin Puan Ortalaması Dağılımı

APHHTÖ’nin faktör analizi sonucunda elde edilen “sosyal mesafe” alt boyutunun puan ortalamasının 10.44 ± 3.25 , “bakım vermede isteklilik” alt boyutunun puan ortalamasının 22.46 ± 4.25 , “güven” alt boyutunun puan ortalamasının 20.56 ± 5.21 ve “tehlikeli görme” alt boyutunun puan ortalamasının 15.96 ± 3.52 olduğu saptanmıştır. APHHTÖ’nin toplam ölçek puan ortalaması ise 69.41 ± 12.42 bulunmuştur (Tablo 34).

Tablo 35: APHHTÖ'nin, "Alt Ölçek" Puanları İle "Toplam Ölçek" Puanının Pearson Correlation Katsayısına Göre Dağılımı

	Sosyal Mesafe	Bakım Vermede İsteklilik	Güven	Tehlikeli Görme	TOPLAM
Sosyal Mesafe	1	.449**	.455**	.362**	.709**
<i>r</i>					
<i>p</i>		.000	.000	.000	.000
<i>N</i>	536	536	536	536	536
Bakım Vermede İsteklilik	.449**	1	.534**	.370**	.789**
<i>r</i>					
<i>p</i>	.000		.000	.000	.000
<i>N</i>	536	536	536	536	536
Güven	.455**	.534**	1	.417**	.839**
<i>r</i>					
<i>p</i>	.000	.000		.000	.000
<i>N</i>	536	536	536	536	536
Tehlikeli Görme	.362**	.370**	.417**	1	.680**
<i>r</i>					
<i>p</i>	.000	.000	.000		.000
<i>N</i>	536	536	536	536	536
TOPLAM	.709**	.789**	.839**	.680**	1
<i>r</i>					
<i>p</i>	.000	.000	.000	.000	
<i>N</i>	536	536	536	536	536

** $p < 0.01$

APHHTÖ'nin, "alt ölçek" puanları ile "toplam ölçek" puanı arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Correlation Güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır (Tablo 35). Yapılan istatistiksel analizde, toplam ölçek puanı ile güven alt ölçek puanı arasında yüksek düzeyde ve olumlu yönde oldukça anlamlı ilişki olduğu ($r = 0.839$, $p < 0.01$); toplam ölçek puanı ile bakım vermede isteklilik ($r = 0.789$, $p < 0.01$), sosyal mesafe ($r = 0.709$, $p < 0.01$) ve tehlikeli görme ($r = 0.680$, $p < 0.01$) alt ölçek puanları arasında güçlü ve olumlu yönde oldukça anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. APHHTÖ'nin alt ölçek puanları arasında da orta ve düşük düzeyde ve olumlu yönde oldukça anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.01$).

2. Test-Tekrar Test (Ölçme-Tekrar Ölçme) Güvenirliği;

APHHTÖ'nin, uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücü incelenmiştir. Bu inceleme için ölçek, ilk uygulamadan dört hafta sonra 93 hemşireye tekrar uygulanmıştır. Ölçeğin tekrar test uygulamasına katılan hemşirelerin (n=93) % 88.2'sinin kadın ve % 11.8'inin erkek olduğu ve yaş ortalamalarının $X=34.37\pm 7.07$ olduğu bulunmuştur.

APHHTÖ'nin test tekrar test güvenilirliği için, ilk olarak **“Paired Sample Test”** ile ölçeğin ön-test ile tekrar-test toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı araştırılmıştır. İkinci olarak, ön-test ile tekrar-test toplam puanları arasındaki korelasyona bakılarak, iki ölçüm arasındaki tutarlılığı belirlemek için **“kararlılık katsayısı”** hesaplanmıştır. Son olarak da, ölçeğin her bir maddesinin, ön-test ile tekrar-test puanları arasındaki uyuşmayı belirlemek için **“Kappa Katsayıları”** hesaplanmıştır.

Tablo 36: APHHTÖ Ön-Test ile Tekrar-Test Toplam Puan Ortalamaları-1

	N	X	Sd	t	p
APHHTÖ Ön-Test Toplam Puan	93	104.12	14.41	.169	.866
APHHTÖ Tekrar -Test Toplam Puan	93	103.91	15.28		

Tablo 36'da, APHHTÖ'nin ön-test puan ortalaması $X = 104.12 \pm 14.41$ ve tekrar-test puan ortalaması $X = 103.91 \pm 15.28$ bulunmuştur. APHHTÖ'nin ön-test puan ortalamaları ile tekrar-test puan ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.169$, $p > 0.05$).

APHHTÖ'nin “*Toplam Puanlar Arası Korelasyon (ön-test ile tekrar-test toplam puanları arasındaki korelasyon)*” analiz sonuçları incelendiğinde, APHHTÖ'nin ön-test ile tekrar-test sonuçları arasındaki tutarlılığını açıklayan kararlılık katsayısı (*Korelasyon katsayısı*) .69 bulunmuştur ($p < .000$).

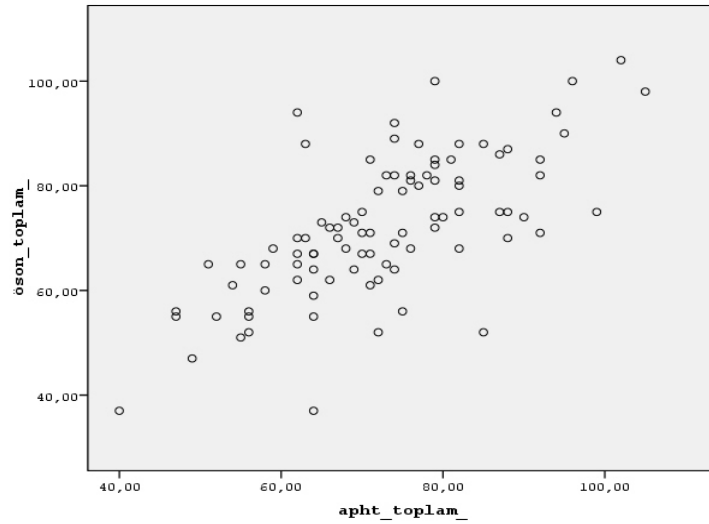
Tablo 37: APHHTÖ Ön-Test ile Tekrar-Test Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamaları

	N	X	Sd	t	p
APHHTÖ sosyal mesafe ön-test puan	93	10.91	2.84	.652	.516
APHHTÖ sosyal mesafe tekrar-test puan	93	10.73	2.84		
APHHTÖ bakım verm. ist ön-test puan	93	23.64	4.45	.252	.802
APHHTÖ bakım verm. ist tekrar-test puan	93	23.55	4.59		
APHHTÖ güven ön-test puan	93	21.29	5.73	.286	.768
APHHTÖ güven tekrar-test puan	93	21.14	5.66		
APHHTÖ tehlikeli görme ön-test puan	93	16.61	3.49	.409	.684
APHHTÖ tehlikeli görme tekrar-test puan	93	16.77	3.55		
APHHTÖ ön-test toplam puan	93	72.46	13.04	.247	.806
APHHTÖ tekrar-test toplam puan	93	72.19	13.47		

APHHTÖ'nin 25 maddeden oluşan son şekli için alt ölçek ve toplam ölçek ön-test ve tekrar-test puan ortalamaları ve bunlar arasındaki ilişki tekrar incelenmiştir. Tablo 37'ye göre, APHHTÖ'nin “*sosyal mesafe*” alt ölçeği ön-test puan ortalaması $X = 10.91 \pm 2.84$ ve tekrar-test puan ortalaması $X = 10.73 \pm 2.84$; “*bakım vermede isteklilik*” alt ölçeği ön-test puan ortalaması $X = 23.64 \pm 4.45$ ve tekrar-test puan ortalaması $X = 23.55 \pm 4.59$; “*güven*” alt ölçeği ön-test puan ortalaması $X = 21.29 \pm 5.73$ ve tekrar-test puan ortalaması $X = 21.14 \pm 5.66$; “*tehlikeli görme*” alt ölçeği ön-test puan ortalaması $X = 16.61 \pm 3.49$ ve tekrar-test puan ortalaması $X = 16.77 \pm 3.55$ ve ön-test toplam puan ortalaması $X = 72.16 \pm 13.04$ ve tekrar-test

toplam puan ortalaması $X = 72.19 \pm 13.47$ bulunmuştur. APHHTÖ'nin ön-test puan ortalamaları ile tekrar-test puan ortalamaları arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t_{\text{sosyal mesafe}} = 0.652, p > 0.05$; $t_{\text{bakım verm.ist.}} = 0.252, p > 0.05$; $t_{\text{güven}} = 0.286, p > 0.05$; $t_{\text{damgalama}} = 0.409, p > 0.05$; $t_{\text{toplam}} = 0.247, p > 0.05$).

APHHTÖ'nin alt ölçek ve toplam ölçek ön-test ile tekrar-test puanları arasındaki korelasyon analiz sonuçları incelendiğinde, APHHTÖ'nin ön-test ile tekrar-test sonuçları arasındaki tutarlılığını açıklayan kararlılık katsayısı “*sosyal mesafe*” alt ölçeği için .55, “*bakım vermede isteklilik*” alt ölçeği için .66, “*güven*” alt ölçeği için .63, “*tehlikeli görme*” alt ölçeği için .42 ve toplam ölçek için yine .69 bulunmuştur ($p < .000$).



Grafik 3: APHTTÖ Ön-Test İle Tekrar-Test Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi

Tablo 38: APHHTÖ Maddelerinin Kappa Katsayıları

		APHHTÖ Son Test Madde 1					Kappa	P
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00		
APHHTÖ Ön		2	1	1	0	0	.36	.000**
	1.00	2	1	1	0	0		
	2.00	1	16	4	7	0		
	3.00	1	2	10	3	1		
	4.00	1	7	7	23	2		
5.00	0	1	1	2	0			
APHHTÖ Son Test Madde 2								
APHHTÖ Ön Test Madde 2		2	2	1	0	0	.28	.000**
	1.00	2	2	1	0	0		
	2.00	1	20	7	7	0		
	3.00	1	6	20	3	0		
	4.00	0	6	9	5	1		
5.00	0	1	0	1	0			
APHHTÖ Son Test Madde 3								
APHHTÖ Ön Test Madde 3		4	4	3	1	0	.31	.000**
	1.00	4	4	3	1	0		
	2.00	1	32	12	3	0		
	3.00	0	9	9	4	0		
	4.00	1	2	1	2	0		
5.00	0	1	0	0	4			
APHHTÖ Son Test Madde 4								
APHHTÖ Ön Test Madde 4		8	8	3	2	1	.22	.000**
	1.00	8	8	3	2	1		
	2.00	2	23	8	1	0		
	3.00	1	9	8	3	0		
	4.00	2	4	4	1	0		
5.00	0	0	1	3	1			
APHHTÖ Son Test Madde 5								
APHHTÖ Ön Test Madde 5		0	0	0	3	1	.16	.016*
	1.00	0	0	0	3	1		
	2.00	2	7	7	3	1		
	3.00	1	10	13	11	1		
	4.00	1	3	8	18	1		
5.00	0	0	2	0	0			
APHHTÖ Son Test Madde 6								
APHHTÖ Ön Test Madde 6		3	2	0	1	0	.17	.010**
	1.00	3	2	0	1	0		
	2.00	1	29	10	6	2		
	3.00	0	8	3	9	0		
	4.00	0	9	0	8	0		
5.00	0	1	0	1	0			
APHHTÖ Son Test Madde 7								
APHHTÖ Ön Test Madde 7		3	3	1	1	0	.25	<.05*
	1.00	3	3	1	1	0		
	2.00	2	24	6	8	0		
	3.00	0	11	10	2	0		
	4.00	0	9	3	9	0		
5.00	0	1	0	0	0			

* p<0.05

** p<0.01

Tablo 38: APHHTÖ Maddelerinin Kappa Katsayıları (Devam)

		APHHTÖ Son Test Madde 8					Kappa	P	
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00			
APHHTÖ Ön Test Madde 8		1.00	25	19	3	1	.24	.005**	
		2.00	10	28	1	0			0
		3.00	2	1	0	0			0
		4.00	1	1	1	0			0
		5.00	0	0	0	0			0
APHHTÖ Son Test Madde 9									
APHHTÖ Ön Test Madde 9		1.00	0	2	1	1	.36	<.05*	
		2.00	0	3	3	6			0
		3.00	0	2	8	6			0
		4.00	0	2	9	21			9
		5.00	0	0	1	9			10
APHHTÖ Son Test Madde 10									
APHHTÖ Ön Test Madde 10		1.00	2	2	1	1	.31	.000**	
		2.00	2	18	6	5			1
		3.00	1	6	9	4			1
		4.00	1	5	6	12			1
		5.00	1	2	1	1			4
APHHTÖ Son Test Madde 11									
APHHTÖ Ön Test Madde 11		1.00	7	8	1	2	.35	.000**	
		2.00	2	29	8	3			0
		3.00	0	5	10	3			0
		4.00	0	7	0	5			0
		5.00	0	1	0	1			1
APHHTÖ Son Test Madde 12									
APHHTÖ Ön Test Madde 12		1.00	0	3	0	0	.24	.000**	
		2.00	1	13	5	3			1
		3.00	0	8	16	9			1
		4.00	0	4	8	12			2
		5.00	0	0	2	3			1
APHHTÖ Son Test Madde 13									
APHHTÖ Ön Test Madde 13		1.00	1	3	0	3	.20	.001**	
		2.00	1	13	4	4			1
		3.00	1	4	8	8			2
		4.00	1	11	6	12			2
		5.00	1	0	1	1			3
APHHTÖ Son Test Madde 14									
APHHTÖ Ön Test Madde 14		1.00	5	3	0	1	.24	.000**	
		2.00	5	20	6	7			1
		3.00	1	8	8	7			2
		4.00	0	4	6	7			0
		5.00	0	0	0	0			2

* p<0.05

** p<0.01

Tablo 38: APHHTÖ Maddelerinin Kappa Katsayıları (Devam)

		APHHTÖ Son Test Madde 15					Kappa	P
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00		
APHHTÖ Ön Test Madde 15		3	4	1	0	0	.24	.000**
	1.00	3	7	7	5	0		
	2.00	2	6	6	3	0		
	3.00	0	7	5	23	5		
	4.00	0	0	2	2	2		
		5.00	0	0	2	2		
APHHTÖ Son Test Madde 16								
APHHTÖ Ön Test Madde 16		1	2	1	1	0	.16	.008**
	1.00	1	12	8	8	1		
	2.00	0	3	8	13	0		
	3.00	2	6	6	14	2		
	4.00	0	0	0	2	2		
		5.00	0	0	2	2		
APHHTÖ Son Test Madde 17								
APHHTÖ Ön Test Madde 17		0	2	0	0	0	.26	.000**
	1.00	0	9	2	3	0		
	2.00	0	4	5	8	1		
	3.00	1	6	7	30	4		
	4.00	1	1	1	5	3		
		5.00	1	1	5	3		
APHHTÖ Son Test Madde 18								
APHHTÖ Ön Test Madde 18		1	1	1	1	0	.29	.000**
	1.00	2	4	1	2	1		
	2.00	2	1	4	8	0		
	3.00	1	2	4	31	7		
	4.00	0	0	1	9	9		
		5.00	0	0	9	9		
APHHTÖ Son Test Madde 19								
APHHTÖ Ön Test Madde 19		5	1	2	1	0	.26	.000**
	1.00	0	10	7	6	1		
	2.00	0	3	4	5	1		
	3.00	1	8	7	25	2		
	4.00	0	0	0	3	1		
		5.00	0	0	3	1		
APHHTÖ Son Test Madde 20								
APHHTÖ Ön Test Madde 20		1	1	2	0	0	.18	.005**
	1.00	0	8	1	10	0		
	2.00	0	6	7	3	0		
	3.00	0	10	4	24	7		
	4.00	0	1	0	7	1		
		5.00	0	1	0	1		
APHHTÖ Son Test Madde 21								
APHHTÖ Ön Test Madde 21		1	0	0	2	0	.22	<.05*
	1.00	2	6	5	5	0		
	2.00	1	7	27	8	0		
	3.00	2	5	8	13	0		
	4.00	0	0	0	1	0		
		5.00	0	0	1	0		

* p<0.05

** p<0.01

Tablo 38: APHHTÖ Maddelerinin Kappa Katsayıları (Devam)

		APHHTÖ Son Test Madde 22					Kappa	P
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00		
APHHTÖ Ön Test Madde 22		3	1	0	1	0	.27	.000**
	1.00	2	14	10	1	0		
	2.00	1	11	19	6	0		
	3.00	2	2	10	10	0		
	4.00	0	0	0	0	0		
		APHHTÖ Son Test Madde 23					Kappa	P
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00		
APHHTÖ Ön Test Madde 23		5	6	1	0	0	.35	.000**
	1.00	2	21	12	0	0		
	2.00	1	10	25	1	0		
	3.00	1	1	4	3	0		
	4.00	0	0	0	0	0		
		APHHTÖ Son Test Madde 24					Kappa	P
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00		
APHHTÖ Ön Test Madde 24		8	3	1	0	0	.29	.000**
	1.00	3	18	10	6	0		
	2.00	2	8	11	7	0		
	3.00	1	4	3	7	0		
	4.00	0	0	0	0	1		
		APHHTÖ Son Test Madde 25					Kappa	P
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00		
APHHTÖ Ön Test Madde 25		9	5	0	0	0	.23	.000**
	1.00	4	29	1	9	1		
	2.00	0	5	0	0	0		
	3.00	2	12	1	9	0		
	4.00	1	1	0	4	0		
		APHHTÖ Son Test Madde 26					Kappa	P
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00		
APHHTÖ Ön Test Madde 26		0	1	0	0	0	.19	.005**
	1.00	0	1	0	4	0		
	2.00	0	2	4	4	0		
	3.00	1	4	4	36	14		
	4.00	0	1	1	8	8		
		APHHTÖ Son Test Madde 27					Kappa	P
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00		
APHHTÖ Ön Test Madde 27		4	1	0	0	0	.30	.000**
	1.00	1	5	4	5	1		
	2.00	0	8	13	4	0		
	3.00	1	5	12	18	1		
	4.00	1	0	1	3	5		
		APHHTÖ Son Test Madde 28					Kappa	P
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00		
APHHTÖ Ön Test Madde 28		0	0	0	0	0	.26	<.05*
	1.00	0	0	0	4	0		
	2.00	0	1	7	8	0		
	3.00	0	5	8	46	1		
	4.00	1	0	0	6	6		

* p<0.05

** p<0.01

Tablo 38: APHHTÖ Maddelerinin Kappa Katsayıları (Devam)

		APHHTÖ Son Test Madde 29					Kappa	P
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00		
APHHTÖ Ön Test Madde 29		5	5	1	2	0	.29	.000**
	1.00	1	19	6	3	1		
	2.00	1	6	8	8	0		
	3.00	0	5	5	11	1		
	4.00	2	1	0	1	1		
		APHHTÖ Son Test Madde 30					Kappa	P
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00		
APHHTÖ Ön Test Madde 30		5	3	0	4	0	.36	.000**
	1.00	0	12	2	6	0		
	2.00	0	2	3	4	0		
	3.00	3	4	6	26	5		
	4.00	2	0	0	1	5		
		APHHTÖ Son Test Madde 31					Kappa	P
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00		
APHHTÖ Ön Test Madde 31		1	0	0	0	0	.28	.000**
	1.00	0	0	1	1	1		
	2.00	0	0	0	1	1		
	3.00	1	1	4	49	14		
	4.00	0	0	0	7	11		
		APHHTÖ Son Test Madde 32					Kappa	P
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00		
APHHTÖ Ön Test Madde 32		8	8	3	1	0	.25	.000**
	1.00	8	29	3	5	0		
	2.00	0	4	3	1	0		
	3.00	1	9	1	7	1		
	4.00	1	0	0	0	0		
		APHHTÖ Son Test Madde 33					Kappa	P
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00		
APHHTÖ Ön Test Madde 33		4	2	3	0	0	.32	.000**
	1.00	1	26	8	4	1		
	2.00	0	9	4	4	0		
	3.00	0	5	3	15	1		
	4.00	1	0	0	2	0		
		APHHTÖ Son Test Madde 34					Kappa	P
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00		
APHHTÖ Ön Test Madde 34		14	9	0	3	0	.34	<.05*
	1.00	6	44	0	5	0		
	2.00	0	2	0	0	0		
	3.00	0	3	0	4	0		
	4.00	1	2	0	0	0		
		APHHTÖ Son Test Madde 35					Kappa	P
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00		
APHHTÖ Ön Test Madde 35		0	0	0	1	0	.28	.001**
	1.00	0	0	1	1	1		
	2.00	0	0	1	2	0		
	3.00	1	2	4	30	12		
	4.00	0	2	0	12	23		

* p<0.05

** p<0.01

Tablo 38’de APHHTÖ’nin her bir maddesi için düzenlenen *karşılaştırma matrisleri* ve bu matrisler üzerinden hesaplanan *Kappa katsayıları* görülmektedir. Tablo 38’e göre APHHTÖ’nin her bir maddesinin ön-test ile tekrar-test puanları arasındaki güvenilirliği için hesaplanan kappa katsayıları;

1. madde için .36, $p < 0.01$	19. madde için .26, $p < 0.01$
2. madde için .28, $p < 0.01$	20. madde için .18, $p < 0.05$
3. madde için .31, $p < 0.01$	21. madde için .22, $p < 0.01$
4. madde için .22, $p < 0.01$	22. madde için .27, $p < 0.01$
5. madde için .16, $p < 0.05$	23. madde için .35, $p < 0.01$
6. madde için .17, $p < 0.05$	24. madde için .29, $p < 0.01$
7. madde için .25, $p < 0.05$	25. madde için .23, $p < 0.01$
8. madde için .24, $p < 0.01$	26. madde için .19, $p < 0.01$
9. madde için .36, $p < 0.05$	27. madde için .30, $p < 0.01$
10. madde için .31, $p < 0.01$	28. madde için .26, $p < 0.05$
11. madde için .35, $p < 0.01$	29. madde için .29, $p < 0.01$
12. madde için .24, $p < 0.01$	30. madde için .36, $p < 0.01$
13. madde için .20, $p < 0.01$	31. madde için .28, $p < 0.01$
14. madde için .24, $p < 0.01$	32. madde için .25, $p < 0.01$
15. madde için .24, $p < 0.01$	33. madde için .32, $p < 0.01$
16. madde için .16, $p < 0.01$	34. madde için .34, $p < 0.05$
17. madde için .26, $p < 0.01$	35. madde için .28, $p < 0.01$
18. madde için .29, $p < 0.01$	

olarak bulunmuştur. Bu bulgulara göre, ölçekteki 1., 2., 3., 4., 7., 8., 9., 10., 11., 12., 14., 15., 17., 18., 19., 21., 22., 23., 24., 25., 27., 28., 29., 30., 31., 32., 33., 34. ve 35. maddelerin ön-test puanları ile tekrar-test puanları arasında düşük bir uyuşma ve 5., 6., 13., 16., 20. ve 26. maddelerin ön-test puanları ile tekrar-test puanları arasında yetersiz bir uyuşma olduğu görülmektedir (Tablo 9, bkz Bölüm II s:105).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. HEMŞİRELERİ TANITICI BİLGİLERİN İNCELENMESİ

4.1.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş grubu, cinsiyet ve medeni durumları ve en uzun süre yaşadıkları yerleşim birimlerine ilişkin sosyo-demografik özellikleri Tablo 13’de incelenmiştir.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin, yarıya yakını (% 42.5) 21-30 yaş grubunda olup tüm hemşireler için yaş ortalaması 34.19 ± 7.46 ’dır (Tablo 13). Buna göre, hemşirelerin orta yetişkinlik döneminde oldukları söylenebilir.

Öztürk tarafından belirtildiği üzere; Erikson’un “İnsanın Sekiz Evresi” kuramına göre, orta yaş döneminde benliğin en önemli işlevi, özellikle mesleki ve sanatsal alanlarda üretkenlik ve yaratıcılıktır (118). Buna göre, hemşirelerin içinde buldukları yaş dönemi olarak, mesleki bilgi ve deneyimlerinde olgunlaştıkları, bu bilgi ve deneyimlerini uygulama alanına aktarabilecekleri üretken ve yaratıcı dönemde oldukları düşünülmektedir.

Bir bireyin tutumlarının büyük kısmı, 12 ile 30 yaş arasındaki dönemde (ergenlik ve ilk yetişkinlik dönemi) son şeklini almakta ve daha sonra çok az değişmektedir. Tutumların kristalleştiği bu süre, kritik dönem olarak adlandırılmaktadır (147). Bu bilgi

doğrultusunda, hemşirelerin kritik dönemi tamamlamak üzere oldukları veya tamamladıkları, dolayısıyla tutumlarının son şeklini aldığı ve bundan sonra çok fazla değişiklik göstermeyeceği söylenebilir.

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında, yarısından fazlasının (78.5) kadın ve % 21.5'inin erkek olduğu görülmektedir (Tablo 13). Bu bulguya göre, bayan hemşirelerin daha fazla olduğu ve erkek olanların ise “Sağlık Memuru” olarak göreve başladıkları bilinmektedir. Bu sonucun oluşmasında, 25 Nisan 2007’de kabul edilen ve 2 Mayıs 2007’de resmi gazetede yayımlanan 5634 sayılı “*Hemşirelik Kanunu’nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun*” kapsamında yapılan değişikliğe kadar (125), Türkiye’de hemşire olabilmek için kadın olma şartının getirilmiş olmasının, etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, araştırmamıza katılan erkek hemşireler, yine aynı kanunun “*Geçici 2. Maddesi (Hemşirelik eğitime eşdeğer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlar hemşire olarak çalışırlar) (125)*” uyarınca göreve sağlık memuru olarak başlamalarına karşın, şu an hemşire olarak çalışmaktadırlar.

Hemşirelerin büyük çoğunluğu (% 71.3) evli olduğunu ve % 74.3’ü en uzun süre şehirde yaşadıklarını belirtmiştir (Tablo 13).

4.1.2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin, görev yaptıkları hastaneler, mezun oldukları okul, toplam hizmet süreleri, halen buldukları kurumdaki çalışma süreleri,

göreve başlama şekilleri, görevleri, çalıştıkları birimler, pozisyonları ve çalışma biçimlerine ilişkin mesleki özellikleri Tablo 14’de incelenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin, % 33.8’i İstanbul Bakırköy Ord.Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde, %20.7’si Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde, %11.2’si Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde, %10.4’ü Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde, %9.0’u Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde, % 8.2’si İstanbul Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde, % 4.5’i Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde ve %2.2’si Trabzon Çaykara Ataköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde çalışmaktadır (Tablo 14).

Hemşirelerin mezun oldukları okullara göre dağılımları incelendiğinde; % 31.7’sinin Sağlık Meslek Lisesi (SML), % 31.0’inin önlisans, % 24.1’inin lisans, çok az bir kısmının da (% 1.1) lisansüstü mezunu olduğu ve % 8.2’sinin ise yurt içi veya yurt dışından alan dışı bir okuldan (edebiyat fakültesi, veterinerlik gibi) mezun olduğu görülmektedir (Tablo 14).

Hemşirelerin yarısından fazlası (% 62.7) SML ve önlisans mezunudur ve bu hemşireler, mesleki eğitimleri sırasında “*psikiyatri hemşireliği*” üzerine yeterli ve kapsamlı bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Dolayısıyla, Türkiye’de, böylesine özgün birimlerde hastalara sunulan ruh sağlığı hizmetlerinin, bilgi ve becerilerini daha sıklıkla deneme yanılma yoluyla kazanmış olan, kolej veya ön lisans programını

tamamlamış hemşirelerle yürütüldüğü gözlenmiştir. Oysa, ruh sağlığı hizmeti veren hastanelerde veya kliniklerde, hemşire olarak çalışmak özel bilgi, beceri ve yetenek gerektirmektedir. Uluslararası platformda söz konusu birimlerde hizmet veren hemşireler, psikiyatri hemşireliği üzerine bir yüksek lisans programını tamamlamış, ruh sağlığı üzerine belirli bilgi ve becerileri kazanmış, “*psikiyatri hemşiresi*” ünvanını almış uzman bireylerdir (35). Araştırma sonuçlarımızda göstermektedir ki, Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nde ruh sağlığı hizmetlerini yürüten uzman hemşire sayısı % 1.1’i geçmemektedir.

Hemşirelerin toplam çalışma süreleri incelendiğinde, % 23.7’si 1-5 yıldır, % 23.3’ü 6-10 yıldır hemşire olarak çalıştığını belirtmiş ve toplam çalışma süreleri ortalaması 13.03 ± 8.62 bulunmuştur. Hemşirelerin yarısından fazlası (% 64.7) 0-5 yıldır ve % 11.9’u da 6-10 yıldır halen buldukları kurumda çalıştıklarını belirtmiş ve buldukları kurumdaki çalışma süreleri ortalaması 6.45 ± 7.20 bulunmuştur (Tablo 14).

% 67.4’ü atama (tayin) ile % 30.2’si de kendi isteği ile göreve başlayan hemşirelerin, % 64.6’sı kadrolu devlet memuru ve % 34.1’i de sözleşmeli devlet memuru olduğunu belirtmiştir (Tablo 14).

%78.9’u psikiyatri servisinde, % 9.7’si adli serviste, % 6.0’sı poliklinikte, % 3.9’unun acil serviste ve %1.5’i idari birimde çalışan hemşirelerin, % 79.5’i servis hemşiresi, %12.9’u sorumlu hemşire ve % 6.0’sı poliklinik hemşiresi olarak çalıştığını belirtmiştir (Tablo 14).

Hemşirelerin çalışma düzenleri incelendiğinde, %75’inin gece-gündüz (nöbet), % 18.3’ünün sadece gündüz ve % 6.7’sinin sadece gece olacak biçimde çalıştığı saptanmıştır (Tablo 14).

4.2 HEMŞİRELERİN ADLİ PSİKİYATRİ HASTALARINA YÖNELİK DENEYİM-BİLGİ VE GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

4.2.1 Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Bakım Verme Durumlarının İncelenmesi

Tablo 15’de hemşirelerin çalışma yaşamı boyunca adli psikiyatri hastasına bakım verip vermeme durumları incelenmiştir. Tabloya göre, hemşirelerin % 43.1’inin çalışmakta olduğu servise geçici süre ile yatışı yapılan adli psikiyatri hastasına, % 11.9’unun adli psikiyatri biriminde yatmakta olan adli psikiyatri hastasına daha önceden ve % 9.7’sinin adli psikiyatri biriminde yatmakta olan adli psikiyatri hastasına araştırmanın yürütülmekte olduğu süreçte bakım verdiği ve % 35.3’unun adli psikiyatri hastasına hiçbir Şekilde bakım vermediği saptanmıştır.

Adli psikiyatri hastasına bakım veren hemşirelerin (% 64.7) adli psikiyatri hastasına bakım verme süreleri incelendiğinde; bakım veren hemşirelerin % 66.8’i bir yıldan daha kısa bir süredir, % 30.3’ bir yıldan daha uzun bir süredir adli psikiyatri hastasına bakım verdiğini belirtirken, % 2.9’u bakım verme süresini belirtmemiştir (Tablo 16).

4.2.2 Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastaları Konusundaki Bilgi Durumlarının ve Bilgi Edindikleri Kaynakların İncelenmesi

Tablo 17’de hemşirelerin adli psikiyatri hastaları konusunda bilgi alma durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Hemşirelerin % 72.9’u adli psikiyatri hastaları ile ilgili olarak daha önceden bilgi aldığını ve % 26.5’i ise bilgi almadığını

belirtmiştir. Adli psikiyatri hastaları ile ilgili olarak daha önceden bilgi alan hemşirelerin (%72.9), % 50.9'u bu bilgilerini çalışma (mesai) arkadaşlarından özellikle hekimlerden, % 28.1'i hizmet içi eğitim programlarından, % 14.5'i öğrenimi sırasındaki derslerden, % 5.5'i adli psikiyatri hastası ile çalışarak elde ettiği deneyimlerinden, % 0.5'i radyo-tv-gazetelerden elde ettiğini belirtmiştir (Tablo 18).

Hemşirelerin sadece % 11.4'ünün adli psikiyatri hastaları ile ilgili Türk Hukuk Sistemi'nde yer alan yasal düzenlemeleri bildiği ve büyük çoğunluğunun (% 88.0) bu konudaki bilgisinin yetersiz olduğu gözlenmiştir (Tablo 19).

Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%72.9) adli psikiyatri hastası konusunda daha önceden bilgi aldıklarını belirtmiş olmasına karşın, bunların yarısından fazlası (%62.1) bu bilgilerini formal olmayan bir şekilde (*çalışma arkadaşlarından veya deneyimlerinden*) öğrendiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca hemşirelerin yine büyük bir çoğunluğu adli psikiyatri hastaları ile ilgili Türk Hukuk Sistemi'nde yer alan yasal düzenlemeleri bilmediğini ifade etmiştir. Bu bulgular, gerek mesleki eğitimleri sırasında, gerek çalışma süreleri içerisinde adli psikiyatri hastası konusunda hemşirelere yeterli ve kapsamlı bilgi verilmediğini göstermesi açısından dikkat çekicidir.

Tutumlar, genelde doğrudan deneyim, taklit ve sosyal öğrenme ile edinilir (79) ve bireyin deneyimleri ve edindiği bilgilerin örgütlenmesi ile oluşur. Bir kişi bir nesneye ilişkin bir tutum oluşturduktan sonra, ona yansız bakamaz. Tutumlar olumlu ya da olumsuz davranışlara yol açabilir (58, 147). Bu bilgi, hemşirelerin informal bir şekilde elde ettikleri ve doğruluğu tartışılır bilgilerin, zaman zaman hemşirelerde adli psikiyatri hastasına yönelik olumsuz tutumların gelişmesine yol açabileceğini düşündürmektedir.

Oysa, tutumların oluşmasındaki üç temel etkenden birisi akranlar; diğer ikisi ise kitle haberleşme araçları ve diğer kaynaklardan edinilen bilgi ve eğitimidir. Ayrıca tutumlar öğrenme süreci içinde derece derece biçimlenir (147). Bu sebeple, hemşirelere, özellikle de adli psikiyatri hastası ile çalışan hemşirelere yönelik, en kısa zamanda adli psikiyatri hastası ile çalışma konusunda yeterli ve kapsamlı bir eğitim programı oluşturulmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

4.2.3 Hemşirelerin, Adli Psikiyatri Biriminde Hemşire Çalışmasına Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi

Hemşirelerin % 71.4'ü adli psikiyatri biriminde hemşire çalışmalı derken, % 26.9'u çalışmaması gerektiğini belirtmiştir (Tablo 21). Hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun adli psikiyatri hastası ile çalışma konusunda istekli olduklarını belirtmesi oldukça olumludur.

4.3. APHHTÖ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK DEĞERLENDİRMESİ

4.3.1. APHHTÖ'nin Geliştirilmesinde Niceliksel Süreçler

4.3.1.1. APHHTÖ'nin Geçerlik Değerlendirmesi

Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği (APHHTÖ)'nin, geliştirildiği amaca hizmet derecesini; yani, APHHTÖ'nin ölçülmek istenen özelliğe uygun olup olmadığını, ölçümün kurallara uygun olarak doğru yapıp yapılmadığını ve ölçüm verilerinin gerçekten ölçülmek istenen özelliği yansıtmayı yansıtmadığını belirlemek amacıyla geçerliliği incelenmiştir (3, 138). APHHTÖ'nin geçerliliği için aşağıda belirtilen geçerlik ölçüm yöntemlerine başvurulmuştur.

1. Kapsam (İçerik) Geçerliği; APHHTÖ’nde bulunan maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini belirlemek (146) amacıyla kapsam geçerliği değerlendirilmiştir.

APHHTÖ’nin kapsam geçerlik çözümlemesi için, uzman görüşlerine dayalı nitel çalışmaları, istatistiksel nicel çalışmalara dönüştüren bir süreç kullanılmıştır. Bunun için, önce 115 maddeden oluşan “*aday ölçek formu*” hazırlanmıştır. Erkuş’da Likert tipi ölçek geliştirirken, ölçek için gerekli olan madde sayısının (30-40) iki üç katı madde yazılması gerektiğini belirtir (50). Tavşancıl tarafından belirtildiği üzere, Anderson (1988)’da likert tipi tutum ölçeği geliştirirken, tutumla ilgili çok sayıda (ortalama 100 civarında) madde yazılması gerektiğini belirtmektedir (147). Daha sonra, *alanla ilgili uzman grubu oluşturularak uzman görüşleri elde edilmiştir*. Bundan sonra Lawshe tekniği kullanılarak, *maddelere ilişkin kapsam geçerlik oranları ve ölçeğe ilişkin kapsam geçerlik indeksi ile kapsam geçerlik ölçütü hesaplanmıştır* (167, 168).

Aday ölçek maddelerinden Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) değerleri negatif ya da “0” değer içeren maddeler elendikten sonra, KGO değerleri pozitif olan maddelerin, “*Kapsam Geçerlik Ölçütü(KGÖ)*”ne göre anlamlı olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Tablo 4’e göre, APHHTÖ için, uzman sayısı (15) doğrultusunda, $\alpha= 0.05$ anlamlık düzeyinde minimum ***Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ)= 0.49*** olarak belirlenmiştir (*bkz bölüm II, s:87*).

APHHTÖ aday ölçeğinin her bir maddesi için elde edilen KGO’larından istatistiksel olarak anlamsız bulunanlar elimine edildikten sonra, KGO’ı $\alpha= 0.05$ düzeyinde anlamlı olan (KGO>0.49) 31 maddenin son forma alınması

kararlaştırılmıştır. Bu maddelerin (31 madde) toplam KGO'larının ortalamaları alınarak “*Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ)*” 0.69 olarak hesaplanmıştır (*Ek XI*).

Ölçeğin 31 maddeden oluşan ilk şekli için,

$$\begin{array}{l} KGİ \geq KGÖ \quad \text{veya} \quad KGİ / KGÖ \geq 0'1 \\ 0.69 \geq 0.49 \quad \text{veya} \quad 0.69 / 0.49 \geq 0'1 \end{array}$$

sağladığı için kapsam (içerik) geçerliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (167). Başka bir ifadeyle, APHHTÖ maddelerinin ölçölmek istenen alanı temsil ettiği belirlenmiştir.

Yen (2008) tarafından yapılan, Gereksinimler Ölçeği'nin Çince uyarlamasının yapıldığı çalışmada ise, ölçeğin kapsam geçerliliği Davis tekniği ile incelenmiş ve 23 maddelik ölçek beş uzman tarafından değerlendirilerek Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) .86 bulunmuştur (*Daha az kullanılan Davis tekniğinde en az 3, en fazla 20 uzman önerilmektedir ve KGİ'nin .80'den büyük olması kapsam geçerliği açısından yeterli kabul edilmektedir (167)*).

Kapsam (içerik) geçerliği gerçekleştirilmiş olan ölçeğin 31 maddeden oluşan ilk şeklindeki maddeler, uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda, araştırmacı tarafından yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenleme kapsamında, ilk önce, uzmanlar tarafından önerilen ek sekiz madde (*Ek XII*) araştırmacı tarafından değerlendirilmiş ve bunlardan geliştirilen dört maddenin (*Ek XIII'de 10., 11., 20. ve 24. maddelerin*) ölçekte yer almasına karar verilmiştir. Böylece ölçek, 35 madde olmuştur. İkinci olarak, ölçeği oluşturan madde ifadeleri, uzman önerileri doğrultusunda, negatif (1, 2, 6, 7, 8, 14, 15, 17, 18, 19, 25, 26, 29, 30, 32, 33, 34) ve pozitif (3, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 31, 35) maddeler eşit olacak şekilde tekrar düzenlenmiştir. Bu doğrultuda, aday ölçekte yer alan ve negatif yönlü olan 3., 5., 11. ve 23. madde

ifadeleri, yönü pozitif olacak şekilde değiştirilmiştir (*Ek XIII*). Tavşancıl ve Tezbaşaran tarafından da, bireylerin maddeleri boş bırakmasını veya basmakalıp cevaplar vermesini önlemek, yönlendirici etkide bulunmamak amacıyla ölçekteki olumlu maddelerin sayısı ile olumsuz maddelerin sayısının eşit olması gerektiği belirtilmektedir (147, 148).

2. Yüzey Geçerliliği: Yüzey geçerliliği, bir ölçeğin, araştırılan yapıyı ölçüp ölçmediğini incelemek için yapılır (138, 147). APHHTÖ'nin tüm madde ifadeleri, ilk önce, uzmanlar, daha sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde çalışan 10 hemşire tarafından, *düzensizlik ve anlamlılık, okunurluk, terimlerin anlaşılabilirliği, cümlelerin uzunluğu, anlamın açıklığı ve netliği* yönünden ve ölçeğin cevaplayıcıların eğitim düzeylerine, kültürel yapılarına ve yetenek düzeylerine uygun olup olmadığı yönünden değerlendirilmiş ve gelen öneriler doğrultusunda araştırmacı tarafından ilgili düzeltmeler yapılarak ölçeğin *"yüzey geçerliliği"* sağlanmıştır.

Bundan sonra, ölçekteki her bir madde *"Kesinlikle Katılmıyorum"*, *"Katılmıyorum"*, *"Kararsızım"*, *"Katılıyorum"* ve *"Tamamen Katılıyorum"* şeklinde 5'li likert olarak yanıtlanacak biçimde düzenlenerek, *"Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği (APHHTÖ)"*'ne 35 maddeden oluşan son şekli verilmiştir (*Ek XIII*).

APHHTÖ'nin bu son şekli araştırma evreninde (*Türkiye'de yer alan Sağlık Bakanlığı'na bağlı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri'nde çalışan*) 650 hemşireye uygulanmış ve ölçek maddelerini eksiksiz olarak yanıtlayan 536 anket APHHTÖ'nin geçerlik-güvenirlilik değerlendirmesine alınmıştır (Tablo 21).

Harris ve ark. (2007) tarafından yapılan, Şizofreni Hastalarının Nöroleptik Tedaviyi Sürdüremelerine Yönelik Ruh Sağlığı Pratisyenlerinin Tutumlarını incelemek için geliştirilen bir ölçeğin geçerlilik-güvenirlik çalışmasında 25 madde 126 bireye (66), Yen (2008) tarafından yapılan, Ruh Sağlığı Bozuk Bireylere Bakım Verenlerin Gereksinimleri Ölçeği'nin Çince uyarlamasının geçerlilik çalışmasında 23 madde 250 Tayvanlı bakım verene (163), Baker at all (2005)'nin Akut Ruh Sağlığına Karşı Tutum Ölçeği'nin geliştirilmesi çalışmasında 37 madde 251 hemşireye (16) uygulanmıştır.

Bağ ve Ekinci (2005) tarafından yapılan çalışmada ise 21 maddelik ölçek 315 sağlık çalışanına (14), Bilge ve Çam (2008) tarafından RHIÖ'nin Türkçe uyarlaması çalışmasında 21 madde 262 bireye (23) ve Çam ve Baysan-Arabacı (2009) tarafından Psikiyatri Hemşireliğini Algılama Ölçeği'nin geliştirilmesi çalışmasında 17 madde 220 öğrenciye (36) uygulanmıştır.

Tosun ve Irak (2008) tarafından yapılan Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ)-30'un Türkçe uyarlaması çalışmasında 30 madde 282 bireye (149), Tunay ve Soygüt (2009) tarafından yapılan Endişe Şiddeti Ölçeği'nin geliştirilmesi çalışmasında 26 madde 380 öğrenciye (152), Eşiyok ve ark. (2007) tarafından yapılan Sürücü Öfke İfadesi Envanteri'nin Türkçe uyarlaması çalışmasında da 49 madde 220 sürücüye (52), Karakaya ve ark. (2007) tarafından yapılan Çocukluktaki Olumsuz Düşünceleri Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında 24 madde 538 çocuğa (81) uygulanmıştır.

Erkuş, bir ölçeğin ölçülecek özelliğin tüm ranjını kapsayabilecek yaklaşık 200 kişilik bir gruba uygulanması gerektiğini belirtir (50). Çeşitli geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapıldığı araştırmalarda göstermektedir ki, araştırmacılar tarafından

genellikle örneklemin 200'ün üzerinde olması kabul görmektedir. Ancak örneklem sayısının madde sayısına paralel olarak yeterli olması ölçek geçerlik ve güvenilirliğini olumlu yönde etkilediği için ve alan uygulaması sonrasında değerlendirme dışında kalacak anketler olabileceği düşünüldüğü için örneklem sayısı oldukça yüksek tutulmuştur. Sonuç olarak, ölçeğin geçerlik güvenilirlik analizlerini yapabilecek yeterli sayıda kişiye (N=536) uygulanmış olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin APHHTÖ maddelerine verdiği puanlar 1 ile 5 arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya sahip madde 2.31 puan ortalaması ile 3. madde ve en yüksek ortalamaya sahip madde ise 4.42 puan ortalaması ile 14. Maddedir (Tablo22).

3. Uyum Geçerliliği; Uyum geçerliliği, yeni geliştirilen bir ölçme aracı ile aynı amaca yönelik bir başka ölçme aracı arasındaki uyumun derecesini göstermektedir (85). Uyum geçerliliği, geliştirilen ölçekle aynı kavramsal yapıyı ölçen aynı nitelikte bir başka ölçekle yapılır. Karşılaştırma yapmak için aynı nitelikte bir dış kriter ölçek bulunamadığı durumlarda, ölçülmek istenen kavramsal yapıya benzer “ilgili” ölçeklerden yararlanır (138).

Bu çalışmada, uyum geçerliliği için, dünyada ve ülkemizde, adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumu belirleyen eşdeğer ve/veya benzer bir ölçek bulunamadığı için alternatif bir ölçek kullanılmıştır. Bu amaçla, Hirai ve Clum tarafından (2000) psikiyatri hastalarına yönelik olarak geliştirilen, *Beliefs Toward Mental Illness Scale* (Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği) kullanılmıştır (Ek II).

APHHTÖ'nin RHİÖ ile uyum geçerliğine bakmadan önce, RHİÖ'nin bu araştırma grubu için verileri doğru topladığını ve yinelenebilir bir ölçek olduğunu belirlemek için güvenilirliği incelenmiştir. RHİÖ'nin güvenilirlik değerlendirmesi için iç tutarlılık güvenilirliğine bakılmıştır. İç tutarlılık güvenilirliği için Cronbach Alpha değeri ve Küme İçi Korelasyon Katsayıları hesaplanmıştır. Cronbach Alpha değeri, ölçeğin kullanıldığı her bir farklı örneklem için yeniden hesaplanmalıdır (138).

RHİÖ'nin iç tutarlılık güvenilirliği için hesaplanan *Cronbach Alpha değerleri* ve *Küme İçi Korelasyon (KİK) katsayılarının* benzer olduğu görülmüştür. RHİÖ'nin bütününe ilişkin Cronbach alpha değeri ve küme içi korelasyon katsayısı .86 bulunmuştur (Tablo 23).

Hirai ve Clum tarafından yapılan ölçeğin orijinal güvenilirlik çalışmasında ölçek Cronbach alpha katsayısı Amerikan toplumu için .89, Asya toplumu için .91 bulunurken (68), Bilge ve Çam tarafından yapılan Türkçe uyarlamasında ise, Türk toplumu için Cronbach alpha değeri .82 bulunmuştur (23).

RHİÖ'nin 4., 12. ile 15. maddelerinin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayılarının .25'in altında olduğu görülmektedir (Tablo 24). Madde-toplam korelasyon katsayısının negatif ve düşük olmaması gerekir (147). Madde-toplam korelasyon katsayısının, örneklem büyüklüğüne bağlı olarak değişebilmekle birlikte (*dört yüz ve daha fazla katılımcının bulunduğu büyük örneklerde*), “.20”nin altında (138), bazı araştırmacılara göre ise “.25”in altında olmaması gerekir (39, 148). Madde-toplam korelasyonunun düşük olması güvenilirliği düşürdüğü için, bu maddelerin ölçekten çıkarılması gerekir (147). Ancak, maddenin alfa değeri üzerindeki etkisi çok az

ise, çıkarma yerine maddede değişiklik yapılması daha doğru olur. Bu bilgiler ışığında, RHİÖ’ndeki bu üç madde ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısı çok fazla değişmediği için ve ölçeğin orijinal formatının değişmemesine özen gösterildiği için maddeler üzerinde değişikliğe gidilmemiştir.

RHİÖ için yapılan güvenilirlik incelemesi sonucunda, bu araştırma grubu için oldukça güvenilir bir ölçek olduğu, başka bir ifade ile verileri doğru topladığı saptanmıştır.

APHHTÖ’nin RHİÖ ile uyum geçerliğini incelemek için, *Pearson Correlation katsayısı* hesaplanmıştır (Tablo 25). Yapılan istatistiksel analizde, APHHTÖ toplam puanı ile RHİÖ “*genel*” puanı ($r = 0.438$, $p < 0.01$) arasında orta derecede ve negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

Y1 ve ark. tarafından geliştirilen Uyku Kalitesi Ölçeği (Sleep Quality Scale)’nin eşdeğer özellikte Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği ile eşzamanlı (concurrent) geçerlik analizi yapılmış ve güçlü bir korelasyon ($r = .72$) saptanmıştır (165).

Uyum geçerliği için, aynı kavramsal yapıyı ölçen ölçeklerde korelasyon katsayısının “.70- .80” gibi güçlü değerler olması gerekir. İlgili ölçeklerle yapılan karşılaştırmalarda ise, orta derecede ilişkiyi gösteren “.50- .70” büyüklüğündeki korelasyon katsayıları geçerlik kanıtı olarak değerlendirilir. İlgili ölçeklerle yapılan karşılaştırmalarda, belirsizliği ifade ettiği için, korelasyon katsayısının “.30”un altında olmaması gerekir (138). Bu bulgulara göre, APHHTÖ ile RHİÖ arasındaki uyum katsayısının .30’un üzerinde, ancak .50’nin de altında olduğu, dolayısı ile iki ölçek arasında kısmi bir uyum geçerliği olduğu saptanmıştır. Bu sonucun oluşmasında, iki

ölçeğin, gerek ölçek madde sayısı gerekse ölçtüğü nitelik ve geliştirildiği hedef kitle bakımından farklı olmasının başka bir ifade ile eşdeğer olmamasının ve örneklem sayısının (n=536) madde sayısına oranla çok büyük olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

4. **Yapı (Kavram) Geçerliliği;** APHHTÖ'nin hem ölçtüğü niteliklerin neler olduğunu, hem de ölçeğin uygulandığı kişilerin aldığı puanların ne anlama geldiğini araştırmak için ölçeğin yapı geçerliliği değerlendirilmiştir (50).

Veriler eşit aralıklı ölçek niteliğinde ve esas amaç ölçek geliştirmek olduğunda, ölçek maddelerinin hangi başlıklar altında gruplanabileceğini saptamak için “*keşfedici faktör analizi*” yöntemlerinden “**Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis)**” yöntemi kullanılır (138, 147). Faktör analizi sonucunda döndürülmüş ve döndürülmemiş olmak üzere iki tür faktör matrisi elde edilir ve yorumlar döndürülmüş faktör analizine dayandırılır. Faktörlerin birbirleriyle ilişkili olup olmamalarına göre “*dik açılı (Varimaks, Kuartimax ve Equamaks)*” ve “*eğik açılı (Direk Oblimin, Kuartimin ve Promaks)*” olmak üzere iki tür döndürme yöntemi uygulanır. Faktörlerin birbiri ile bağımsız olduğu düşünülüyorsa *dik açılı*, faktörlerin birbiri ile ilişkili olduğu varsayılıyorsa *eğik açılı* döndürme yöntemi kullanılır (138).

Bu bilgiler ışığında, APHHTÖ'nin yapı geçerliliği için, “*keşfedici faktör analizi*” yöntemlerinden “*temel bileşenler analizi (principal components analysis)*” kullanılmış ve birbirinden bağımsız birden fazla faktör (alt boyut) ortaya çıkarmak amacıyla dik açılı döndürme biçimlerinden biri olan “**Varimax Rotasyonu (döndürmesi)**” yapılmıştır.

APHHTÖ'nin faktör yapısı incelenmeden önce, örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi kullanılmıştır. Barlett testi sonucu 3562.840 değeri ve $p < .01$ düzeyi ile Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem değeri .87 olarak bulunmuştur.

Bilim adamları, örneklemin 100 kişiden daha az olmaması koşuluyla, KMO test sonucunun **“.50”**den büyük olması durumunda faktör analizi yapılabileceğini belirtmektedir (138). Bu bilgiye göre, bu çalışmada KMO testi, seçilen örneklem verilerinin faktör çıkarmak için uygun olduğunu göstermektedir.

Baker ve ark. (2005) tarafından yapılan Attitudes Towards Acute Mental Health Scale (ATAMHS)'nin geçerlik-güvenirlik çalışmasında da, örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla KMO testi kullanılmış ve .73 bulduktan sonra faktör analizi yapılmıştır (16).

Temel bileşenler analizinde, değişkenlerin yapısal özelliğini ortaya çıkarmak için, *“faktör veya bileşen sayısı (total variance explained tablosu)”* ve *“değişkenlerin faktör yükleri (component matrix tablosu)”* değerlendirilmiştir.

APHHTÖ'nin 25 maddeden oluşan şekli için yapılan faktör analizinde, ölçeğin yamaç-birikinti (scree plot) grafiği analizi sonrasında (Grafik 1), özdeğeri 1'i aşan 7 faktörde toplanabileceği görülmüştür (Tablo 26). Ancak, maddelerin tutarlı bir anlam oluşturacak şekilde dağılmaması ve her bir boyutun yüksek faktör yüküne sahip en az üç değişkenden oluşmaması sebebiyle, faktör çözümlemesi önce altılı, sonra beşli ve en son dördü olarak tekrar sınanmıştır. Altılı ve beşli olarak yapılan her iki çözümlemede, birer boyutun yüksek faktör yüküne sahip ikişer değişkenden oluştuğu (*en az üç değişkenden oluşmadığı*) görülmüştür.

Faktör yapılandırmada, her bir boyutun yüksek faktör yüküne sahip en az üç değişkene (madde) sahip olması gerekir. Faktörler, iki veya daha az değişken içermesi durumunda bilim adamı tarafından yorumlanmaya çalışılmamalıdır (138). Bu bilgi doğrultusunda, maddelerin toplandığı boyutlar ve faktör yüklerine en uygun çözümlenin dört faktörlü yapı olduğuna karar verilmiştir.

Katsuki ve ark. (2005) tarafından yapılan Hemşire Tutum Ölçeği (Nurse Attitude Scale (NAS))'nin geçerlik çalışmasında da, faktör analizi yöntemi kullanılmış ve ölçeğin scree plot grafiği analizi sonrasında, özdeğeri 1'i aşan üç veya dört faktörde toplanabileceği görülmüştür. Dört faktörlü çözümlemede, son faktörde, majör faktör yüküne sahip tek maddenin yer alması araştırmacılar tarafından yetersiz bulunmuş ve ölçeğin üç faktörlü çözümü seçilmiştir (83).

Eşiyok ve ark. (2007) tarafından yapılan Sürücü Öfke İfadesi Envanteri (SÖİE)'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında da, yapı geçerliliği için Varimax Rotasyonu kullanılarak Temel Bileşenler Analizi uygulanmış ve özdeğeri 1'in, faktör yükleri .30'un üzerinde olan 13 faktör bulunmuştur. Ancak, "scree test" analizi sonucunda ve yorumlanabilme durumlarına göre bunların 4 faktöre indirgenebileceği öngörülmüş ve yeni bir analiz ile veriler 4 faktörlü çözüme zorlanmıştır.

Baker ve ark. (2005) tarafından yapılan ölçek geliştirme çalışmasında da, "keşfedici faktör analizi" yöntemlerinden "Temel Bileşenler Analizi" kullanılmış ve Varimax rotasyonu uygulanmıştır. 37 maddeden oluşan ölçeğin ilk şekli için yapılan faktör analizinde, özdeğeri 1'i aşan, toplam varyansın % 62'sini açıklayan 11 faktör elde edilmiştir. Ancak "scree plot" analizi sonucunda ve yorumlanabilme durumlarına göre, toplam varyansın % 42'sini açıklayan 5 faktörlü yapının daha geçerli olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (16).

Needham ve ark. (2005) tarafından yapılan “Hasta Öfkесinin Bakım Üzerine Etkisi Ölçeği (The Impact of Patient Aggression on Carers Scale (IMPACS))”ni geliştirme çalışmasında da, Varimax rotasyonu uygulanarak faktör çözümlenmesi yapılmıştır. 13 maddelik ölçeğin faktör analizi sonucunda özdeğeri 1’i aşan dört faktör elde edilmiştir. Ancak ikinci faktör yorumlanamadığı için, bu faktördeki maddeler silinmiş ve araştırmacılar tarafından diğer faktörleri kapsayan üç faktörlü çözümlenme seçilmiştir (110).

Araştırmamıza benzer şekilde, tüm araştırma sonuçlarında faktör analizi çözümlenmeleri tekrarlı bir şekilde değerlendirilerek, araştırma kapsamına en uygun çözümlenme araştırmacılar tarafından seçilmiştir.

APHHTÖ’nin dört faktörlü yapısına göre, toplamda açıklanan %44’lük varyansın, %13’ü birinci faktör, %11’i ikinci faktör, %10’u üçüncü faktör ve %10’u dördüncü faktör tarafından açıklanmaktadır (Tablo 27).

Bir değişkenin bir faktör grubunda yer alabilmesi için faktör yükünün en az **“.40”**, bazı bilim adamlarına göre ise en az **“.30”** olması gerekmektedir. Şencan tarafından belirtildiğine göre, Kim-Yin (2004) ise, faktör yükü değerlerinin örneklem büyüklüğüyle ilişkili olduğunu belirtmiş: faktör yükü **“.30”** olan maddelerin ölçeğe alınması için örneklem büyüklüğünün en az 350, **“.40”** faktör yükü için 200, **“.50”** faktör yükü için 120, **“.60”** faktör yükü için 85, **“.70”** faktör yükü için 60 kişilik bir örneklemin yeterli olacağını ifade etmiştir (138). APHHTÖ’nin faktör yapılandırmasında, örneklem büyüklüğünün 536 olması sebebiyle, bir değişkenin bir faktör grubunda yer alabilmesi için faktör yükünün en az **“.30”** olmasına ve her bir boyutun en az üç değişkene (madde) sahip olmasına dikkat edilmiştir (Tablo 28).

Abderhalden ve ark. (2002) tarafından yapılan Öfke Algısı Ölçeği (Perception of Aggression Scale (POAS))’nin geçerlik çalışmasında da, faktör analizi uygulanmış ve faktör yükü en az .30 ve üzeri olan maddeler ölçeğe dahil edilmiştir (1).

Tablo 28 incelendiğinde, 13., 14., 15. ve 16. maddelerin çapraz yükleri olduğu görülmektedir. Faktör analizinde, bazen bir değişkenin birden fazla faktörde eşit veya benzer yük değerlerine sahip olması durumuna “*çapraz yükler*” denir. Birden fazla faktörde anlamlı çapraz yüklerle sahip değerleri değerlendirmenin bir yolu; “*Çapraz yüklerle sahip maddelerin ifadelendirme biçimini gözden geçirmek ve ifadeleri yüzey geçerliği dikkate alınarak, kendileri için en uygun olan faktörün altına yerleştirmektir*” (138). Bu bilgi dikkate alınarak, karşılaşılan çapraz yüklerle sahip maddeler, ifadelendirme yönünden gözden geçirilmiş ve ifadelerin yüzey geçerliği göz önünde bulundurularak, 13. maddenin ikinci, 14. ve 15. maddenin üçüncü ve 16. maddenin ikinci faktörde yer almasına karar verilmiştir. Böylece,

- * 21., 22., 23. ve 24. maddeler birinci faktörü,
- * 13., 16., 17., 18., 19., 26. ve 27. maddeler ikinci faktörü,
- * 14., 15., 25., 29., 30., 32., 33. ve 34. maddeler üçüncü faktörü
- * 1., 2., 3., 5., 6. ve 7. maddeler üçüncü faktörü oluşturmuştur.

Faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktör yüklerine bakılarak, faktörler altında toplanabilecek değişkenler belirlendikten sonra, her bir faktöre uygun isim (*etiket*) bulunmuştur. Buna göre, birinci faktörün “*sosyal mesafe*”, ikinci faktörün “*bakım vermede isteklilik*”, üçüncü faktörün “*güven*” ve dördüncü faktörün “*tehlikeli görme*” olarak etiketlendirilebileceğine karar verilmiştir.

4.3.1.2. APHHTÖ'nin Güvenirlik Değerlendirmesi

APHHTÖ'nin, hatalardan arınık olarak ölçme yapabildiğini, verileri doğru topladığını ve yinelenebilir bir ölçek olduğunu göstermek amacıyla güvenirligi incelenmiştir (6, 50).

Eğitimde ve psikolojide, test geliştirme aşamasında madde ve test (*güvenirlik*) istatistiklerini kestirirken “*Klasik Test Teorisi (KTT)*” ve “*Modern Test Teorisi (MTT)* (*Madde Tepki Teorisi veya Örtük Özellikler Teorisi*)” olmak üzere iki teoriden yararlanılmaktadır. Bu çalışmada, MTT'nin varsayımlarının yerine getirilememesi nedeniyle, APHHTÖ'nin güvenirlük incelemesi daha kolay ve yaygın uygulanan “*Klasik Test Teorisine*” göre yapılmıştır (80, 84). APHHTÖ'nin güvenirlük incelemesi için “*İç Tutarlılık Güvenirligi*” ve “*Test-Yeniden Test Güvenirligi*” yöntemleri kullanılmıştır (*Tablo 6, bkz Bölüm II s:96*).

1. İç Tutarlılık Güvenirligi; İç tutarlılık güvenirliginde, maddelerin belirli bir kavramsal yapıyı tutarlı bir şekilde ölçüp ölçmediği araştırılır. Maddeleri arasındaki iç tutarlılığı yüksek olan araçların güvenilir olduğu kabul edilir (138).

Cronbach Alpha; APHHTÖ'nin iç tutarlılık güvenirliginin sınamak için ilk önce 35 maddeden oluşan ilk hali için Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı (r) hesaplanmıştır. Yapılan güvenirlük analizleri sonucunda *Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği*'nin Cronbach alpha değeri .84 çıkmıştır.

APHHTÖ'nde, negatif işaretli ve madde-toplam puan korelasyon katsayısı .30'un altında olan on maddesi çıkarıldıktan sonra kalan 25 maddeden oluşan son hali için Cronbach alpha değeri tekrar hesaplanmıştır. Bundan sonra yapılan güvenirlik analizleri sonucunda *Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği*'nin Cronbach alpha değeri .86'ya yükselmiştir.

Bağ tarafından yapılan, Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ)'nin Türkçe uyarlaması çalışmasında da, ölçeğin orijinali 40 madde üzerinden yapılan güvenirlik analizinde Cronbach alpha değeri .23 bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlılığı saptanamayan 19 madde çıkarıldıktan sonra, anlamlı olan 21 madde ile tekrar yapılan güvenirlik analizinde Cronbach alpha değerinin .72'ye yükseldiği görülmüştür (14).

Henderson ve ark. (2007), ruh sağlığı problemi olan hastalara bakım veren acil hemşirelerinin algılarını belirleyen bir ölçekten modifiye ettikleri Nurses Self Report (NSR) soru formunun güvenirliğini incelemişlerdir. Yapılan analizler sonucunda Cronbach alpha değeri .85 bulmuş ve formun yüksek düzeyde güvenilir olduğuna karar verilmiştir (67).

Tosun ve Irak (2008), Üstbilgi Ölçeği (ÜBÖ)-30'un Türkçe uyarlamasını yapmış ve ölçeğin iç tutarlılığını belirlemede Cronbach alpha analizi kullanmıştır. Analiz sonucuna göre, ÜBÖ'nin Cronbach alpha güvenirlik katsayısı .86 bulunmuş ve ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (149).

Tunay ve Soygüt tarafından 380 üniversite öğrencisi ile yapılan Endişe Şiddeti Ölçeği'nin güvenirlik çalışmasında da, Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı .88 bulunmuş ve ölçek maddelerinin birbirlerine oldukça benzedikleri, ölçeğin güvenirliğinin kabul edilebilir düzeylerde olduğuna karar verilmiştir (152)

Çocuklardaki bilişsel çarpıtmaları belirlemeye yönelik geliştirilen, Çocukluktaki Olumsuz Düşünceleri Değerlendirme Ölçeği (ÇODDÖ)'nin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasında, Karakaya ve arkadaşları (2007) ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alpha değerini .82 bulmuş ve iç tutarlılık açısından kabul edilebilir düzeyde bir ölçüm aracı olduğu sonucuna ulaşmışlardır (81).

Yapılan güvenirlik analizleri sonucunda APHHTÖ'nin birinci (*sosyal mesafe*) alt boyutunun Cronbach alpha değeri .85, ikinci (*bakım vermede isteklilik*) alt boyutunun Cronbach alpha değeri .67, üçüncü (*güven*) alt boyutunun Cronbach alpha değeri .76 ve dördüncü (*tehlikeli görme*) alt boyutunun Cronbach alpha değeri .64 çıkmıştır.

Needham ve ark. (2005) tarafından geliştirilen The Impact of Patient Aggression on Carers Scale (IMPACS))'nin üç alt boyutuna ilişkin Cronbach alfa değerleri .78, .68 ve .60 bulunmuş ve ölçeğin güvenilir bir ölçek olduğu belirtilmiştir (110).

Ersoy ve Varan (2007) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği'nin alt ölçeklere ait Cronbach alfa değerleri .63 ile .87 arasında değişirken, tüm ölçek için Cronbach alfa değeri .93 olarak hesaplanmış ve ölçeğin yüksek düzeyde bir iç tutarlığa sahip olduğuna karar verilmiştir (48).

Yen (2008) tarafından yapılan, Gereksinimler Ölçeği [Scale of Needs (SON)]'nin Çince uyarlamasında ölçeğin üç alt boyutuna yönelik Cronbach alfa değerleri sırasıyla .92, .80 ve .70 bulunmuş ve ölçeğin oldukça güvenilir bir araç olduğu sonucuna ulaşılmıştır (162).

Yı ve ark. (2006) tarafından geliştirilen Uyku Kalitesi Ölçeği'nin bütününe ilişkin Cronbach alpha değeri .92 ve alt ölçeklere ait Cronbach alfa değerleri .61 ile .90 arasında bulunmuş ve ölçeğin güvenilir bir ölçek olduğu belirtilmiştir (165).

Soygüt ve Işıklı (2008)'nin, Terapötik İttifak Ölçeği'nin hem Hasta Formu hem de Terapist Formu için yaptığı güvenilirlik ve geçerlik çalışmasında da, ölçeğin güvenilirliği iç tutarlılık güvenilirliği ile değerlendirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda, ölçeğin Hasta Formu için hesaplanan iç tutarlılık cronbach alpha katsayısı .90 ve alt faktörler için .78, .81 ve .74 ve Terapist Formu için cronbach alpha katsayısı .96, alt faktörler için .83, .94 ve .87 olarak bulunmuş ve ölçeğin yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (136). Tüm araştırma sonuçlarındaki Cronbach alpha değerleri, araştırma bulgularımızdaki cronbach alpha değerleri ile benzerlik göstermektedir.

Cronbach alpha değeri, maddelerin birbiri ile tutarlı olup olmadığını ve maddelerin hipotetik bir değişkeni ölçüp ölçmediğini belirler (138). Şencan ve Tavşancıl tarafından belirtildiği üzere, Nunnally'e göre (1998), alpha güvenilirlik değeri .70'den büyük olmalıdır (115, 116, 139, 148). George ve Mallery'e (2003) göre ise, alpha değerinin (138) *80-.90 arasında* olması "*iyi*" .70-.80 arasında olması "*kabul edilebilir*" ve .60-.70 arasında olması "*kuşkulu*" olarak nitelendirilmektedir. Buna karşın ölçek geliştirmeye yönelik olarak yapılan pilot araştırmalar için alpha değerinin .60 olmasının yeterli olacağı belirtilmektedir (138) Bu bilgiye ve yapılan diğer araştırma sonuçlarındaki bulgulara göre, APHHTÖ'nin hem 35 maddeden oluşan ilk şeklinin, hem 25 maddeden oluşan son şeklinin hem de alt boyutlarının oldukça güvenilir olduğu görülmektedir. Başka bir anlatımla, ölçek maddelerinin birbiri ile tutarlı olduğu, ölçeğin yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğu belirlenmiştir.

Küme İçi Korelasyon Analizi (KİK); Bazı bilim adamları tarafından, normal korelasyon analizinin güvenilirliği değil, geçerliliği hesapladığı iddia edilir ve güvenilirliği hesaplamak için KİK yöntemine başvurmak gerektiği vurgulanır (138). Bu sebeple, APHHTÖ'nin iç tutarlılık güvenilirliğini sınamak için ikinci olarak KİK analizi yapılmıştır.

APHHTÖ'nin, istatistiksel olarak anlamlı olmak üzere, 35 maddeden oluşan şekli için KİK katsayısı .79 ve 25 maddeden oluşan son hali için tekrar hesaplanan KİK katsayısı .86 bulunmuştur (Tablo 29).

Hesaplanan KİK katsayısının $R > .75$ olması "*mükemmel*" olarak değerlendirilir (138). Bu bilgiye göre, APHHTÖ'nin hem 35 maddeden oluşan ilk şeklinin, hem de 25 maddeden oluşan son şeklinin oldukça güvenilir olduğu bulunmuştur.

APHHTÖ'nin 35 maddeden oluşan ilk şekli için hesaplanan cronbach alpha değeri (.84) ile KİK katsayısı (.79) farklı iken, 25 maddeden oluşan son şekli için her iki değer de aynı olduğu (.86) görülmektedir. Bu bulgu, ölçekten çıkarılan negatif işaretli on maddenin ölçeğin güvenilirliğini düşürdüğünü ve ölçekten çıkarılmasının haklılığını bir kez daha gösterir niteliktedir.

Korelasyon Analizi; APHHTÖ'nin iç tutarlılık güvenilirliğini sınamak için son olarak "*Maddeler Arası Korelasyon*" ve "*Madde-Toplam Puan Korelasyonu*" (Tablo 31, Tablo 32) analizleri yapılmıştır.

APHHTÖ'ni oluşturan maddelerin birbiri ile ve ölçeğin bütünü ile ne derece ilişkili olduğunu ortaya koyan maddeler arası ve madde-toplam korelasyonu Tablo 31'de gösterilmiştir.

Maddeler arası korelasyon analizi sonucunda, iki değişken arasındaki ilişki negatif değerli çıkmışsa, bu maddeler arasında ters bir ilişki olduğunu gösterir ve bu maddelerden biri veya duruma göre her ikisi de ölçekten çıkarılabilir. Bunun için her bir maddenin diğer maddelerle olan ilişkisine bakılarak karar verilir. Bu konuda diğer bir yöntem, maddelerin toplam puanla olan korelasyonuna ve alfa değeri üzerindeki etkisine bakmaktır (138). Madde-toplam korelasyon katsayısının negatif ve düşük olmaması gerekir (147). Madde-toplam puan korelasyon katsayısının **“.30”** un altında olması, bu maddelerde ciddi bir sorun olduğunu gösterir (138). Ayrıca, madde-toplam korelasyonunun düşük olması güvenilirliği düşürdüğü için, bu maddelerin ölçekten çıkarılması gerekir (147). Bu korelasyon katsayı sınırı örneklem büyüklüğüne bağlı olarak da değişebilmektedir; dört yüz ve daha fazla katılımcının bulunduğu büyük örneklerde **“.20”** gibi daha düşük bir korelasyon katsayısı da kabul edilebilirken (138, 147), bazı araştırmacılar bu katsayısının **“.25”**den büyük olmasını önermektedir (39, 148).

Bu bilgiye göre, maddeler arası korelasyon katsayısı negatif işaretili ve madde-toplam puan korelasyon katsayısı .30'un altında olan on maddenin (4., 8., 9., 10., 11., 12., 20., 28., 31. ve 35.) ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir (Tablo 31).

APHHTÖ'nden on madde çıkarıldıktan sonra, maddeler arası ve madde-toplam korelasyonu tekrar hesaplandığında, iki madde arasında ters ilişkiyi gösteren negatif bir değer bulunmadığı ve hiçbir maddenin madde-toplam puan korelasyon katsayısının .30'un altında olmadığı görülmüştür (Tablo 32). Ölçek maddelerinin tüm ölçek ile korelasyonları hesaplanmış ve korelasyon katsayıları .314 ile .632 arasında ve $\alpha=.001$ önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<.001$, Tablo 32).

Ölçekteki maddelerin aynı niteliği daha iyi bir şekilde ölçüp ölçmediği ve maddelerin kavramsal yapıya yaptıkları katkı konusunda fikir sahibi olabilmek için APHHTÖ'nin “*düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları (madde-kalan korelasyon katsayısı)*” hesaplanmıştır (139, 148). Bu korelasyon katsayısının da negatif olmaması ve “.20”den hatta “.25”den küçük olmaması gerekir (147). Şencan (2005)’a göre, bu katsayının “.30”un altında olmaması gerektiğini belirtir (138). Ayrıca, madde ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısı yükseliyorsa, o maddenin güvenilirliği azalttığına ve ölçekten çıkarılması gerektiğine karar verilir. Böylece ölçeğin homojenliği artırılmış ve dolayısıyla güvenilirliği yükseltilmiş olur (147).

Düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayısı .20'nin altında olan maddeler ayırtedicilik özelliği “*kötü*” olarak değerlendirilir ve bu maddeler ölçeğin güvenilirliğini düşürdüğünden nihai ölçeğe alınmamalıdır (138).

APHHTÖ maddeleri için düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları (*madde-kalan korelasyon katsayısı*) ve madde çıktıktan sonraki ölçek alfaları incelendiğinde, 4., 8., 9., 10., 11., 12., 20., 28., 31. ve 35. maddelerin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayılarının .25'in altında olduğu ve bu on maddenin teker teker ölçekten çıkarılması durumunda alfa katsayısında çok büyük değişimler olmadığı, on madde birlikte çıkarıldığında alfa katsayısında az da olsa artma olduğu görülmüştür. Ayrıca, ölçekle ölçülmek istenen durumu ölçmede, bu on maddenin ölçme gücü (*maddelerin ayırt edicilik güçleri*) incelenmiş ve bu maddelerin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayılarının .20'nin altında olduğu, başka bir ifade ile ayırtedicilik özelliğinin “*kötü*” olduğu belirlenmiştir (Tablo 33).

Maddeler arası korelasyon katsayısına göre çıkarılmasına karar verilen bu on maddenin, düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları da .25'in altında bulunmuş ve ayırtedicilik özelliklerinin “*kötü*” olduğu saptanmıştır (Tablo 33).

Özetle, APHHTÖ'nin madde analizi bulgularına göre, ölçek maddeleri ile ters (negatif) ilişki içerisinde olan bu on maddenin alfa değeri üzerindeki etkisi incelenmiş ve maddeler teker teker ölçekten çıkarılması durumunda alfa katsayısında çok büyük değişimler olmadığı, ancak bütünü (on madde) çıkarıldığında alfa katsayısında yükselme gözlenmiştir. Ayrıca düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayılarının .25'in altında olduğu ve ayırtedicilik özelliklerinin “*kötü*” olduğu saptanmıştır. Bu sebeplerden dolayı, ölçeğin güvenilirliğini düşüren bu on maddenin ölçekten çıkarılmasına karar verilmiş ve bundan sonra ölçeğin 25 maddeden oluşan bu son hali ile geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarına devam edilmiştir.

Bindak (2005) tarafından yapılan bir çalışmada da, 46 maddeden oluşan bir ölçekte madde ölçme gücü düşük olan 9 madde ölçekten çıkarıldığında ölçeğin iç tutarlılık katsayısında yükselme görülmüştür (26).

APHHTÖ'nin faktör analizi sonucunda elde edilen “*sosyal mesafe*” alt boyutunun puan ortalamasının 10.44 ± 3.25 , “*bakım vermede isteklilik*” alt boyutunun puan ortalamasının 22.46 ± 4.25 , “*güven*” alt boyutunun puan ortalamasının 20.56 ± 5.21 ve “*tehlikeli görme*” alt boyutunun puan ortalamasının 15.96 ± 3.52 olduğu saptanmıştır. APHHTÖ'nin toplam ölçek puan ortalaması ise 69.41 ± 12.42 bulunmuştur (Tablo 34).

APHHTÖ'nin, “*alt ölçek*” puanları ile “*toplam ölçek*” puanı arasındaki ilişkiyi incelendiğinde, toplam ölçek puanı ile güven alt ölçek puanı arasında yüksek düzeyde

ve olumlu yönde oldukça anlamlı ilişki olduğu ($p < 0.01$); toplam ölçek puanı ile bakım vermede isteklilik ($p < 0.01$), sosyal mesafe ($p < 0.01$) ve tehlikeli görme ($p < 0.01$) alt ölçek puanları arasında güçlü ve olumlu yönde oldukça anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. APHHTÖ'nin alt ölçek puanları arasında da orta ve düşük düzeyde ve olumlu yönde oldukça anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.01$) (Tablo 35). Bu bulgulara göre, ölçeğin birbiri ile olumlu yönde ilişkili alt ölçeklerden oluştuğu ve bunun ölçeğin güvenle kullanılabilirliği yönünden olumlu bir özellik olduğu ortaya çıkmaktadır.

2. Test-Tekrar Test (Ölçme-Tekrar Ölçme) Güvenirliği;

APHHTÖ'nin, uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücü incelenmiştir. Bunun için, APHHTÖ ilk uygulamadan dört hafta sonra araştırma evreninden tabaka ve sistematik örnekleme yöntemleriyle seçilen, % 88.2'si kadın ve % 11.8'i erkek ve yaş ortalamaları $X=34.37\pm 7.07$ olan, toplam "n=93" hemşireye tekrar uygulanmıştır.

Duvarcı ve Varan (2001) tarafından yapılan, South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT)'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışmasında da, SOKTT'nin güvenilirliği test-tekrar-test yöntemiyle değerlendirilmiş ve bu amaçla test ilk uygulamadan bir ay sonra ikinci kez uygulanmıştır (45).

Tunay ve Soygüt (2009) tarafından Endişe Şiddeti Ölçeği'nin Türk üniversite öğrencileri üzerinde yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasında da, ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği uygulamasında, ikinci uygulama ilk uygulamadan üç hafta sonra yapılmıştır (152).

Aydemir ve ark. (2007) tarafından geliştirilen “Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği”nin güvenilirlik çalışmasında da test-tekrar test güvenilirlik analizi uygulanmış ve ikinci uygulama ilk uygulamadan iki hafta sonra yapılmıştır (13).

Harris ve ark. (2007) tarafından Şizofreni Hastalarının Nöroleptik Tedaviyi Sürdürmelerine Yönelik Ruh Sağlığı Pratisyenlerinin Tutumlarının incelendiği bir çalışmada geliştirilen ölçeğin güvenilirliği için yapılan test-tekrar test uygulamasında da ikinci uygulama ilk uygulamadan 2 hafta sonra yapılmıştır (66).

Aksayan ve arkadaşları tarafından bir aracın zamana karşı değişmezliğini kestirmek için kullanılan test-tekrar test yönteminde, ölçümler arası en uzun aralığın “*dört-sekiz*” haftadan fazla olmaması önerilmektedir (5). Tavşancıl tarafından ise, iki ölçüm arasındaki sürenin, ölçülen özelliğe göre değişmekle birlikte, genellikle “*iki-üç*” ile “*dört-altı*” hafta arasında bir sürenin yeterli olabileceği ifade edilmektedir (147). Yapılan çalışmalardaki test-tekrar test güvenilirlik analizlerinde iki uygulama arasında geçen süre konusunda sabit bir zaman olmadığı, ancak literatürde belirtilen bu zaman aralığı içerisinde olduğu görülmektedir. Bu bilgilere göre, bu çalışmada test-tekrar test güvenilirliği için tercih edilen dört haftalık zaman aralığının bilimsel olarak da kabul edilebilir bir süre olduğu görülmektedir.

APHHTÖ'nin test-tekrar test güvenilirliği için, ilk olarak “*Paired Sample Test*” ile APHHTÖ'nin ön-test ile tekrar-test toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı araştırılmıştır. İkinci olarak, ön-test ile tekrar-test toplam puanları arasındaki korelasyona bakılarak, iki ölçüm arasındaki tutarlılığı belirlemek için “*kararlılık katsayısı*” hesaplanmıştır. Son olarak da, ölçeğin her bir

maddesinin, ön-test ile tekrar-test puanları arasındaki uyuşmayı belirlemek için “*Kappa Katsayıları*” hesaplanmıştır.

APHHTÖ'nin 35 maddeden oluşan ilk şekli için ön-test puan ortalaması $X = 104.12 \pm 14.41$ ve tekrar-test puan ortalaması $X = 103.91 \pm 15.28$ bulunurken (Tablo 36), 25 maddeden oluşan son şekli için ön-test puan ortalaması $X = 72.16 \pm 13.04$ ve tekrar-test puan ortalaması $X = 72.19 \pm 13.47$ bulunmuştur (Tablo 37). Ölçeğin her iki şekli için ön-test toplam puan ortalamaları ile tekrar-test toplam puan ortalamaları arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Aynı zamanda ölçeğin dört alt boyutuna ilişkin ön-test puan ortalamaları ile tekrar-test puan ortalamaları arasındaki farklar da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bu sonuç, hemşirelerin hem ön-testten hem de tekrar-testten aldıkları ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığını, dolayısı ile ölçeğin zamana göre değişmezlik gösterdiğini ifade etmektedir.

APHHTÖ'nin hem 35 maddeden oluşan ilk şekli için hem de 25 maddeden oluşan son şekli için ön-test ile tekrar-test sonuçları arasındaki tutarlılığı açıklayan kararlılık katsayısı (korelasyon katsayısı) .69 bulunmuştur ($p < .000$). Aynı zamanda “*sosyal mesafe*” alt ölçeği için kararlılık katsayısı .55, “*bakım vermede isteklilik*” alt ölçeği için .66, “*güven*” alt ölçeği için .63 ve “*tehlikeli görme*” alt ölçeği için .42 olarak hesaplanmıştır ($p < .000$).

Harris ve ark. (2007) tarafından iki hafta ara ile yapılan test-tekrar test güvenilirliğinde, ölçeğin tutum alt boyutuna ilişkin kararlılık katsayısı .75 ve algı alt boyutuna ilişkin kararlılık katsayısı .78 bulunmuştur (66).

Yı at all (2006) tarafından yapılan Uyku Kalitesi Ölçeği'nin güvenilirliği de test-tekrar test uygulaması ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin ön test ile iki hafta sonra yapılan tekrar test arasındaki tutarlılığı açıklayan kararlılık katsayıları .56 ile .74 arasında değişirken, bütüne ilişkin kararlılık katsayısı 81 bulunmuş ve aracın iyi bir istikrar gösterdiğine karar verilmiştir (164).

Şencan (2005) tarafından, test-yeniden test korelasyon katsayısının (*kararlılık katsayısı*) en az **“.80”** olması gerektiği belirtilirken, aynı zamanda bazı bilim adamları tarafından **“.70”** güvenilirlik katsayısının da yeterli bulunduğu ifade edilmektedir (138). Bu veriye göre, APHHTÖ'nin kararlılık katsayısının, istendik düzeyde olmasa da, kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilir. Bu sonucun oluşmasında, tekrar test uygulamasının dört haftadan daha kısa bir sürede yapılmamış olmasının ve bu uygulamanın kurumlara ikinci kez ulaşım zorluklarından dolayı, araştırmacı dışında kurumlarda çalışan eğitim hemşireleri tarafından yürütülmüş olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Şencan (2005) da, test-tekrar test yönteminde, uygulamalar arasında geçen sürenin uzunluğunun, test alan kişilerin değişme olasılığını arttırarak, güvenilirlik katsayısının düşmesine neden olacağını belirtmektedir (138). Nitekim, Baker ve ark. (2005) Akut Ruh Sağlığına Karşı Tutum Ölçeği [Attitudes Towards Acute Mental Health Scale (ATMHS)]'nin geliştirilmesi çalışmasında, test-tekrar test uygulaması yapmamışlardır. Tutumun statik ve yapılacak herhangi bir ölçümden etkilenebilme olasılığı olduğunu ve bu sebeple iki ölçüm arasındaki ideal zaman aralığının ne olduğu konusunda belirsizliğe bağlı test-tekrar test uygulamasını tercih etmediklerini belirtmişlerdir (16).

APHHTÖ'nin her bir maddesinin ön-test ile tekrar-test puanları arasındaki uyuşmayı incelemek için hesaplanan kapa katsayılarına bakıldığında; ölçekteki 1., 2., 3., 4., 7., 8., 9., 10., 11., 12., 14., 15., 17., 18., 19., 21., 22., 23., 24., 25., 27., 28., 29., 30., 31., 32., 33., 34. ve 35. maddelerin ön-test puanları ile son-test puanları arasında düşük bir uyuşma ve 5., 6., 13., 16., 20. ve 26. maddelerin ön-test puanları ile tekrar-test puanları arasında yetersiz bir uyuşma olduğu görülmektedir (Tablo 37) Kapa katsayısı -1 ile +1 arasında değişir. Kapa katsayısının .21-.40 arasında olması düşük uyuşmayı, < 20 olması yetersiz uyuşmayı gösterir (138).

Özetle, her ne kadar APHHTÖ'nin tek tek maddeler arası test-tekrar test güvenilirlik analizi sonuçları düşük bir uyuşma gösterse de, ölçeğin bütününe ilişkin ön-test tekrar-test ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunamamış ve kararlılık katsayısının kabul edilebilir düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu bulguların bütünü, APHHTÖ'nin zamana göre tutarlı olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, *Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği* maddelerinin ölçülmek istenen alanı temsil ettiği (*kapsam geçerliliği*), araştırılan yapıyı ölçtüğü (*yüzey geçerliliği*), RHİÖ ile arasında kısmi bir uyumu olduğu (*uyum geçerliliği*) ve faktör çözümlemesine göre dört alt boyuttan oluştuğu (*yapı geçerliliği*) saptanarak H1₁ hipotezi (*Hemşirelerin, adli psikiyatri hastasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla hazırlanan ölçek geçerli bir ölçektir*) doğrulanmıştır. Yine APHHTÖ maddeleri arasındaki iç tutarlılığın yüksek olduğu (*iç tutarlılık güvenilirliği*) ve zamana göre tutarlı bir ölçek olduğu (*test-tekrar test güvenilirliği*) saptanarak H2₁ hipotezi (*Hemşirelerin, adli psikiyatri hastasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla hazırlanan ölçek güvenilir bir ölçektir*) doğrulanmıştır.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

A- SONUÇ

Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde çalışan hemşirelerin, adli psikiyatri hastasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla bir ölçek geliştirmek ve geliştirilen ölçeğin kullanılabilirliğini (geçerlik ve güvenilirliğini) saptamak amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şöyledir:

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, % 78.5'i kadın olan hemşirelerin yaş ortalaması 34.19 ± 7.46 bulunmuştur. Hemşirelerin % 71.3'ü evli olduğunu ve % 74.3'ü en uzun süre şehirde yaşadığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin, % 33.8'inin İstanbul Bakırköy Ord.Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, %20.7'sinin Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde, %11.2'sinin Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde, %10.4'ünün Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde, %9.0'unun Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde, % 8.2'sinin İstanbul Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde, % 4.5'inin Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde ve %2.2'sinin Trabzon Çaykara Ataköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde görev yaptığı saptanmıştır.

Hemşirelerin mesleki özellikleri incelendiğinde, ; % 31.7'sinin Sağlık Meslek Lisesi, % 31.0'inin önlisans, % 24.1'inin lisans, % 1.1'inin lisansüstü mezunu olduğu; hemşire olarak toplam çalışma süreleri ortalaması 13.03 ± 8.62 ve halen buldukları kurumda çalışma süreleri ortalaması 6.45 ± 7.20 bulunmuştur. Hemşirelerin %78.9'u psikiyatri servisinde, % 9.7'si adli serviste, % 6.0'sı poliklinikte, % 3.9'u acil serviste ve %1.5'i idari birimde çalıştığını belirtmiştir.

Hemşirelerin halen buldukları kurumlarda göreve başlama şekilleri incelendiğinde; % 67.4'ü atama (tayin) ile, % 30.2'si kendi isteği ile göreve başladığını; % 64.6'sı kadrolu devlet memuru, % 34.1'i sözleşmeli devlet memuru olarak çalıştığını; % 79.5'i servis hemşiresi ve %12.9'u sorumlu hemşire olarak çalıştığını ve %75.0'i gece-gündüz (nöbet) olacak biçimde çalıştığını belirtmiştir.

Hemşirelerin % 64.7'si çalışma yaşamı boyunca bir şekilde adli psikiyatri hastası ile karşılaştığını ve ona bakım verdiğini ve bu hemşirelerin % 66.8'i bir yıldan daha kısa bir süre, % 25.4' ü 1-5 yıl , % 4.9'u da 6yıl ve daha fazla bir süredir adli psikiyatri hastasına bakım verdiğini belirtmiştir.

Hemşirelerin % 72.9'u adli psikiyatri hastası ile ilgili daha önceden bilgi aldığını ve bu hemşirelerin % 50.9'u adli psikiyatri hastaları konusundaki bilgilerini çalışma (mesai) arkadaşlarından, % 28.1'i hizmet içi eğitim programlarından, % 14.5'i öğrenimi sırasındaki derslerden, % 5.5'i deneyimlerinden, % 0.5'i radyo-tv-gazetelerden elde ettiğini belirtmiştir. Ancak, hemşirelerin, % 88.0'inin adli psikiyatri hastaları ile ilgili Türk Hukuk Sistemi'nde yer alan ilgili yasal düzenlemeleri bilmediği saptanmıştır.

Hemşirelerin % 71.4'ü adli psikiyatri biriminde hemşirenin çalışması gerektiğini, % 26.9'u çalışmaması gerektiğini düşünürken, %1.7'si de bu konudaki görüşünü belirtmemiştir.

Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği (APHHTÖ)'nin geliştirilme süreci niteliksel (kuramsal) ve niceliksel olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

Niteliksel (kuramsal) süreçte, bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde çalışan hemşirelerden “*odak grup görüşmesi*” ve “*kompozisyon formları*” ile elde edilen verilere, araştırmacı tarafından niteliksel olarak içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi sonucunda elde edilen tüm veriler ve literatürde psikiyatri alanında geliştirilen çeşitli tutum ölçeklerinin incelenmesi sonucunda oluşturulan madde havuzundaki ifadeler, araştırmacı tarafından değerlendirilerek, tutum ifadesi niteliği taşıyan cümlelere dönüştürülmüştür. Bundan sonra, 115 maddeden oluşan APHHTÖ aday formu geliştirilmiştir.

Niceliksel süreçte, elde edilen niteliksel veriler sayısal değerlere dönüştürülerek, geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır.

Ölçeğin *kapsam geçerliği* için, Lawshe tekniği kullanılmıştır. Lawshe tekniğine göre 115 maddelik aday ölçek formu 25 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşü vermeyi kabul eden 23 uzmanın 16'sından elde edilen değerlendirmeler araştırmacı tarafından incelenerek ölçek maddelerinin kapsam geçerlik oranları (KGO) hesaplanmıştır (Ek XI). KGO'ı $\alpha = 0.05$ düzeyinde anlamlı olan 31 maddenin nihai

forma alınması kararlaştırılmıştır. KGO'larının ortalamaları alınarak ölçek için *Kapsam Geçerlik İndeksi(KGI)* .69 bulunmuştur. Ölçeğin 31 maddeden oluşan ilk şekli için, $KGI \geq KGÖ$ ($0.69 > 0.49$) sağladığından kapsam (içerik) geçerliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Son olarak, uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda, araştırmacı tarafından ölçeğe dört madde (*Ek XIII'de 10., 11., 20. ve 24. maddelerin*) daha eklenmiştir. Böylece 35 maddeden oluşan ölçek, yine uzman önerileri doğrultusunda araştırmacı tarafından negatif ve pozitif maddeler eşit olacak şekilde düzenlenmiştir.

Ölçeğin 35 maddelik şekli, *yüzey geçerliliği* için ilk olarak uzman önerileri doğrultusunda araştırmacı tarafından anlaşılabilirlik ve ifade yönünden genel olarak değerlendirilerek tekrar düzenlenmiştir. İkinci olarak da, araştırma evreni dışında yer alan ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde çalışan 10 hemşire tarafından değerlendirilmiş ve araştırmacı tarafından ölçekteki herhangi bir madde de değişiklik yapılmasına gerek duyulmamıştır.

APHHTÖ'nin en son şekli araştırma evreninde yer alan 650 hemşireye uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından, ilk önce anketteki maddelerin % 85'ine tam olarak yanıt vermeyen 30 hemşirenin anketi, daha sonrada istatistik uzmanının önerisi ile ölçekteki en az bir maddeyi yanıtsız bırakan 84 hemşirenin anketi (toplam 114 anket) değerlendirme dışı bırakılarak, geçerlik ve güvenilirlik analizleri 536 anket üzerinden yapılmıştır.

APHHTÖ'nin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) ile *uyum geçerliliğine* bakılmıştır. RHİÖ ve alt ölçeklerinin iç tutarlılığı için hesaplanan *Cronbach Alpha değerleri* ve *Küme İçi Korelasyon (KİK) katsayıları* benzer bulunmuştur. Yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda, RHİÖ'nin “*Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma*” alt boyutunun Cronbach alpha değeri ve *KİK* katsayısı .84, “*Tehlikelilik*” alt boyutunun Cronbach alpha değeri ve *KİK* katsayısı .70, “*Utanma*” alt boyutunun Cronbach alpha değeri ve *KİK* katsayısı .55 ve ölçeğin bütününe ilişkin Cronbach alpha değeri ve *KİK* katsayısı .86 çıkmıştır.

APHHTÖ'nin RHİÖ ile olan *uyum geçerliliği* değeri .44 bulunmuş olup, APHHTÖ ile RHİÖ arasında orta derecede bir ilişki başka bir ifade ile kısmi bir uyum geçerliliği olduğu saptanmıştır ($0.30 < r < 0.50$).

APHHTÖ'nin *yapı geçerliği* için, “*keşfedici faktör analizi*” yöntemlerinden “*temel bileşenler analizi (principal components analysis)*” kullanılmıştır.

Örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi kullanılmış ve KMO örneklem değeri .87 olarak bulunmuştur ($p < 0.01$).

APHHTÖ için yapılan faktör analizi sonucunda, maddelerin toplandığı boyutlar ve faktör yüklerine en uygun çözümlenimin dört faktörlü yapı olduğuna karar verilmiştir. Toplamda açıklanan %44'lük varyansın, %13'ü birinci faktör, %11'i ikinci faktör, %10'u üçüncü faktör ve %10'u dördüncü faktör tarafından açıklanmaktadır. Her bir faktör altındaki maddeler içerik bakımından incelendiğinde, birinci faktörün “*sosyal mesafe*”, ikinci faktörün “*bakım vermede isteklilik*”, üçüncü faktörün “*güven*” ve

dördüncü faktörün “*tehlikeli görme*” olarak etiketlendirilebileceği görülmektedir. Buna göre;

- * “*Sosyal mesafe*” alt boyutunu, 21., 22., 23. ve 24. maddeler,
- * “*Bakım vermede isteklilik*” alt boyutunu 13., 16., 17., 18., 19., 26. ve 27. maddeler,
- * “*Güven*” alt boyutunu 14., 15., 25., 29., 30., 32., 33. ve 34. maddeler,
- * “*Tehlikeli görme*” alt boyutunu 1., 2., 3., 5., 6. ve 7. maddeler oluşturmuştur.

APHHTÖ'nin iç tutarlılık güvenilirliğini sınamak için, 35 maddeden oluşan ilk hali için iç tutarlılık katsayısı Cronbach alpha değeri .84, APHHTÖ'nde, negatif işaretli ve madde-toplam puan korelasyon katsayısı .30'un altında olan 4., 8., 9., 10., 11., 12., 20., 28., 31. ve 35. maddeler çıkarıldıktan sonraki 25 maddeden oluşan son hali için Cronbach alpha değeri .86 bulunmuştur.

APHHTÖ'nin iç tutarlılık güvenilirliğini sınamak için ikinci olarak hesaplanan küme içi korelasyon katsayısı da şöyle bulunmuştur: APHHTÖ'nin 35 maddeden oluşan ilk şekli için *KİK* katsayısı .79 ($F = 6.084$, $p < 0.01$), 25 maddeden oluşan son hali için *KİK* katsayısı .86 ($F = 6.298$, $p < 0.01$) bulunmuştur.

APHHTÖ'nin iç tutarlılık güvenilirliğini sınamak için son olarak “*Maddeler Arası Korelasyon*” ve “*Madde-Toplam Puan Korelasyonu*” analizleri yapılmıştır. Yapılan *Spearman Korelasyon Analizi* sonucunda, maddeler arası ters ilişkisi (negatif değerli) olan maddeler, diğer maddelerle olan ilişkileri ve toplam puanla olan korelasyonları incelendikten sonra, negatif işaretli ve madde-toplam puan korelasyon katsayısı .30'un altında olan 4., 8., 9., 10., 11., 12., 20., 28., 31. ve 35. maddelerin ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir.

APHHTÖ'nden on madde çıkarıldıktan sonra maddeler arası ve madde-toplam korelasyonu tekrar hesaplanmıştır. Maddelerin diğer maddelerle olan ilişkileri ve toplam puanla olan korelasyonları tekrar incelendiğinde, hiçbir maddenin negatif işaretli ve madde-toplam puan korelasyon katsayısının .30'un altında olmadığı görülmüştür. Böylece APHHTÖ'nin 25 maddeden oluşabileceğine karar verilmiştir.

APHHTÖ'nin, “*alt ölçek*” puanları ile “*toplam ölçek*” puanı arasındaki ilişki incelendiğinde, toplam ölçek puanı ile *güven alt ölçek* puanı arasında yüksek düzeyde ve olumlu yönde oldukça anlamlı ilişki olduğu, toplam ölçek puanı ile *bakım vermede isteklilik, sosyal mesafe ve tehlikeli görme* alt ölçek puanları arasında güçlü ve olumlu yönde oldukça anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

APHHTÖ'nin, uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücünü incelemek için *test-tekrar test güvenilirliğine* bakılmıştır. APHHTÖ'nin 35 maddeden oluşan ilk şekli için, ön-test puan ortalaması (104.12 ± 14.41) ile tekrar-test puan ortalaması (103.91 ± 15.28) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.169, p > 0.05$). APHHTÖ'nin 25 maddeden oluşan son şekli için, ön-test puan ortalaması (72.16 ± 13.04) ile tekrar-test puan ortalaması (72.19 ± 13.47) arasındaki fark yine istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.247, p > 0.05$).

APHHTÖ'nin hem 35 maddeden oluşan ilk şekli için hem de 25 maddeden oluşan son şekli için, ön-test ile tekrar-test sonuçları arasındaki tutarlılığını açıklayan kararlılık katsayısı .69 bulunmuştur ($p < .000$).

Bu bulgulara göre, APHHTÖ'nin iki ölçüm sonucu arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı ve her iki ölçüm arasında % 69'luk bir uyuma olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda ölçeğin zamana göre tutarlı sonuçlar verebildiği başka bir ifade ile güvenilir olduğu görülmektedir.

APHHTÖ'nin “*sosyal mesafe*” alt boyutunun puan ortalaması 10.44 ± 3.25 , “*bakım vermede isteklilik*” alt boyutunun puan ortalaması 22.46 ± 4.25 , “*güven*” alt boyutunun puan ortalaması 20.56 ± 5.21 , “*tehlikeli görme*” alt boyutunun puan ortalaması 15.96 ± 3.52 ve ölçek bütününe ilişkin puan ortalaması 69.41 ± 12.42 'dir.

Bu veriler doğrultusunda, *Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği*

- ✓ Maddelerinin ölçülmek istenen alanı temsil ettiği (*kapsam geçerliliği*),
- ✓ Araştırılan yapıyı ölçtüğü (*yüzey geçerliliği*),
- ✓ RHİÖ ile arasında kısmi bir uyumu olduğu (*uyum geçerliliği*)
- ✓ Faktör çözümlemesine göre dört alt boyuttan oluştuğu (*yapı geçerliliği*)
- ✓ Maddeleri arasındaki iç tutarlılığın yüksek olduğu (*iç tutarlılık güvenilirliği*)
- ✓ Zamana göre tutarlı bir ölçek olduğu (*test-tekrar test güvenilirliği*)

saptanarak, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

Son olarak, APHHTÖ 25 maddeden ve dört alt boyuttan oluşmaktadır (*Ek XXIII*).

- * 14., 15., 16. ve 17. maddeler “*sosyal mesafe*” alt boyutunu,
- * 7., 10., 11., 12., 13., 19. ve 20. maddeler “*bakım vermede isteklilik*” alt boyutunu,
- * 8., 9., 18., 21., 22., 23., 24. ve 25. maddeler “*güven*” alt boyutunu,
- * 1., 2., 3., 4., 5. ve 6. maddeler “*tehlikeli görme*” alt boyutunu oluşturmaktadır.

Ölçekteki maddelerin her biri “*Kesinlikle Katılmıyorum*”, “*Katılmıyorum*”, “*Kararsızım*”, “*Katılıyorum*” ve “*Tamamen Katılıyorum*” olacak biçimde 5’li Likert şeklinde düzenlenmiştir. Ölçekteki pozitif maddelere (3, 4, 7, 10, 14, 15, 16, 17, 20. maddeler) “*Kesinlikle Katılmıyorum*” 1 puan, “*Katılmıyorum*” 2 puan, “*Kararsızım*”, 3 puan “*Katılıyorum*” 4 puan ve “*Tamamen Katılıyorum*” 5 puan verilerek, negatif maddeler (1, 2, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25. maddeler) ise tam tersi (“*Kesinlikle Katılmıyorum* (5)”dan “*Tamamen Katılıyorum* (1)”a doğru) olacak biçimde puanlanarak sayısal değerlere dönüştürülmektedir. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan “125”, en düşük puan “25”dir. Ölçek alt boyutlarından “*Sosyal mesafe*” alt ölçeği için elde edilecek en yüksek puan “20 en düşük puan “4” dür. “*Bakım vermede isteklilik*” alt ölçeği için elde edilecek en yüksek puan ise “35, en düşük puan “7” dir. “*Güven*” alt ölçeği için elde edilecek en yüksek puan “40 en düşük puan “8” dir. “*Tehlikeli görme*” alt ölçeği için elde edilecek en yüksek puan “30 en düşük puan “6”dir. Yüksek puan adli psikiyatri hastasına yönelik olumlu tutumu göstermektedir.

B- ÖNERİLER

Ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde çalışan hemşirelerin, adli psikiyatri hastasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, hazırlanan *Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği*'nin geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre; bu ölçeğin;

- ✓ Hemşirelerin, bundan sonra yapılacak olan, adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını belirlemeye yönelik çalışmalarda kullanılabilceği,
- ✓ Çeşitli klinik ortamlarda çalışan hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını belirlemede kullanılabilceği,
- ✓ Konu ile ilgili planlanacak araştırmalarda kullanılabilceği ve
- ✓ Adli psikiyatri hastasına bakım veren diğer sağlık çalışanlarının tutumlarını belirlemede kullanılabilceği (*geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sonrasında*)
- ✓ Geçerlik güvenilirlik çalışmaları ile uyarlama sağlandıktan sonra, diğer kültürlerde de kullanılabilceği önerilir.

ÖZET

Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Geliştirme

Araştırma, hemşirelerin, adli psikiyatri hastasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla bir ölçek geliştirmek ve geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini saptamak amacıyla, metodolojik tipte planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırmanın evrenini, Türkiye’de yer alan Sağlık Bakanlığı’na bağlı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastalıkları Hastaneleri’nde çalışan tüm hemşireler (N=910) oluşturmaktadır. Evrenin tümü araştırmaya dahil edilip, örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırma katılmayı kabul eden 650 hemşire ile yürütülmüştür. Veri analizinde, ölçeğin %85’i doldurulmayan 30 anket ve ölçekteki en az bir maddenin yanıtı bırakıldığı 84 anket geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesi dışında bırakılarak, verilerin değerlendirilmesi toplam 536 anket üzerinden yapılmıştır.

Araştırmada, *Tanıtıcı Bilgi Formu*, *Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)* ve *Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği (APHHTÖ)* kullanılmıştır.

APHHTÖ niteliksel (kuramsal) ve niceliksel olmak üzere iki süreçte geliştirilmiştir. Kuramsal süreçte “*odak grup görüşmesi*” ve “*kompozisyon formları*”

ve literatürde psikiyatri alanında geliştirilmiş çeşitli tutum ölçekleri kullanılmıştır. Elde edilen verilerin niteliksel analizi sonrasında 115 maddeden oluşan APHHTÖ aday formu geliştirilmiştir. Niceliksel süreçte, kapsam geçerliliği için Lawshe tekniği kullanılmış ve yapılan uzman değerlendirmesi sonrasında 35 maddelik ilk form oluşturulmuştur. Bu formun tüm evrene uygulanmasından sonra yapılan geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmeleri sonucunda 10 maddesi çıkarılarak, APHHTÖ'nin 25 maddeden oluşmasına karar verilmiştir.

APHHTÖ'in geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında kapsam geçerlik indeksi (KGI) .69, RHIÖ ile olan *uyum geçerliliği* .44, iç tutarlılığı belirleyen *Cronbach Alpha katsayısı* .86 ve *küme içi korelasyon katsayısı* .86, ön-test ile son-test arasındaki tutarlılığı belirleyen *kararlılık katsayısı* .69 bulunmuştur. Ön-test puan ortalamaları ile son-test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmamıştır ($t=0.247$, $p>0.05$). Yapılan faktör analizi doğrultusunda APHHTÖ'nin, “*sosyal mesafe* (21, 22, 23, 24. maddeler)”, “*bakım vermede isteklilik* (13, 16, 17, 18, 19, 26, 27. maddeler)”, “*güven* (14, 15, 25, 29, 30, 32, 33, 34. maddeler)” ve “*tehlikeli görme* (1, 2, 3, 5, 6, 7. maddeler)” olmak üzere dört alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır.

Ölçekteki pozitif maddelerin her biri “*Kesinlikle Katılmıyorum* (1)’dan, “*Tamamen Katılıyorum* (5)”a doğru, negatif maddeler ise tam tersi olacak biçimde 5’li likert şeklinde düzenlenmiştir. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan “125”, en düşük puan “25”dir. Yüksek puan adli psikiyatri hastasına yönelik olumlu tutumu göstermektedir.

Bu veriler doğrultusunda, *Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği*’nin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

SUMMARY

Development of Nurse's Attitude Towards Forensic Psychiatric Patients Scale

The research was planned and applied in a methodological type in order to develop a scale for the purpose of determining the nurses' attitudes related to forensic psychiatry patients and to determine the availability and reliability of the scale developed.

The scope of the study consists of all the nurses (N=910) working for Psychiatric Hospitals subordinate to Ministry of Health in Turkey. All the scope was included into the research and sample choosing was not done. The research was carried out with 650 nurses accepted to participate the research. In data analysis, evaluation of the data was carried out over 536 questionnaires in total by leaving 30 questionnaires in which the 85% of the scale was not filled in and 84 questionnaires in which at least one item was left unanswered out of the evaluation of availability and reliability.

In the research, *Information Form*, *Belief Towards Mental Illness Scale (BMIS)* and *Nurse's Attitude Towards Forensic Psychiatric Patients Scale (NAFPSS)* were used.

NAFPSS was developed in two processes as theoretical (qualitative) and experimental (quantitative). In theoretical process, "*focus group discussion*" and "*composition forms*" and various attitude scales developed in psychiatry field in literature were used. NAFPPS applicant form composed of 115 items was developed after the qualitative analysis of the data acquired. In experimental process, Lawshe's technique was used for content validity and the first form with 35 items was built up

after the expert appraisal. By taking out 10 items in consequence of the validity and reliability evaluations done after the application of the form to all scope, it was determined that NAFPPS would consist of 25 items.

In the study of NAFPPS validity and reliability, content validity index (CVI) was found .69, *concurrent validity* with BMI was found as .44, *Cronbach Alpha coefficient* determining the internal consistency was found as .86 and *cluster correlation coefficient* was found as .86, ön-test ile son-test arasındaki tutarlılığı belirleyen *stability factor* determining the consistency between pre-test and post-test was found as .69. The difference between pre-test point averages and post-test point averages was not found also statistically meaningful ($t=0.247$, $p>0.05$). It was determined that NAFPPS consisted of four lower dimensions, such as “*social distance*”, “*willingness to give care*”, “*confidence*” and “*dangerous vision*” in accordance with the factor analysis that was made.

Each of the positive items in the scale was designed as from “*Strongly Disagree* (1), to “*Strongly Agree* (5)”, negative items were designed as 5 likert type being exact opposite. The highest point that can be acquired from the scale is “125”, the lowest point is “25”. High point shows the positive attitude towards the forensic psychiatry patient.

In the direction of these data, it was determined that *Nurse’s Attitude Towards Forensic Psychiatric Patients Scale* was a valid and reliable scale.

KAYNAKLAR

1. Abderhalden, C., Needham, I., Friedli, TK., Poelmans, J., Dassen, T. (2002). Perception of Aggression Among Psychiatric Nurses in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (412): 110-117.
2. Adana Dr. Ekrem Tok Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (ARSH), <http://www.arsh.gov.tr/ana.html>, ET. 20.03.2009.
3. Akgül, A. (1997). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri, Yükseköğretim Kurulu Matbaası, Ankara, 440-446.
4. Aksakoğlu, G. (2006). Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme, İkinci Basım, Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Basımevi, İzmir, 84-100.
5. Aksayan, S., Bahar, Z., Bayık, A. ve ark. (2002). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Ed: Erefe, İ., Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği, 1. Baskı, Odak Ofset, İstanbul, 169-187.
6. Aksayan, S., Gözüm, S. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması, *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4 (1): 9-14.
7. Altındağ, A., Yanık, M., Uçok, A., Alptekin, K., Ozkan, M. (2006). Effects of an Antistigma Program on Medical Students' Attitudes Towards People With Schizophrenia, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60: 283-288.
8. Altman, D.G. (1991). Practical statistics for medical research, London, Chapman and Hall.
9. Ançel, G. (2005). Adli Psikiyatri Hemşireliği. *Adli Psikiyatri Dergisi (Turkish Journal of Forensic Psychiatry)*, 2(4): 29-34.

10. Angermeyer, MC., Matschinger, H. (2003). The Stigma of Mental İllness: Effects of Labelling on Public Attitudes Towards People With Mental Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , 108 (4): 304-309.
11. Arıkan, K., Akman, B. (2002). Akıl Hastası Karşısında Kullanılan Savunma Mekanizmaları ve Stigmatizasyon. 9. *Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi*, 11-14 Haziran, Malatya, s: 212-217.
12. Arkar, H., Eker, D. (1994). Effect of Psychiatric Labels on Attitudes Toward Mentall İllness in a Turkish Sample., *International Journal of Social Psychiatry*, 40 (3): 205-213.
13. Aydemir, Ö., Eren, İ., Savaş, H., Kalkan-Oğuzhanoglu, N., Koçal, N. ve ark. (2007). Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (4): 344-352.
14. Bağ, B., Ekinci, M. (2005). Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, www.e-sosder.com, 3 (11): 107-127.
15. Bahar, A. (2007). Şizofreni ve Damgalama, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (4): 101-110.
16. Baker JA., Richards DA., Campbell M. (2005). Nursing Attitudes Towards Acute Mental Health Care: Development of A Measurement Tool. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (5): 522-529.
17. Balcıoğlu İ., Demirel ÖF. (2009). Cinsel Suçlardan Doğan Adli Psikiyatrik Değerlendirmeler. 16. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Kongre Kitabı, 01-04 Temmuz 2009, Safranbolu-Karabük, 300-306.

18. Baysal, A.C. (1981), Sosyal ve Örgütsel Psikolojide Tutumlar, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, İstanbul, 14-18.
19. Baysal, A.C., Tekarslan E. (1996). Davranış Bilimleri, 2. Baskı, Avcıol Basım-Yayın, İstanbul, 254.
20. Baysan-Arabacı, L. (2008). Adli Psikiyatri Hastalarının Bakımında Hemşirenin Rolü, *Adli Psikiyatri Dergisi (Turkish Journal of Forensic Psychiatry)*, 5(1): 25-30.
21. Bernstein, B.L., Lecomte, C. (1982). Therapist Expectancies, Client Gender and Therapist Gender, Profession and Level of Training, *Journal of Clinical Psychology*, 38(4): 744-754.
22. Biçer, Ü., Hancı, H. (2007). Adli Psikiyatri, <http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/8.html> ET: 08.07.2007.
23. Bilge, A., Çam, O. (2008). Validity and Reliability of Beliefs Toward Mental İllness Scale. *Anadolu Psikiyatri Dergisi (Anatolian Journal of Psychiatry)*, 9(2): 91-96.
24. Bilgin, N. (1995). Sosyal Psikolojiye Giriş, İzmir Kitaplığı Basım Yayın Dağıtım Ltd.Şti., 3.Basım, İzmir, s: 242-252
25. Bilgin, N. (1999). Sosyal Psikolojide Yöntem ve Pratik Çalışmalar, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, s: 127-142.
26. Bindak, R. (2005). Tutum Ölçeklerinde Madde Seçmede Kullanılan Tekniklerin Karşılaştırılması. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 6 (10): 17-26.
27. Bowring-Lossock, E. (2006). The Forensic Mental Health Nurse-A Literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13 (6): 780-785.

28. Burnard, P., Morrison, P., Phillips, C. (1999). Job Satisfaction Amongst Nurses in an Interim Secure Forensic Unit Wales. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*. 8 (1): 9-18.
29. Chaloner, C. (2000). "Characteristics Skills, Knowledge and Inquiry." Forensic Mental Health Nursing Current Approaches, Ed:Chaloner C., Coffey M., Chapter 1, First Edition, Blackwell Science Ltd., United Kingdom, 1-20.
30. Chung, K.F., Chen, E.Y., Liu, C.S. (2001). University Students' Attitudes Towards Mental Patients and Psychiatric Treatment. *International Journal of Social Psychiatry*, 47 (2): 63-72.
31. Coffey, M. (1999). Stress and Burnout in Forensic Community Mental Health Nurses: An Investigation of Its Causes and Effects. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6 (5): 433-443.
32. Coram, J. (2004). "Forensic Psychiatric Nursing", Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing, Ed: Kneisl, C.R., Wilson, H.S., Trigoboff, E., Chapter 35, First Edition, Pearson Prentice Hall, New Jersey, 819-834.
33. Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I., Rowlands, O.J. (2000). Stigmatisation of People With Mental Illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177 (1): 4-7
34. Cüceloğlu, D. (1991). İnsan ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramları. Remzi Kitabevi, İstanbul, s: 521-525.
35. Çam, O. (2001). Türkiye'de Psikiyatri Hemşireleri. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul.
36. Çam, O., Baysan-Arabacı L. (2009). Psikiyatri Hemşireliğini Algılama Ölçeğinin Geliştirilmesi" *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (4):

37. Çam, O., Bilge, A. (2007). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar ve Tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi (Anatolian Journal of Psychiatry)*, 8: 215-223.
38. Çam, O., Pektaş, İ., Bilge, A. (2007). Ebe Hemşirelerin Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Tutumlarına Ruh Sağlığı Eğitiminin Etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 23 (1): 51-66.
39. Çimen, S., Bahar, Z., Öztürk, C. ve ark. (2005). AIDS Tutum Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi*, 1 (1): 1-12.
40. Daffern, M., Mayer, M., Martin, T. (2006). Staff Gender Ratio and Aggression in a Forensic Psychiatric Hospital, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15: 93-99.
41. Debus, M. (2003). Odak Grup Araştırmalarında Mükemmellik İçin El Kitabı. (Çev: Harmancı H.). Marmara Sağlık Eğitim Araştırma Vakfı, Kurtiş Matbaacılık, İstanbul.
42. Demirbaş, H., Özdemir, Ç., Hancı H., Balseven, A. (2004). Cezaevi Hekimlerinde Tükenmişliğin İncelenmesi. *Adli Psikiyatri Dergisi (Turkish Journal of Forensic Psychiatry)*, 1 (2): 45-49.
43. Deveci, A. (2004). Hekimlerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları. *Psikoloji ve Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12 (Ek 3): 77-81.
44. Devlet İstatistik Enstitüsü, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1, ET: 25.04.2009.
45. Duvarcı, İ., Varan, A. (2001). South Oaks Kumar Tarama Testi Türkçe Formu Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (1): 34-45.

46. Eker, D., Arkar, H. (1991). Experienced Turkish Nurses' Attitudes Towards Mental Illness and The Predictor Variables of Their Attitudes. *International Journal of Social Psychiatry*, 37 (3), p: 214-222.
47. Erden, M. (1993), Eğitim Program Değerlendirme, PEGEM-Personel Eğitim Merkezi Yayınları, Ankara.
48. Ersoy M.A., Varan, A. (2007). Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (2): 163-171.
49. Erdoğan, İ. (1999), İşletmelerde Davranış, 10. Baskı, Evrim Basımevi, İstanbul, 366.
50. Erkuş, A. (2003), Psikometri Üzerine Yazılar, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1. Basım, Ankara, 34-158.
51. Eşiyok, B., Hancı, İ.H., Özdemir Ç., Yelken N., Zeyfeoğlu Y. (2004). Adli Hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 13 (5): 169-171.
52. Eşiyok, B., Yasak Y., Korkusuz İ. (2007). Tarfikte Öfke İfadesi: Sürücü Öfke İfadesi Envanteri'nin Geçerlik ve Güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (3): 231-243.
53. Eşiyok, B., Yelken, N., Hancı, İ.H. (2004), Adli Hemşirelik ve Türkiye'deki Durumu, *Adli Psikiyatri Dergisi (Turkish Journal of Forensic Psychiatry)*, 1 (3): 3-5.
54. Ewers, P., Bradshaw, T., McGovern, J. (2002). Does Training in Psychosocial Interventions Reduce Burnout Rates in Forensic Nurses? *Journal of Advanced Nursing*, 37 (5): 470-476.

55. Fazio, R., Zanna, M. (1981). Direct Experience and Attitude-Behaviour Consistency, Ed: Berkowitz, L., *Advances in Experimental Social Psychology*, Academic Press, 51-57.
56. Fidaner, H. (1997). Adli Psikiyatri, Ed: Güleç, C., Köroğlu, E. *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt 1, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1291-1301.
57. Foster, J.H., Onyeukwu, C. (2003). The Attitudes Forensic Nurses to Substance Using Service Users. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10 (5): 578-584.
58. Freedman, J.L., Sears, D.O., Carlsmith, J.M. (2003). Sosyal Psikoloji (Çev: Dönmez, A.) 4. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara, 337-363.
59. Gukhool, D. (2001). Forensic Nursing and Multidisciplinary Care of the Mentally Disordered Offender, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8 (4), 376-377.
60. Gürlek-Yüksel, E., Taşkın, E.O. (2005). Türkiye’de Hekimler ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6 (2): 113-121.
61. Hambleton, R.K., Jones, R.W. (1993). Comparison of Classical Test Theory And İtem Response Theory And Their Applications to Test Development, *Educational Measurement: Issues and Practice*. 12(3), 38-47.
62. Hancı, H.İ. (2004). Adli Hemşirelik Birimleri, http://www.medicine.ankara.edu.tr/internal_medical/forensic_medicine/tk34.html, ET: 08.07.2007.
63. Hancı, H.İ. (2003). Hukuki Ehliyet. http://www.medicine.ankara.edu.tr/internal_medical/forensic_medicine/tk21.html, ET: 01.08.2009.

64. Hancı, İ.H. (2002). Adli Psikiyatri ve Ceza Sorumluluğu, *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 10 (Ek 2): 19-24.
65. Happell, B., Martin, T., Pinikahana, J. (2003). Burnout and Job Satisfaction: A Comparative Study of Psychiatric Nurses From Forensic and a Mainstream Mental Health Service, *International Journal of Mental Health Nursing*, 12 (1): 39-47.
66. Haris, N., Lovell, K., Day, J.C. (2007). Mental Health Practitioner's Attitude Towards Maintenance Neuroleptic Treatment For People With Schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14: 113-119.
67. Henderson, S., Happell, B., Martin, T. (2007). Impact of Theory and Clinical Placement on Undergraduate Students' Mental Health Nursing Knowledge, Skills and Attitudes. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16 (2): 116-125.
68. Hirai, M., Clum, G.A. (2000). Development Reliability And Validity of The Beliefs Toward Mental İllness Scale, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assesment*, 22 (3): 221-236.
69. Hogg, M.A., Vaughan G.M. (2007a). Tutumlar. Sosyal Psikoloji Kitabı (Çev:Yıldız, İ., Gelmez, A.) Bölüm 5, 1. Baskı, Sözkese Matbaası, Ankara, s: 173-222.
70. Hogg, M.A., Vaughan G.M. (2007b). İkna ve Tutum Değişimi. Sosyal Psikoloji Kitabı (Çev:Yıldız, İ., Gelmez, A.) Bölüm 6, 1. Baskı, Sözkese Matbaası, Ankara, s: 223-266.
71. Holmes, D. (2005). Governing The Captives: Forensic Psychiatric Nursing in Corrections. *Perspectives in Psychiatric Care*. 41 (1): 3-13.

72. Horner-Johnson, W., Keys, C., Henry, D., Yamaki, K., Oi, F. at al. (2002). Attitudes of Japanese Students Toward People With Intellectual Disability, *Journal of Intellectual Disability Research*, 46 (5): 365-378.
73. Hovardaoğlu, S. (2000). Davranış Bilimleri İçin Araştırma Teknikleri, Ve-Ga Yayınları, Ankara.
74. İnceoğlu, M. (1993). Tutum Algı İletişim, Verso Yayıncılık, Ankara, 18.
75. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, <http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/rh/dal.asp>, ET. 20.03.2009.
76. Jones, J., Janman, K., Payne, R., Rick, J. (1987). Same Determinant of Stress in Psychiatric Nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 24 (2): 129-144.
77. Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacom, P.A., Christensen, H., Henderson, S. (1999). Attitudes Toward People With A Mental Disorder: A Survey of Australian Public and Health Professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(1): 77-83.
78. Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Rodgers, B., Pollitt, P., Christensen H., Henderson, S. (1997). Belief About The Helpfulness of Interventions For Mental Disorders: A Comparison of General Practitioners, Psychiatrists and Clinical Psychologists. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(6): 844-851.
79. Kağıtçıbaşı, Ç. (1999). Yeni İnsan ve İnsanlar, Sosyal Psikoloji Dizisi:1, 10. Baskı, Evrim Basım-Yayım ve Dağıtım Yayıncılık, İstanbul, 104.
80. Kan, A. (2006). Klasik Test Teorisine ve Örtük Özellikler Teorisine Göre Kestirilen Madde Parametrelerinin Karşılaştırılması Üzerine Ampirik Bir Çalışma. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(2): 227-235.

81. Karakaya, I., Coşkun, A., Ağaoğlu, B. ve ark. (2007). Çocukluktaki Olumsuz Düşünceleri Değerlendirme Ölçeği Geçerlik-Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (2): 155-162.
82. Karasar, N. (1995). Bilimsel Araştırma Yöntemi, 7. Basım, Sim Matbaası, Ankara.
83. Katsuki, F., Goto, M., Someya, T. (2005). A Study of Emotional Attitude of Psychiatric Nurses: Reliability and Validity of The Nurse Attitude Scale, *International Journal of Mental Health Nursing*, 14 (4): 265-270.
84. Kelecioğlu, H. (2001). Örtük Özellikler Teorisindeki “b” ve “a” Parametreleri İle Klasik Test Teorisindeki “p” ve “r” İstatistikleri Arasındaki İlişki, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20: 104-110.
85. Kırcaali-İftar, G. (1999). Ölçme, Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Ed: Bir, A.A., Anadolu Üniversitesi Yayınları, 11-22.
86. Kızılcılık, S., Erjen, Y. (1992). Açıklamalı Sosyoloji Sözlüğü, Saray Yayınları, Ankara, 443.
87. Kinsella, C., Chaloner, C. (1995). Attitude to Treatment and Direction of Interest of Forensic Mental Health Nurses: A Comparison With Nurses Working in Other Specialties. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2 (6): 351-357.
88. Koller, K., Hantikainen, V. (2002). Privacy of patients in the forensic department of a psychiatric clinic: A phenomenological study. *Nursing Ethics*, 9 (4): 347-360.
89. Kutlu Y., Bilgin H.(1999). Hemşirenin Savunucu Rolü İle İlgili Bir Kavram: Adli Psikiyatri Hemşireliği, *Hemşirelik Bülteni*, Cilt XI, Sayı: 43-44, 277-281.
90. Küey, L., Akasakoğlu, G., Amato, Z. (1989). Affektif Bozukluklara İlişkin Tutumlar, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 4(2): 68-77.

91. Laben, J.K., Blum, J. (1997). Persons With Mental Illness in Jail, Ed: Worley, K.N., *Mental Health Nursing in the Community*, Chapter 26, Mosby Company, St. Louis, 368-384.
92. Lawshe, C. H. (1975). A Quantitative Approach to Content Validity, *Personnel Psychology*, 28: 563–575.
93. Lyons, T. (2009). Role Of Forensic Psychiatric Nurse. *Journal of Forensic Nursing* 5: 53-57.
94. Martin, T. (2001). Something Special: Forensic Psychiatric Nursing, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8 (1): 25-32.
95. Martin, T., Daffern, M. (2006). Clinician Perceptions of Personal Safety and Confidence to Manage Inpatient Aggression in a Forensic Psychiatric Setting, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13 (1): 90-99.
96. Martin, T., Happell, B. (2001). Undergraduate Nursing Students' Views of Mental Health Nursing in The Forensic Environment, *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10 (2), 116–125.
97. Martin, T., Street, A.F. (2003). Exploring Evidence of The Therapeutic Relationship in Forensic Psychiatric Nursing, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10 (5): 543-551.
98. Mason, T. (2002). Forensic Psychiatric Nursing: A Literature Review and Thematic Analysis of Role Tensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9 (5): 511-520.
99. Mason, T., Coyle D., Lovell A. (2008). Forensic Psychiatric Nursing: Skills and Competencies: II Clinical Aspects. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15 (2): 131-139.

- 100.Mason, T., Dulson, J., King, L. (2009). Binary constructs of forensic psychiatric nursing: A pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16 (2): 158-166.
- 101.Mason ,T., Lovell, A., Coyle, D. (2008). Forensic Psychiatric Nursing: Skills and Competencies: I Role Dimension. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15 (2): 118-130.
- 102.Meehan, T, McIntosh, W., Bergen, H. (2006). Aggressive Behaviour in The High-Secure Forensic Setting: The Perception of Patient, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13 (1): 19-25.
- 103.Melvin, K.B., Grambling, L.K., Gardner, W.M. (1985). A Scale to Measure Attitudes Toward Prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, 12 (2): 241-253.
- 104.Mercer, D., Mason, T., Richman, J. (2001). Professional convergence in forensic practice. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10 (2): 105-115.
- 105.Morgan, C.T. (1995). Psikolojiye Giriş (Çev: Karakaş, S.) 11. Baskı, Meteksan A.Ş., Ankara, 363.
- 106.Munro, S, Baker, J.A. (2007). Surveying The Attitudes of Acute Mental Health Nurses, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14 (2): 196-202.
- 107.Murphy, E., Brown, J. (2000). Exploring Gender Role Identity, Value Orientation of Occupation And Sex of Respondent in Influencing Attitudes Towards Male And Female Offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 5 (2): 285-290.
- 108.Myers, D. (1990). Social Psychology, Teachers College Press, New York, p: 67.
- 109.Needham, I. Abderhalden, C. Dassen, T. Haug H.J., Fischer, J.E. (2004). The Perception of Aggression By Nurses: Psychometric Scale Testing and Derivation of

- a Short Instrument, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11 (1): 36-42.
110. Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R.J.G., Dassen, T., Haug H.J., Fischer, J.E. (2005). The Impact of Patient Aggression on Carers Scale: Instrument Derivation and Psychometric Testing, *Scand J. Caring Sci*, 19: 296-300.
111. Ortet-Fabregat, G., Perez, J., Lewis, R. (1993). Measuring Attitudes Toward Prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, 20 (2): 190-198.
112. Ögel, K. (2004). Alkol madde kullanım bozukluklarına yönelik tutumlar ve damgalanma. *Psikoloji ve Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12 (Ek 3): 71-75.
113. Ögel, K., Aksoy, A., Topuz, A. ve ark. (2005). Ergenlerde Uçucu Madde Kullanımı Şiddetini Değerlendirme Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16 (3): 260-267.
114. Öner, N. (1997). Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler, 3. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
115. Özgüven, İ.E. (2000). Psikolojik Testler, 4. Baskı, PDREM Yayınları, Ankara.
116. Özkan, M., Hakeri H. (2005). Ceza Hukuku ve Ruhsal Bozukluklar, <http://www.dicle.edu.tr/dictur/suryayin/khuka/cezahukukuveruhsal.htm> Hapishane 10.
117. Özmen, E., Ögel, K., Boratav, C., Sağduyu, A., Aker, T., Tamar, D. (2003). Depresyon İle İlgili Bilgi ve Tutumlar: İstanbul Örneği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14 (2): 89-100
118. Öztürk, O. (1997). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 7. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 101-104.

- 119.Pinikahana, J., Happell, B., Carta, B. (2002). Mental Health Professionals' Attitudes to Drugs and Substance Abuse, *Nursing and Health Sciences*, 4 (3): 57-62.
- 120.Polat, O. (2004). Kriminoloji ve Kriminalistik Üzerine Notlar, Birinci Baskı, Sözkese Matbaacılık, Ankara, 25-53.
- 121.Rask, M., Aberg J. (2002). Swedish Forensic Nursing Care: Nurses' Professional Contributions and Educational Needs, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9 (5): 531-539.
- 122.Rask, M., Brunt, D. (2006). Verbal and Social Interactions in Swedish Forensic Psychiatric Nursing Care as Perceived By The Patients and Nurses, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15 (1): 100-110.
- 123.Rask, M., Hallberg, I.R. (2000). Forensic Psychiatric Nursing Care-Nurses Apprehension of Their Responsibility and Work Content: a Swedish Survey, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7 (2): 163-177.
- 124.Rask, M., Levander S. (2001). Interventions in The Nurse-Patient Relationship in Forensic Psychiatric Nursing Care: A Swedish Survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4): 323-333.
125. Resmi Gazete (2007). 2 Mayıs 2007 Tarihli 5634 Sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, <http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502.htm>, ET: 23.08.2009.
- 126.Resmi Gazete (2004). 12 Ekim 2004 Tarihli 5237 Sayılı Yeni Türk Ceza Kanunu <http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskil>

- er/2004/10/20041012.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm ET: 25.04.2009.
- 127.Richman, J., Mercer, D., Mason, T. (1999). The Social Construction of Evil in A Forensic Setting. *Journal of Forensic Psychiatry*, 10 (2): 300-308.
- 128.Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Ögel, K., Tamar, D. (2001). Halkın Şizofreniye Bakışı ve Yaklaşımı Üzerine Bir Epidemiyolojik Araştırma, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (2), s: 99-110.
- 129.Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Uğuz, Ş.,Ögel, K., Tamar, D. (2003). Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14 (3): 203-212.
- 130.Secker, J., Benson, A., Balfe, E., Lipsedge, M., Robinson S., Walker, J. (2004). Understanding the social context of violent and aggressive incidents on an inpatient unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(2): 172-178.
- 131.Sellick, K., Goodear, J. (1985). Community Attitudes Toward Mental İness: The Influence of Contact and Demographic Variables, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 19: 293-298.
- 132.Sercan, M. (2007). Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu, 1. Baskı, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Tuna Matbaacılık, Ankara, 13-50.
- 133.Seyfe-Şen, F., Taskın, E.O., Özmen, E., Aydemir, Ö., Demet, M.M. (2003). Türkiye’de Kırsal Bir Bölge’de Yaşayan Halkın Depresyona İlişkin Tutumları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(3): 133-143.
- 134.Sherif, M., Sherif, C.W. (1996). Sosyal Psikolojiye Giriş II (Çev:Atakay, M.,Yılmaz, A.) Sosyal Yayınlar, Ankara, 103-105.

135. Shields, K.E., Moya, D. (1997). Correctional Health Care Nurses' Attitudes Toward Inmates. *Journal of Correctional Health Care*, 4 (1): 37-59.
136. Soygüt, G., Işıklı, S. (2008). Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi: Terapötik İttifak Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19 (4): 398-408.
137. Sun, F.K., Long, A., Boore, J. (2005). The Attitudes of Casualty Nurses in Taiwan to Patients Who Have Attempted Suicide, *Journal of Clinical Nursing*, 16, p: 255-263.
138. Şencan, H. (2005). Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik, Birinci Baskı, Seçkin Yayıncılık Sanayi ve Ticaret AŞ., Ankara, 499-559.
139. Taskın, E.O., Sen, F.S., Aydemir, O., Demet, M.M., Özmen, E., İçelli, İ. (2003). Public Attitudes to Schizophrenia in Rural Turkey, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38 (10): 586-592.
140. Taskın, E.O., Seyfe-Şen, F., Aydemir, Ö., Demet, M.M., Özmen, E., İçelli, İ. (2002). Türkiye'de Kırsal Bir Bölgede Yaşayan Halkın Şizofreniye İlişkin Tutumları, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (3): 205-214.
141. Taşkın, E.O. (2004). Damgalama, Ayrımcılık ve Ruhsal Hastalık. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12 (Ek 3): 5-12.
142. Taşkın, E.O. (2004). Şizofreniye Yönelik Tutumlar ve Damgalanma, *Psikoloji ve Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12 (Ek 3): 41-50.
143. Taşkın, E.O., Özmen, E. (2004). Sosyodemografik Etmenlerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlara Etkileri, *Psikoloji ve Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12 (Ek 3): 13-24.

144. Taşkın, E.O., Özmen, E. (2004). Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları Etkileyen Etmenler: Bilgi, Temas, Etiket, Psikopatoloji Tipi, Medya, *Psikoloji ve Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12 (Ek 3): 25-40.
145. Taşkın, E.O., Özmen, D., Özmen, E., Demet, M.M. (2003). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Şizofreni İle İlgili Tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 40 (1-2): 5-12.
146. Taşkın, L. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4 (2): 16.
147. Tavşancıl, E. (2006). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, 3. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s: 16-156
148. Tezbaşaran, A. (1997). Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu, 2. Basım, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, s: 5-51
149. Tosun, A., Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19 (1): 67-80.
150. Townsend, M.C. (2006). Forensic Nursing, Chapter 44, Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence Based Practice, Fifth Edition, Davis Company, Philadelphia, 876-892.
151. Trafimow, P., Fishbein, M. (1994). The Moderating Effect of Behavior Type on The Subjective Norm/Behavior Relationship, *The Journal of Social Psychology*, 134: 755-763
152. Tunay, Ş., Soygüt, G. (2009). Türk Üniversite Öğrencileri Üzerinde Endişe Şiddeti Ölçeği'nin Güvenirlik ve Geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20 (1): 68-74.
153. Tuncer, T. (2001). Duygudurum Bozukluklarının Adli Yönü, *Duygudurum Dizisi*, 1(4): 198-203.

- 154.T.C. Sağlık Bakanlığı Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Tanıtım Kitapçığı 2009.
- 155.Türk Medeni Kanunu (2001), 8 Aralık 2001 Tarihli 4721 Sayılı TMK <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/1156.html>, ET: 31.08.2009.
- 156.Türkiye İstatistik Kurumu, 2004 Yılı Verilerine Göre İllere Göre Sağlık Personeli Sayısı, <http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do>, ET: 08.09.2007.
- 157.Üçok, A., Erkoç, Ş., Ataklı, C., Polat, A. (2001). Psikiyatri Dışındaki Hekimlerin Şizofreniye İlişkin Tutumları. 5. Bahar Sempozyumu Kitabı, 24-29 Nisan 2001, Antalya, 46.
- 158.Veneziano, L., Hooper, J. (1997). A Method For Quantifying Content Validity Of Health-Related Questionnaires, *American Journal of Health Behavior*, 21(1): 67-70.
- 159.Viukari, M., Rimon, R., Söderholm, S. (1979). Attitudes Towards Criminal and Other Patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59: 24-30.
- 160.Williams, D.L. (2008). Safeguarding Attitudes. *Journal of Forensic Nursing*, 4 (1): 47-48.
- 161.Woods, P. (2002). Introduction to the forensic themed section. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9 (5): 507-509.
162. Yelken, N., Tunalı, G., Gültekin, G. (2004). Adli Hemşireliğin Türkiye'deki Durumu, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 13 (5): 171-172.
163. Yen, W.J. (2008). Validation of the Chinese Version Scale of Needs (SON) for Caregivers of Mentally III Patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15 (1): 52-58.

- 164.Yeşilbursa, D. (2002). Yargılama Sürecinde Adli Psikiyatrik Değerlendirme, *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 10 (Ek 2), 5-10.
- 165.Yı, H., Shin, K., Shin, C. (2006). Development of The Sleep Quality Scale. *Journal of Sleep Research*, 15 (3): 309-316.
- 166.Yıldırım, A., Şimşek, H. (2006). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, 6. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, s: 99-252.
- 167.Yurdugül, H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması, XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, 28-30 Eylül 2005, Denizli.
- 168.Yurdugül, H., Aşkar, P. (2008). An Investigation of the Factorial Structures of Pupils' Attitude Towards Technology (PATT): A Turkish Sample, *Elementary Education Online*, 7(2): 288-309.

EKLER

EK I

TANITICI BİLGİLER VERİ FORMU

Bu çalışma, **hemşirelerin psikiyatri ve adli psikiyatri hastalarına yönelik düşünce, duygu ve davranışlarını değerlendirebilmek** amacıyla planlanmıştır. Lütfen her bir soruyu ve ölçek maddesini boş bırakmadan yanıtlayınız. Sorulara ve ölçek maddelerine vereceğiniz yanıtlar, araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırma bilgi toplama amacıyla yapıldığından, adınızı ve soyadınızı yazmanıza veya kimliğinizi belirtecek herhangi bir işaret koymanıza gerek yoktur. Her bir soruya ve her bir ölçek maddesine içtenlikle vereceğiniz yanıtlar, araştırma sonuçları açısından oldukça önemlidir.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Leyla BAYSAN ARABACI

Kod No:

Çalıştığınız Hastane :

Çalıştığınız Birim:

1. Kaç yaşındasınız? (.....)

2. Cinsiyetiniz 1) Kadın 2) Erkek

3. En son mezun olduğunuz okul:

.....

4. Medeni durumunuz:

1) Bekar 2) Evli 3) Boşanmış /Ayrı Yaşıyor

5. Bugüne kadar en uzun süre yaşadığınız yerleşim birimini belirtiniz.

1) Köy 2) Kasaba 3) İlçe 4) Şehir

6. Mesleki pozisyonunuz nedir?

1) Başhemşire 4) Sorumlu hemşire
2) Başhemşire yardımcısı 5) Servis hemşiresi
3) Eğitim hemşiresi 6) Diğer (Belirtiniz)

7. Meslek yaşamınızda kaçınıcı yılınızdasınız? (.....)

8. Bulduğunuz kurumda kaç yıldır çalışıyorsunuz? (.....)

9. Kadro durumunuz nedir?

1) Kadrolu devlet memuru (657) 3) Döner sermayeden sözleşmeli
2) Sözleşmeli devlet memuru (4/b) 4) Diğer (Belirtiniz)

10. Çalışma sisteminiz nedir?

- 1) Sadece gece
2) Sadece gündüz
3) Gece-Gündüz
4) Diğer (Belirtiniz)

11. Meslek yaşamınız boyunca hiç adli psikiyatri hastasına bakım verdiniz mi?

- 1) Evet daha önce bakım verdim (Ne kadar süre bakım verdiniz?
.....)
2) Evet şu anda bakım veriyorum (Ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?
.....)
3) Hayır hiç bakım vermedim

12. Adli psikiyatri hastası konusundaki bilgilerinizi nereden aldınız?

- 1) Hiç bilgi almadım
2) Arkadaşımdan
3) Öğrenimim sırasındaki derslerden
4) Hizmet içi eğitim programlarından
5) Radyo-televizyon-gazetelerden
6) İnternet-kitap-dergilerden
7) Diğer (Belirtiniz)

13. Adli psikiyatri hastası ile ilgili Türk Hukuk Sistemi içinde yer alan yasal düzenlemeleri biliyor musunuz?

- 1) Evet (Lütfen belirtiniz)

2) Hayır

14. Sizce adli psikiyatri biriminde hemşire çalışmalı mı?

- 1) Evet
2) Hayır

EK II

RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ (RHIÖ)

Aşağıdaki ifadeler sizin ruhsal hastalığa yönelik inançlarınızı belirlemek için geliştirilmiştir. Bu ifadeleri dikkatlice okuyarak, en doğru şekilde yanıtlanmanız oldukça önemlidir. Aşağıdaki her bir madde için, size en uygun gelen kutucuğa "X" işareti koyunuz. Lütfen her bir madde için tek kutucuğu işaretleyiniz.

	Tamamen Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Ruhsal hastalığı olan bireylerin başkalarına zarar verme olasılığı sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.	0	1	2	3	4	5
2. Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir	0	1	2	3	4	5
3. Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir	0	1	2	3	4	5
4. "Ruhsal hastalık ifadesi beni rahatsız eder.	0	1	2	3	4	5
5. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.	0	1	2	3	4	5
6. Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır	0	1	2	3	4	5
7. Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır	0	1	2	3	4	5
8. Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.	0	1	2	3	4	5
9. Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.	0	1	2	3	4	5
10. Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.	0	1	2	3	4	5
11. Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur	0	1	2	3	4	5
12. İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir bireyle arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırım.	0	1	2	3	4	5
13. Bana zarar verebileceği nedeniyle ruhsal hastalığı olan bireylerden korkarım	0	1	2	3	4	5
14. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne-baba olma olasılığı daha düşüktür	0	1	2	3	4	5
15. Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.	0	1	2	3	4	5
16. Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum	0	1	2	3	4	5
17. Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.	0	1	2	3	4	5
18. Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle bile bile arkadaşlık kurmaz	0	1	2	3	4	5
19. Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez	0	1	2	3	4	5
20. Ne kadar tedavi edilirse edilsin ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir	0	1	2	3	4	5
21. Çalışma ekibimde ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenmem	0	1	2	3	4	5

EK – III**ODAK GRUP GÖRÜŞMESİ İÇİN REHBER****1. OTURUM****I. Isınma ve Açıklamalar****A. Giriş**

1. Geldiğiniz için teşekkür ederim
2. Burada bulunmanız bizim için çok önemli
3. Odak grubun ne demek olduğu açıklanacak (*Fikirlerle ilgili bir anket*).

B. Amaç

1. Burada adli psikiyatri hastası ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarınızı konuşacağız
2. Herkesin fikir, yorum ve önerileri benim için çok önemli
3. Burada konuşacaklarımızda doğru yada yanlış yok, bu önemli değil
4. Hem olumlu hem de olumsuz olabilecek bütün düşüncelerinizi burada söyleyebilirsiniz
5. Birbirinizle aynı fikirde değilseniz bunu da söyleyebilirsiniz. Böylece farklı düşünce ve fikirleri de öğrenmiş oluruz.

C. İşleyiş

1. Burada konuşulanları unutmamam için ses kayıt cihazı kullanılacaktır. Burada söyleyeceğiniz her şey gizli tutulacak ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır.
2. Bunun bir grup tartışması olmasını istiyorum. Yani, lütfen adınızı söyleyip size soru sormamı beklemeyin. İstedığınız anda konuşun. Ancak ses kaydında herkesin ne söylediğini daha sonra anlayabilmem için teker teker konuşmanız önemli
3. Konuşmak istediğim çok şey var. Artık konuya geçebilir miyiz? Söylemek istediğiniz bir şey varsa lütfen beni durdurun.

D. Tanışma

1. Lütfen herkes kendini tanıtabilir mi? Bize adınızı söyler misiniz? Bir de mesela, ne zamandır bu hastanede çalışıyorsunuz, kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?

II. Psikiyatri İle İlgili İlk Akla Gelenler

Psikiyatri denince aklınıza ilk gelen şey nedir?

- * Bu konuda başka ne söyleyebilirsiniz?
- * Bunu açıklayabilir misiniz?
- * Buna bir örnek verebilir misiniz?
- * Bu konuda kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (Neden?)

III. Psikiyatri Hastasına Bakım Vermekle İlgili Duygular

- * Psikiyatri hastasına bakım vermekle ilgili bir şeyler söyleyebilir misiniz?
- * Psikiyatride çalışmayı kendiniz mi istediniz?
- * Psikiyatride çalışmak bir kişiyi sizce nasıl etkiler?
- * Bir psikiyatri hastasına bakım verirken ne hissediyorsunuz?

IV. Adli Psikiyatri

Adli psikiyatri denince aklınıza ilk gelen şey nedir?

- * Nasıl yani?
- * Bu konuda başka ne söyleyebilirsiniz?
- * Bunu açıklayabilir misiniz?
- * Buna bir örnek verebilir misiniz?
- * Bu konuda kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (Neden?)
- * Bu konuyla ilgili biraz daha konuşabilir misiniz?

V. Kapanış

Bitirmeden önce herkese tek tek bir kez daha sormak istiyorum. Burada konuştuğumuz şekliyle, adli psikiyatri ile ilgili olarak söylemek istediğiniz her hangi bir şey var mı? Ekleme istediğiniz her hangi bir şey var mı?

Buraya geldiğiniz için çok teşekkür ederim. Ayırdığınız zaman için ve fikirlerinizi paylaştığınız için çok teşekkür ederim.

2. OTURUM

I. Isınma ve Açıklamalar

A. Giriş

1. Geldiğiniz için teşekkür ederim
2. Burada bulunmanız bizim için çok önemli

B. Amaç

1. Burada adli psikiyatri hastası ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarınızı konuşacağız
2. Herkesin fikir, yorum ve önerileri benim için çok önemli
3. Burada konuşacaklarımızda doğru ya da yanlış yok, bu önemli değil
4. Hem olumlu hem de olumsuz olabilecek bütün düşüncelerinizi burada söyleyebilirsiniz
5. Birbirinizle aynı fikirde değilseniz bunu da söyleyebilirsiniz. Böylece farklı düşünce ve fikirleri de öğrenmiş oluruz.

C. İşleyiş

1. Burada konuşulanları unutmamam için ses kayıt cihazı kullanılacaktır. Burada söyleyeceğiniz her şey gizli tutulacak ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır.
2. Bunun bir grup tartışması olmasını istiyorum. Yani, lütfen adınızı söyleyip size soru sormamı beklemeyin. İstedığınız anda konuşun. Ancak ses kaydında herkesin ne söylediğini daha sonra anlayabilmem için teker teker konuşmanız önemli
3. Konuşmak istediğim çok şey var. Artık konuya geçebilir miyiz? Söylemek istediğiniz bir şey varsa lütfen beni durdurun.

D. Adli Psikiyatri

II. Adli Psikiyatri Hastası

Adli psikiyatri denince aklınıza ilk gelen şey nedir?

- * Nasıl yani?
- * Bu konuda başka ne söyleyebilirsiniz?
- * Bunu açıklayabilir misiniz?
- * Buna bir örnek verebilir misiniz?

- * Bu konuda kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (Neden?)
- * Bu konuyla ilgili biraz daha konuşabilir misiniz?

III. Adli Psikiyatri Hastası İle Çalışanların Duygu-Düşünce-Davranışları

- * Ne kadar zamandır adli psikiyatri biriminde çalışıyorsunuz?
- * Burada çalışmayı siz mi seçtiniz?
- * Adli psikiyatri hastası deyince ilk düşündüğünüz şey nedir?
- * Burada çalışmak konusunda ne düşünüyorsunuz? (Neden?)
- * Burada çalışırken ne hissediyorsunuz? (Neden?)
- * Burada çalışırken nasıl davranıyorsunuz? (Neden?)

IV. Adli Psikiyatri Biriminde Çalışanların Algıları

- * Ben sizin bir arkadaşınız olsam ve size adli psikiyatri biriminde çalışmak istediğimi söylesem bana ne önerilerde bulunurdunuz? (Neden?)
- * Ben buraya başka bir kurumdan tayinle geliyor olsam ve adli psikiyatri birimini hiç bilmiyor olsam,
 - Bana burada çalışmakla ilgili ne söylersiniz?
 - Adli psikiyatri hastası ile ilgili ne söylersiniz?
 - Bu birimde neden çalışayım/ çalışmayayım?
- * Adli psikiyatri hastaları kimlerdir?
 - Nasıl görünürler, neye benzerler?
 - Yaşantıları nasıldır?
 - Bana onları anlatır mısınız?
 - Diğer insanlardan farkları nedir?
 - Diğer psikiyatri hastalarından farkları nedir?
- * Sizin veya bir arkadaşınızın adli psikiyatri biriminde çalışmak isteme/istememe nedenlerini sayabilir misiniz? Çalışmak isteme/istememe nedenleri neler olabilir?

V. Kapanış

Bitirmeden önce herkese tek tek bir kez daha sormak istiyorum. Burada konuştuğumuz şekliyle, adli psikiyatri biriminde çalışmak ve adli psikiyatri hastasına bakım vermekle ilgili olarak söylemek istediğiniz her hangi bir şey var mı? Eklemek istediğiniz her hangi bir şey var mı?

Buraya geldiğiniz için çok teşekkür ederim. Ayırdığınız zaman için ve fikirlerinizi paylaştığınız için çok teşekkür ederim.

3. OTURUM

I. Isınma ve Açıklamalar

A. Giriş

1. Geldiğiniz için teşekkür ederim
2. Burada bulunmanız bizim için çok önemli

B. Amaç

1. Burada adli psikiyatri hastası ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarınızı konuşacağız
2. Herkesin fikir, yorum ve önerileri benim için çok önemli
3. Burada konuşacaklarımızda doğru ya da yanlış yok, bu önemli değil
4. Hem olumlu hem de olumsuz olabilecek bütün düşüncelerinizi burada söyleyebilirsiniz
5. Birbirinizle aynı fikirde değilseniz bunu da söyleyebilirsiniz. Böylece farklı düşünce ve fikirleri de öğrenmiş oluruz.

C. İşleyiş

1. Burada konuşulanları unutmamam için ses kayıt cihazı kullanılacaktır. Burada söyleyeceğiniz her şey gizli tutulacak ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır.
2. Bunun bir grup tartışması olmasını istiyorum. Yani, lütfen adınızı söyleyip size soru sormamı beklemeyin. İsteddiğiniz anda konuşun. Ancak ses kaydında herkesin ne söylediğini daha sonra anlayabilmem için teker teker konuşmanız önemli
3. Konuşmak istediğim çok şey var. Artık konuya geçebilir miyiz? Söylemek istediğiniz bir şey varsa lütfen beni durdurun.

D. Adli Psikiyatri

- * Adli psikiyatri hastalarının diğer insanlardan farkı nedir?
- * Adli psikiyatri hastalarının diğer psikiyatri hastalarından farkları nelerdir?
 - Sağlık çalışanlarına karşı tutumları/davranışları nasıldır?
 - Tedaviye uyumları, tedaviyi sürdürebilirlikleri, işbirlikleri nasıldır?
 - Adli psikiyatri hastaları iyileşebilir mi?
 - Adli psikiyatri hastaları toplumu etkiler mi? Nasıl? Kontrolleri nasıl olmalıdır?
 - Adli psikiyatri hastaları kendilerini hasta olarak kabul ediyor mu?

- Adli psikiyatri hastalarının alkol madde kullanım durumları nasıldır?
 - Adli psikiyatri hastalarının diğer hastalarla ilişkileri nasıldır?
 - Adli psikiyatri hastaları anlaşılır mıdır?
 - Adli psikiyatri hastaları duygusal olarak nasıldır?
 - Adli psikiyatri hastaları inançlı mıdır?
 - Adli psikiyatri hastaları diğer psikiyatri hastaları ile olmalı mıdır? Neden?
- * Adli psikiyatri hastalarının yaşantıları nasıldır? Bana onları anlatır mısınız?
 - * Bir adli psikiyatri hastasının gereksinimleri ve istekleri nelerdir? Tedavisinde nelere dikkat etmek gerekir?
 - * Adli psikiyatri hastalarının aile ilişkileri nasıldır? Bu hastaların aileleri ile görüştünüz mü? Ailelere, kişi hakkında bilgi verdiniz mi? Kendinizi nasıl hissettiniz?
 - * Bir adli psikiyatri hastasının kliniğe yatışı yapıldı. Hastanın ilk günlük bakımında hemşiresi olarak neler yaparsınız? (Kliniğin kuralları, çalışma düzeni...vs hakkında bilgi verme)
 - * Sizce adli psikiyatri hastaları, aslında hastanede mi hapisanede mi olmalıdır? Neden?
 - * Adli psikiyatri hastaları toplumda serbest bırakılmalı mıdır? Yaşamlarını sürdürebilirler mi? Neden?

II. Kapanış

Bitirmeden önce herkese tek tek bir kez daha sormak istiyorum. Burada konuştuğumuz şekliyle, adli psikiyatri hastaları ile ilgili olarak söylemek istediğiniz her hangi bir şey var mı? Ekleme istediğiniz her hangi bir şey var mı? Buraya geldiğiniz için çok teşekkür ederim. Ayırdığınız zaman için ve fikirlerinizi paylaştığınız için çok teşekkür ederim.

4. OTURUM

I. Isınma ve Açıklamalar

A. Giriş

1. Geldiğiniz için teşekkür ederim
2. Burada bulunmanız bizim için çok önemli

B. Amaç

1. Burada adli psikiyatri hastası ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarınızı konuşacağız
2. Herkesin fikir, yorum ve önerileri benim için çok önemli
3. Burada konuşacaklarımızda doğru ya da yanlış yok, bu önemli değil
4. Hem olumlu hem de olumsuz olabilecek bütün düşüncelerinizi burada söyleyebilirsiniz
5. Birbirinizle aynı fikirde değilseniz bunu da söyleyebilirsiniz. Böylece farklı düşünce ve fikirleri de öğrenmiş oluruz.

C. İşleyiş

1. Burada konuşulanları unutmamam için ses kayıt cihazı kullanılacaktır. Burada söyleyeceğiniz her şey gizli tutulacak ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır.
2. Bunun bir grup tartışması olmasını istiyorum. Yani, lütfen adınızı söyleyip size soru sormamı beklemeyin. İsteddiğiniz anda konuşun. Ancak ses kaydında herkesin ne söylediğini daha sonra anlayabilmem için teker teker konuşmanız önemli
3. Konuşmak istediğim çok şey var. Artık konuya geçebilir miyiz? Söylemek istediğiniz bir şey varsa lütfen beni durdurun.

D. Adli Psikiyatri

- * Ben sizin bir arkadaşınız olsam ve size adli psikiyatri biriminde çalışmak istediğimi söylesem bana ne önerilerde bulunurdunuz? (Neden?)
- * Ben buraya başka bir kurumdan tayinle geliyor olsam ve adli psikiyatri birimini hiç bilmiyorsa;
 - Bana burada çalışmakla ilgili ne söylersiniz?
 - Adli psikiyatri hastası ile ilgili ne söylersiniz?
 - Bu birimde neden çalışayım/ çalışmayayım?

- Adli psikiyatri hastası ile çalışmanın avantajları ve dezavantajları nelerdir?
- * Adli psikiyatri hastası olan birisi komşunuz olsa ne hissedersiniz? Ne yaparsınız?
- * Adli psikiyatri hastası olduğunu bildiğiniz birisine evinizi kiralar mısınız? Neden?
- * Adli psikiyatri hastası olan birisi ile çocuğunuz evlenmek istese ne hissedersiniz? Ne yaparsınız?
- * Adli psikiyatri hastası olan birisi ile siz evlenir misiniz? (Neden?)

II. Kapanış

Bitirmeden önce herkese tek tek bir kez daha sormak istiyorum. Burada konuştuğumuz şekliyle, adli psikiyatri hastaları ile ilgili olarak söylemek istediğiniz herhangi bir şey var mı? Eklemek istediğiniz herhangi bir şey var mı? Buraya geldiğiniz için çok teşekkür ederim. Ayırdığınız zaman için ve fikirlerinizi paylaştığınız için çok teşekkür ederim.

5. OTURUM

I. Isınma ve Açıklamalar

A. Giriş

1. Geldiğiniz için teşekkür ederim
2. Burada bulunmanız bizim için çok önemli

B. Amaç

1. Burada adli psikiyatri hastası ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarınızı konuşacağız
2. Herkesin fikir, yorum ve önerileri benim için çok önemli
3. Burada konuşacaklarımızda doğru ya da yanlış yok, bu önemli değil
4. Hem olumlu hem de olumsuz olabilecek bütün düşüncelerinizi burada söyleyebilirsiniz
5. Birbirinizle aynı fikirde değilseniz bunu da söyleyebilirsiniz. Böylece farklı düşünce ve fikirleri de öğrenmiş oluruz.

C. İşleyiş

1. Burada konuşulanları unutmamam için ses kayıt cihazı kullanılacaktır. Burada söyleyeceğiniz her şey gizli tutulacak ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır.
2. Bunun bir grup tartışması olmasını istiyorum. Yani, lütfen adınızı söyleyip size soru sormamı beklemeyin. İstedığınız anda konuşun. Ancak ses kaydında herkesin ne söylediğini daha sonra anlayabilmem için teker teker konuşmanız önemli
3. Konuşmak istediğim çok şey var. Artık konuya geçebilir miyiz? Söylemek istediğiniz bir şey varsa lütfen beni durdurun.

D. Adli Psikiyatri

- * Adli psikiyatri hastalarının kişilik özellikleri nasıldır? Kişilik patolojileri var mıdır?
 - Belki bu konuda eklemek istediğiniz bir şeyler olabilir?
 - İntihar eğilimleri konusunda ne düşünüyorsunuz?
- * Adli psikiyatri hastalarının kendi aralarında arkadaşlıkları nasıldır?
- * Adli psikiyatri hastası tedaviye uyum göstermezse ne yapılır? /yapılmalıdır?
- * Adli psikiyatri hastası tedaviye yanıt vermezse ne yapılır? /yapılmalıdır?

- * Adli psikiyatri hastaları tedavilerini sürdürürken ve tedavi/taburculuk sonrasında nasıl kontrol ediliyor? (Dünya ülkelerinde ...) Bizim ülkemizde nasıl oluyor?
- * Adli psikiyatri hastalarının psikiyatrik tedavi almaları suç işleme davranışları/ oranları üzerinde etkili olur mu? Nasıl?
- * Adli psikiyatri hastasına hastane/klinik işleyiş hakkında bilgi verir misiniz? Böyle bir şey gerekli midir? Neden?
- * Adli psikiyatri hastası ile çalışmak çok kolay olmasa gerek? Sonuçta hasta da olsa bir suçlu ile çalışıyorsunuz? Bu hiç kolay olmasa gerek... Böyle bir hasta ile çalışırken ne tür duygular hissediyorsunuz? Hiç utandığımız/ suçlu hissettiğiniz oldu mu? Neden?
- * Adli psikiyatri biriminde çalışmış olmak mesleğinizin geleceğini etkiler mi? Nasıl? Burada çalışırken hiç mesleğinizi yada iş yerinizi değiştirmeyi düşündünüz mü?
- * Adli psikiyatri hemşiresinin duygu ve düşünceleri adli psikiyatri hastasına yönelik bakımı etkiler mi? Nasıl? Bunu açıklaya bilir misiniz? Bir örnek verebilir misiniz?
- * Ülkemizde adli psikiyatri hastasına bakım veren sağlık personellerinin (*hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, personel...*) sayısı, niteliği konusunda ne düşünüyorsunuz?
- * Adli psikiyatri hastasının tedavi ve bakım sorumluluğu kime aittir? Neden?
- * Adli psikiyatri hastasının bakımında hemşire olmalı mıdır? Neden?

II. Kapanış

Bitirmeden önce herkese tek tek bir kez daha sormak istiyorum. Burada konuştuğumuz şekliyle, adli psikiyatri hastaları ile ilgili olarak söylemek istediğiniz her hangi bir şey var mı? Ekleme istediğiniz her hangi bir şey var mı? Buraya geldiğiniz için çok teşekkür ederim. Ayırdığınız zaman için ve fikirlerinizi paylaştığınız için çok teşekkür ederim.

EK IV

HEMŞİRELERİN ADLİ PSİKİYATRİ HASTALARINA YÖNELİK DÜŞÜNCE-DUYGU VE DAVRANIŞLARINA İLİŞKİN KOMPOZİSYON

Adli psikiyatri birimlerinde olan bireylerin fiziksel ve ruhsal değerlendirmelerini yapmak, tedavi ve bakımlarını sağlamak adli psikiyatri birimlerinde çalışan ve bu alanda uzmanlaşmış sağlık çalışanlarının görevi ve sorumluluğudur. Ancak ülkemizde, söz konusu alanda ilgili tedavi ve bakımı sunacak yeterli sayıda ve donanımda sağlık çalışanı olmadığı için, söz konusu tedavi ve bakım, daha sıklıkla psikiyatri alanında çalışan hemşireler tarafından sunulmaktadır. Bu nedenle, adli psikiyatri birimlerinin yer aldığı ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde çalışan hemşireler, gerek yasal, gerek mesleki sorumlulukları gereği, suç işleyen ve ruh sağlığı bozuk bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlık gereksinimlerini tanılamada ve gerekli bakımı sunmada oldukça önemli bir konuma sahiptirler.

Toplum tarafından adli psikiyatri hastalarına veya bu alanda çalışan sağlık personeline karşı geliştirilen tepkiler, zaman zaman toplumun bir üyesi olan hemşireleri de yaygın bir şekilde etkilemekte ve hasta hemşire ilişkisinin gelişimini önleyen ve profesyonel rollerini yerine getirmelerini engelleyen kişisel inanışlara, korkulara ve stereotiplere sahip olabilmektedirler. Dolayısıyla, bu yaşam deneyimleri, mitler, stigmalar (etiketlemeler) ve kültürel etkiler hemşirelerin hastaya yanıtını şekillendirmekte ve bu da hastaların yeterli ve etkin bir sağlık hizmeti almasına engel olabilmektedir. Bu sorunların aşılması ve adli psikiyatri hastalarına uygun, yeterli ve kaliteli bir bakımın sunulabilmesi için, adli psikiyatri birimlerinde çalışan veya çalışacak hemşirelerin, adli psikiyatri hastasına yönelik görüş, inanç ve tutumlarının belirlenmesi gerekmektedir.

Aşağıda adli psikiyatri hastalarına yönelik düşünce, duygu ve davranışlarınızı yazmanız istenmektedir. Lütfen her bir ifadenin altına, sizin adli psikiyatri hastasına yönelik düşünce, duygu ve davranışlarınızı tanımlayan kısa kompozisyonlar yazınız. Yazacağımız ifadeler araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırma bilgi toplama amacıyla yapıldığından, adınızı ve soyadınızı yazmanıza veya kimliğinizi belirtecek herhangi bir işaret koymanıza gerek yoktur. İçtenlikle yazacağınız ifadeler, araştırma sonuçları açısından oldukça önemlidir.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Leyla BAYSAN ARABACI

- 1. Adli psikiyatri hastalarına yönelik düşüncelerinizi yazınız.**
- 2. Adli psikiyatri hastalarına yönelik duygularınızı yazınız.**
- 3. Adli psikiyatri hastalarına yönelik davranışlarınızı yazınız.**

EK V

MADDE HAVUZU

1. Adli psikiyatri hastaları agresif ve saldırgandır.
2. Adli psikiyatri hastaları otoriteye saygı göstermez.
3. Adli psikiyatri hastaları sağlık ekibi ile işbirliği yapmaz
4. Adli psikiyatri hastaları güçsüz insanlardır
5. Adli psikiyatri hastaları hapishanede olmalıdır
6. Adli psikiyatri hastaları hastaneden çıktıktan sonra yine suç işler
7. Adli psikiyatri hastaları için en iyi yer psikiyatri hastaneleridir
8. Adli psikiyatri hastaları için üzüldüm
9. Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken başarısız olacağımı düşünürüm
10. Adli psikiyatri hastaları nazik değildir
11. Adli psikiyatri hastaları tedavi edilemez
12. Adli psikiyatri hastaları tedaviye uyum göstermez
13. Adli psikiyatri hastaları sadece yasalarla kontrol edilebilir
14. Adli psikiyatri hastaları tehlikelidir
15. Adli psikiyatri hastaları topluma zarar verir
16. Adli psikiyatri hastalarını toplumdan uzak tutarım
17. Adli psikiyatri hastaları yalnızca uzmanlar (*psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi gibi*) tarafından tedavi edilir
18. Adli psikiyatri hastalarına tedaviye yönelik girişimde bulunmak zordur
19. Adli psikiyatri hastalarına yardım etmek zordur
20. Adli psikiyatri hastalarının az arkadaşı vardır
21. Adli psikiyatri hastalarını diğer psikiyatri hastalarından uzak tutarım.
22. Adli psikiyatri hastalarının ceza sorumluluğu yoktur
23. Adli psikiyatri hastalarının çoğunluğu uyuşturucu madde kullanır
24. Adli psikiyatri hastalarının çoğunluğu alkol kullanır
25. Adli psikiyatri hastaları kişilik bozukluğu olan insanlardır.
26. Adli psikiyatri hastalarının daha fazla hoşgörüyeye ihtiyacı vardır
27. Adli psikiyatri hastalarının davranışları önceden tahmin edilemez
28. Adli psikiyatri hastalarının iç görüşü yoktur
29. Adli psikiyatri hastalarının intihar eğilimleri yüksektir.
30. Adli psikiyatri hastalarının sosyal ilişkileri güçlüdür

31. Adli psikiyatri hastalarının şiddet eğilimi vardır
32. Adli psikiyatri hastalarının tedavisinde öfkeyle baş etmeyi bilmek gerekir
33. Adli psikiyatri hastalarının uzun süreli tedavi edilmesi gerekir
34. Adli psikiyatri hastalarının yaşam boyu tedavi edilmesi gerekir
35. Adli psikiyatri hastası ile çalışan sağlık ekibi üyesi olmaktan utanırım
36. Adli psikiyatri hastası ile çalışırken duygusal karışıklık yaşarım
37. Adli psikiyatri hastası ile çalışırken endişelenirim
38. Adli psikiyatri hastası ile çalışırken hastanın ailesine bilgi vermekten hoşlanırım
39. Adli psikiyatri hastası ile çalışırken hastanın hastalığı hakkında bilgi toplamaktan hoşlanırım
40. Adli psikiyatri hastası ile çalışırken kendimi güvende hissetmem
41. Adli psikiyatri hastası ile çalışırken, bir suçluya yardım ettiğim için kendimi suçlu hissederim
42. Adli psikiyatri hastası ile çalışırken nadiren başka bir iş bulmayı düşünürüm
43. Adli psikiyatri hastası ile çalışırken öfkelenirim
44. Adli psikiyatri hastası ile çalışırken sağlık ekibi üyelerinden aldığım destekten memnun olurum
45. Adli psikiyatri hastası ile çalışırken sorumluluk almaktan memnun olurum
46. Adli psikiyatri hastası ile çalışırken, geleceğim konusunda endişelenirim
47. Adli psikiyatri hastası ile çalışmak bağımsız olmamı sağlar
48. Adli psikiyatri hastası ile çalışmak çeşitli mesleklerle tanışmama olanak sağlar
49. Adli psikiyatri hastası ile çalışmak için yeterli zamanım yok.
50. Adli psikiyatri hastası ile çalışmak kişisel gelişimime katkı sağlar
51. Adli psikiyatri hastası ile çalışmak rahattır
52. Adli psikiyatri hastası ile çalışmaktan memnun olurum
53. Adli psikiyatri hastası ile ilişki kurarken korkarım
54. Adli psikiyatri hastası olan birisiyle arkadaşlık yapmam
55. Adli psikiyatri hastasına bakım verdiğimi asla arkadaşlarıma söylemem
56. Adli psikiyatri hastasına hizmet verirken her zaman sınır koyarım
57. Adli psikiyatri hastasına hizmet verirken savunucu olurum
58. Adli psikiyatri hastasına hizmet vermek sıkıcıdır
59. Adli psikiyatri hastasına öfkelenmemem gerektiğini düşünürüm
60. Adli psikiyatri hastasının duygularını anlamak önemlidir
61. Adli psikiyatri hastasının gereksinimleri ve istekleri konusunda çok az şey bilirim
62. Adli psikiyatri hastasının tedavisi konusunda çok az şey bilirim

63. Adli psikiyatri hastasının tedavisini yapmaktan kaçınırım
64. Adli psikiyatri hastası tedaviye uyum göstermezse taburcu edilmelidir.
65. Adli psikiyatri hastası tedaviye yanıt vermezse hapishaneye gönderilmelidir.
66. Adli psikiyatri hastasının bakımı hekimin sorumluluğudur.
67. Adli psikiyatri hastasının bakımında kararları hasta ile birlikte alırım.
68. Adli psikiyatri hastası kliniğe yattığında, kliniği ve çalışanları tanıtırım
69. Adli psikiyatri hastası kliniğe yattığında, klinik kuralları ona açıklarım
70. Benim düşünce ve davranışlarım adli psikiyatri hastasının tedaviye yanıtını etkilemez.
71. Adli psikiyatri hastalarının tümünün tedavi edilmesi gerekir.
72. Adli psikiyatri hastasının bakımını sağlamak psikiyatri hemşirelerinin sorumluluğu değildir.
73. Adli psikiyatri hastasının tekrar suç işlemesini önlemek için, psikiyatrik tedavi alması çok önemlidir.
74. Adli psikiyatri hastalarının bakımını yürütmek, adli psikiyatri hemşiresinin temel görevidir.
75. Adli psikiyatri hastası tedavi alıp almama konusunda seçim yapabilmelidir.
76. Adli psikiyatri hastasını tedavi alması konusunda desteklerim.
77. Adli psikiyatri hastasının bakımını yürütmek için gerekli tüm bilgi ve beceriye sahibim.
78. Adli psikiyatri hastası kendi bakımı için çok fazla sorumluluk almaz.
79. Adli psikiyatri hastasının kendi bakım ve tedavisine katılması için her zaman yeterli fırsat veririm.
80. Adli psikiyatri hastasına bakım verirken stresli ve gergin olurum.
81. Adli psikiyatri birimleri (servisleri) sağlık bakımı yürütmek için çok komplike (karmaşık-yetersiz) yerlerdir.
82. Adli psikiyatri hastası kendi kendine sağlık bakımını yapmak için yeterli değildir.
83. Adli psikiyatri hastasına iş(çalışma) sorumluluğu verilemez.
84. Adli psikiyatri hastaları zayıf kişiliği olan insanlardır.
85. Adli psikiyatrik ortamda hasta ile bakım konusunda görüşmek zordur.
86. Adli psikiyatri hastası olan birisi ile evlenebilirim
87. Adli psikiyatri hastası olan birisinin komşum olması beni irrite etmez
88. Adli psikiyatrisi olan birisi toplumda serbest kalmamalıdır.
89. Adli psikiyatri hastası olan birisine evimi kiraya vermezdim
90. Adli psikiyatri hastası kendi yaşamı konusunda doğru karar veremez
91. Adli psikiyatri hastası tamamen iyileşmez.
92. Adli psikiyatri hastası ilaçlarla tedavi edilebilir.

93. Adli psikiyatri hastalarının aile ilişkileri iyi değildir.
94. Adli psikiyatri hastası diğer insanlara göre daha az inançlıdır.
95. Adli psikiyatri hastasına bakım vermek çok fazla bilgi ve beceri gerektirmez.
96. Adli psikiyatri hastasına bakım vermek çok fazla kağıt doldurmak (kayıt) ve sekreteryaya işidir.
97. Adli psikiyatri biriminde bir şeyleri yapmaktan ve organize etmekten büyük zevk alırım.
98. Adli psikiyatri birimleri hastaların sağlık bakım gereksinimlerini karşılayacak biçimde düzenlenmiştir.
99. Adli psikiyatri hastasına bakım veren birçok hekim ve hemşire vardır.
100. Adli psikiyatri hastasına bakım vermek büyük risktir.

101. Adli psikiyatri hastasını anlamak zordur.
102. Adli psikiyatri hastasına karşı her zaman sempatik ve anlayışlı davranırım.
103. Adli psikiyatri hastası için güvenli ve rahat bir ortam hazırlarım
104. Adli psikiyatri hastasının birçok psikiyatrik problemi vardır.
105. Adli psikiyatri hastaları hastaneden ziyade hapisanede olmalıdır.
106. Adli psikiyatri hastaları akıllı-zeki insanlardır.
107. Adli psikiyatri hastaları duygusal olarak dağılmış insanlardır.
108. Adli psikiyatri hastaları çok fazla sosyal problemleri olan insanlardır.
109. Psikiyatrik tedavi almak adli psikiyatri hastasının endişelerini/kaygılarını arttırır.
110. Adli psikiyatri hastaları diğer hastalarla birlikte olduklarında kendilerine zarar verebilirler.

EK VI

KAVRAMLAR VE TEMALAR

DÜŞÜNCE

Adli Psikiyatri Hastası

* Taciz eden	* Kesip-biçen-vuran-öldüren	* Zarar verebilen
* Suç işlemiş psikiyatri hastasıdır	* Hasta insanlardır	* Ceza ehliyeti olmayan
* Savcılık kanalıyla hastaneye yatırılan insanlardır	* Psikopat insanlardır	* Özgürlükleri ellerinden alınan
* Küfür eden	* Kronik hastalar	* İradesi zayıf olan – iradesi olmayan
* Çok kötü suç işleyen insanlar	* Farklı insanlar	* Ağır suç işleyen
* Ağır psikotik bozukluğu olan	* Antisosyal insanlar	* Cinayet işlemiş – cinayet öyküsü olan
* Kendisine zarar veren	* Çevresine zarar veren	* <i>Ailesine zarar veren</i>
* Kavga eden	* Masumane insanlar	* Yardımcı olan
* Şüpheli insanlar	* Cınnet geçiren	* Muhakeme yapamayan
* Algılayamayan	* Akli dengesi yerinde olmayan	* Ağır ruhsal bozukluğu olan
* Akl hastalığından dolayı suç işleyen	* TCK'ya göre 32'ye 1 alan	* Toplumun güvenliği için tehlike arz eden
* Savcılık tarafından takip edilen	* Savcılığa aksetmiş	* Hastalıklarını kabul etmezler
* İlaç kullanmazlar	* Mantığa büründüren	* Yine/tekrar suç işleyen
* Beş dakikası beş dakikasına tutmaz	* Bakışları rahatsız edici	* Daha çok erkektir
* Uzun süre yatan	* Servisi sahiplenilen	* Hemşireyi koruyan
* Madde kullanan	* İşlediği suçun sonuçlarını değerlendiremeyen	* Tehlikelidirler
* Can güvenliğini tehdit eden	* Uyumsuz hastalar	* Cezaevinde sorun çıkartan
* Zaptedilemeyen	* Cesareti olan	* Akıl almaz cinayetler işleyen
* Katil insanlar	* Saldırabilen	* Farklı insanlar
* İki arada bir derede insanlar ne tam tutuklu-hükümlü ne tam hasta	* Damgalanan	* Basında sürekli yer alan insanlar
* Suçu işleme tarzı farklı olan insanlar	* Seri cinayetler/suçlar işleyen insanlar	* Uzun süre yatan
* Taburculukları farklı olan insanlar	* Çalışanlara hostil olabilen	* Ailelerine hostil olabilen
* Zeki insanlar-ince zekası olan	* Muzip insanlar	* Güzel rol yapan insanlar
* İnanılmaz ayrıntı düşünen insanlar	* Her şeye dikkat eden	* Genetik yatkınlığı olan
* Takıntılı hastalar	* Sözel/cinsel taciz eğilimi olan	* Kıskançlık hezeyanları olan
* Daha çok şizofreni/psikoz olan	* Birbirlerinden değişik suçları öğrenen	* Kafasına koyduğunu yapan
* Mahkum ve tutuklu	* Ne yaptığının farkında olmayan	* Sağlık çalışanını kullanmaya çalışan
* Daha bilinçliler	* Duygu ve düşüncelerini bastırırlar	* Zamanın mekanın daha çok farkındalar
* Farkındahkları daha yüksek	* Daha talepkarlar	* Haklarını arayan

* Hesap soran	* Ehli keyifler	* En küçük şeyden olay çıkartan
* Cezaevi kültürü sergileyen	* İşini bilen	* Tedavi-bakım konusunda ısrarcı olan
* İsyan eden	* İlaçlarını saklar/içmez/reddeder	* Tedaviyi suistimal eden/reddeden
* Hasta olduklarını kabul etmeyen	* Tekrar hastaneye yatırılmaktan korkan	* Tedaviye yardımcı olan
* Manipule eden/yönlendiren	* Kendilerini daha bilinçli gören	* İlaç yan etkilerinden dolayı şikayet eden
* Çıkarları varsa iltifat eden	* Tamamen iyileşmeyen	* Ömür boyu ilaç kullanan
* Madde kullanım öyküsü olan	* Kendilerini diğer psikiyatri hastalarından farklı/üstün gören	* Diğer psikiyatri hastaları ile ilişkileri iyi olmayan
* Diğer hastaları kullanma eğilimi olan	* Küfürlü konuşan	* Diğer psikiyatri hastalarına saygısızca davranan
* Kendilerini sakın ve sempatik göstermeye çalışan	* Birbirlerinin açıklarını kapatan	* Kendi aralarında iletişimleri iyi olan
* Pişmanlık duymayan	* Künt duygulanımı olan	* Vicdan azabı duymayan
* Ne zaman çıkacağını hesap eden	* İnançlıdırlar	* Paranoid-mistik hezeyanları olan
* Toplumdan dışlanan/soyutlanan toplum tarafından benimsenmeyen	* İş yaşamını devam ettiremeyen	* Yasalarla kontrol edilmeli
* Asosyal insanlardır	* Mantığa büründüren	* Multidisipliner olarak kontrol edilmeli
* Kendilerini hastadan çok suçlu olarak gören	* İçgörülerini olmayan	* Suçla bütünleşen
* Farklı bir ilgi bekleyen	* Alınan olan	* Sağlık çalışanının işini kolaylaştıran
* Öfke duyan	* Öfkelerini kontrol edemeyen	* Terk edilmiş hisseden
* Tepkili davranan	* Kızgın olan/ sinirli olan	* Uyanık olan
* Psikiyatri hastalarından daha riskli olan	* Her an her şey yapabilen	* Aileleri ile sık görüşen
* Kapalı olmaktan sıkılan	* Alınan olan	* Bakışları felaket olan
* Suistimal eden	* Kullanma eğilimleri olan	* Üzerine yürüyebilen
* Hastalıkları ilaçlarla kontrol edilebilen	* Dışarıda rahatsız eden	* Sağlık çalışanına aşık olan
* Kafasında planlar yapan	* Sakıncalı insanlar	* İsrarcı olan
* Aileme/çocuklarıma zarar verebilir	* Hastalıklarından dolayı suç işleyen	* Beklenmedik/olmadık tepkiler verebilen
* Reddettiğinde sana düşman olan	* Taburculuktan sonra tekrar suç işleyebilen	* Toplumdaki diğer insanlara zarar verebilen
* Psikiyatri hastalarına oranla suç işleme oranları daha yüksek olan	* Normal insanlara göre daha az tehlikeli olan	* Genetik yatkınlığı olan
* Gözü kara insanlardır.	* Affetleri farklı olan	* Kişilik boz.(antisosyal, brdline, histronik, paranoid) olan
* Yaygın suisidal düşünceleri olan	* Grandiyöz olan	* Kendilerini diğer hastalardan üstün görürler
* Kendilerini haklı gören	* Savunma mekanizmalarını (bastırma) kullanan	* İntihar eğilimleri az olan
* İlişkileri yüzeysel olan	* Kendi aralarında statüleri olan	* Hapishane kültürü olan
* Hapishane lisanını kullanan	* Taburculuktan sonra kontrollerini yaptırmayan	* Servise adapte olmakta zorlanan
* Sapık olan	* Psikiyatrik tedavi suç işlemelerini azaltır	* Gelecek umudu olmayan

* Sosyal şifa bulacağına inanmam	* Taburculuktan sonra kontrollerini yaptırmazlar	* Kafamda soru işareti oluşturan
* Laubali davranan	* Saygılı davranan	* Kendi aralarında kavga eden
* Huzursuz kişilerdir	* Yalnızlık hisseden	* Çaresizlik hisseden
* Kin besleyen	* Pişmanlık duymayan	
* Toplum tarafından dışlanan	* Anlaşılması zor olan	* <i>Daha zor iletişim kurulan</i>
* <i>Daha rahat konuşan</i>	* <i>Diğer hastalara göre içine kapanık insanlar</i>	* <i>Toplumda barınamayan insanlar</i>
* <i>Toplum tarafından hoş karşılanmayan suçlar işleyen</i>	* <i>Suçta eğilimleri devam eden</i>	* <i>Yapacaklarını kestirmek güç olan</i>
* <i>Sağlık çalışanına güçlük çıkartan</i>	* <i>Zavallı olan</i>	* <i>Acımasız olan</i>
* <i>Tedavi görmesi gereken</i>	* <i>Kontrolden çıkmış olan</i>	* <i>Psikiyatri hastalarından daha hassas olan</i>
* <i>Firar riski olan</i>	* <i>Yardıma muhtaç insanlardır</i>	* <i>Psikiyatri hastalarından daha sakin olan</i>

DUYGU**Adli Psikiyatri Hastası**

* Korkarım	* Tedirgin olurum	* Yazık denen
* Gerginlik yaşarım	* Tehdit hissedirim	* Güvenmem
* Huzursuz olurum	* Ürkerim- ürküntü olur	* Güvenirim /güven veren
* Yılgınlık yaşarım- bıkarım	* Ürperti duyarım	* Tepkisini almak istemem
* Bezginlik yaşarım	* İrkilirim	* Kin tumasından korkarım
* Yardımcı olmaktan mutlu olduğum	* Bakım verirken zevk aldığım Zevkle bakım veririm	* Çalışmaktan keyif aldığım
* Çalışmak hoşuma gidiyor	* Bakım vermeyi seviyorum	* Çalışmak güzel
* Taburculuktan sonra tekrar hasta olması moral bozucu	* İnsanın sabrını zorlayan	* Çalışmak yorucu
* Çalışmak zor	* Çalışmak yıpratıcı	* Çalışırken etkilenirim
* Çalışırken tükenmişlik yaşarım	* Kendini fark etmeni sağlıyor	* Çalışmak mutluluk veriyor
* Taburcu olduğunda canım sıkılır	* Bakım verirken rahatsız olurum	* İrrite olurum
* Sıkıntı yaşarım/ sıkıntı hissedirim/ sıkıntı duyarım	* Kaygı yaratan	* Psikolojik olarak yıpranan
* Etik ikilem yaşanan	* Kendimi rahatsız hissedirim	* Öfke duyarım
* Duygusal olarak herhangi bir şey hissetmem	* Duygusal /ruhsal olarak bir mesafe olan	* Risk altında olduğumu hissedirim
* Kızarım	* Sinirlenirim- kızarım	* Yorgunluk hissedirim
* Çalışmak istemem	* Anlayışlı olamam	* Hoşgörülü olamam
* Negatif olurum	* Bakım verirken endişelenirim	* Ağlarım-ağlamaya başlarım
* Usanırım	* Kötü etkilenirim	* Panik yaşamam
* Kuruntu olur	* Bakım vermeye cesaret edemem	* Gerilirim
* Üzülürüm	* Kendimize karşı dürüst değiliz	* İnsanlar iyi niyetli değil
* Bakım verme konusunda çelişki yaşarım	* Sınır koyduğumda vicdanen rahat olamam	* Duygularım birbirine karışır
* Evimi kiralamak konusunda tereddüt yaşarım	* Evimi kiraladığımda üzerimde baskı hissedirim	* Komşum olduğunda sınır koyunca vicdanen rahatsız hissedirim
* Tedaviye giderken içimde sıkıntı hissedirim	* Hem bedenem hem beyne yorulum	* Her an yeniden bir olay yaşama kaygısı yaşarım
* Umutsuz olan	* Künt duygulanımı olan	* Bakım vermekten utanç duymam
* İtici gelir	* Bakım vermekten iğrenirdim	* Bakım vermekten suçluluk hissetmem
* Huzursuz hissedirim	* Mağdura üzülürüm	* <i>Acırım</i>
* <i>İçten olamam</i>	* <i>Bakım vermekten mutlu olurum</i>	* <i>Her söylediğine inanmam</i>
* <i>Suç öykülerine şaşırırım</i>	* <i>Bakım verirken çelişki yaşarım</i>	* <i>Bakım verirken sıkıntı yaşarım</i>
* <i>Nefret ederim</i>	* <i>Empati kurmaya çalışırım</i>	* <i>Duygularım hastadan hastaya değişir</i>

DAVRANIŞ

Adli Psikiyatri Hastası

* Çekinirim	* İlgilenirim	* Profesyonel davranırım
* Dikkat ederim	* Arkadaş gibi yaklaşırım	* Mantıklı davranırım
* Değer veririm	* Sorunlarımı dinlerim	* Duygusal olarak bir bağ kurarım
* Set (sınır) koyamam	* Konuşurum-muhabbet ederim	* Yorulurum
* Sabırlı davranırım	* Önlem alırım	* Bağırمام
* Dokunamam	* Sıçrarım-yerimden hoplarım	* Temkinli davranırım
* Yargılarım	* Mesafe koyarım	* Sınır koyarım/ <i>seviyeli uzak dururum</i>
* Çok fazla zaman ayırmam/ilgilenmem	* Soğuk davranırım	* Mümkün değil çalışmam/çalışmak istemem
* Hiçbir şekilde muhatap olmam	* Tıbbi girişim dışında temasta bulunmam	* Otoriter davranırım
* Ödün vermem	* Okey, tavla vs. oynarım	* Bahaneler uydururum
* Personel olmadan içeriye girmem	* Ekip arkadaşlarımı uyarırım	* Engellemeye çalışırım
* Yüz vermem	* Daha fazla gözlemlerim	* Kısıtlama getiririm
* Daha dikkatli davranırım	* Daha fazla/yakından takip ederim	* Kayırırım
* İçli dışlı olurum	* Alttan alırım	* Özel davranırım
* Uyarırım	* Tavrı koyarım	* İmtiyazlı davranırım
* Zor başederim	* Ters davranırım	* Yakın temas kurmam
* Ağız dalaşı yaparım	* Güvenlik önlemleri alırım	* Belirli bir sınır koyarım
* Daha yumuşak davranırım	* Karşılıklı/yalnız görüşme yapmam	* Daha fazla uğraşırım- çabalarım
* Mahrem konularda görüşmem	* Baş başa kalmam	* Mahremiyetini bozmamaya özen gösteririm
* Acil bir durumda önce güvenlik tedbirlerini alırım	* Acil durumda kimse olmadan tek başıma içeriye girmem	* Mahrem konularda görüşmesi için erkek sağ. personeline yönlendiririm
* Önce kendi can güvenliğimi sağlarım	* Müdahale konusunda tereddüt yaşarım	* Önce hastayı etkisiz hale getiririm
* Takviye kuvvet isterim	* Destek olmaya çalışırım	* Kendimi riske atmam
* Ailesine yardım ederim	* Adli psikiyatri hastası olan birisiyle birlikte çalışmam	* Mümkün olduğunca az görüşürüm
* Arkamı dönmem	* Yargılayıcı tavırla yaklaşmam/yargılamam	* Gizli gizli kontrol ederim (ilaçlar)
* Hasta bireyi tanırım	* Onların hasta olduğunu unuturum	* Tedbirli davranırım
* Komşum olursa evimi değiştiririm-evimi satarım	* Komşum olursa ilişkilerimi azaltırım	* Soru sorarken dikkat ederim
* Evimi kiralamam	* Tedaviye yönlendiririm	* Tedirginliğimi hastaya yansıtmam
* Problemleri kendi başıma çözümlenmeye çalışırım	* Hasta istese de istemese de tedavisini zorla yaparım	* İlişkimi kesmem
* Ailemden birisine zarar verirse, adalet ben olurum	* Suç unsuruna göre davranırım	* Ahlaki suçu olan hastaya farklı davranırım
* Bağırıp çağırırım	* Elim ayağıma dolanır	* Gayet rahat davranırım
* <i>Saygılı davranırım</i>	* <i>Açıklayıcı davranırım</i>	* <i>Olumsuz davranmam</i>

* <i>Eşit davranırım</i>	* <i>Beni etkilemesine izin vermem</i>	* <i>Diğer hastalara davrandığım gibi davranırım</i>
* <i>Dışlamam</i>	* <i>Ne gevşek ne katı davranırım</i>	* <i>Eleştirmem</i>
* <i>Tekrar topluma kazandırmaya çalışırım</i>	* <i>Samimi-içten davranırım</i>	* <i>Sakin davranırım</i>
* <i>Daha hassas yaklaşırım</i>	* <i>Daha duygusal davranırım</i>	* <i>Şüpheye yaklaşırım</i>
* <i>Titizlikle kayıt tutarım/ kayıtları titizlikle saklarım</i>	*	*

ACIKLAMA:

- ✓ Normal yazı ile yazılanlar: Odak grup görüşmelerinin analizi sonucunda ortaya çıkan kavramlardır.
- ✓ *Yatık (İtalik) yazı ile yazılanlar:* Kompozisyonların analizi sonucu ortaya çıkan kavramlardır.
- ✓ **Koyu (Bold) yazı ile yazılanlar:** Hem odak grup görüşmelerinin hem de kompozisyon analizlerinin sonucu ortaya çıkan kavramlardır.

EK VII

**ADLI PSİKİYATRİ HASTALARINA YÖNELİK HEMŞİRE TUTUM
ÖLÇEĞİ ADAY ÖLÇEK MADDELERİ**

Madde No	Madde yönü	MADDELER
<i>Düşünce</i>		
1	-	Adli psikiyatri hastaları saldırgandır.
2	-	Adli psikiyatri hastaları hastaneden çıktıktan sonra yine suç işler.
3	-	Adli psikiyatri hastaları tedaviye uyum göstermez.
4	-	Adli psikiyatri hastaları tehlikelidir.
5	-	Adli psikiyatri hastaları toplumun güvenliği için tehlike arz eder.
6	+	Adli psikiyatri hastalarının ceza sorumluluğu yoktur.
7	-	Adli psikiyatri hastaları kişilik bozukluğu olan insanlardır.
8	-	Adli psikiyatri hastalarının uzun süreli tedavi edilir.
9	+	Adli psikiyatri hastaları iradesi güçlü olan insanlardır.
10	-	Adli psikiyatri hastaları tamamen iyileşmez.
11	+	Adli psikiyatri hastaları ince zekası olan insanlardır
12	-	Adli psikiyatri hastaları ağır suç (cinayet, tecavüz gibi) işleyen insanlardır.
13	+	Adli psikiyatri hastaları kendisine zarar vermez.
14	-	Adli psikiyatri hastaları çevresine zarar verir.
15	-	Adli psikiyatri hastaları şüpheli insanlardır.
16	-	Adli psikiyatri hastaları akıl hastalığından dolayı suç işleyen insanlardır.
17	-	Adli psikiyatri hastaları akli dengesi yerinde olmayan insanlardır
18	-	Adli psikiyatri hastalarının ne zaman ne yapacağı belli olmaz.
19	-	Adli psikiyatri hastaları can güvenliğini tehdit eder.
20	+	Adli psikiyatri hastaları uyumlu hastalardır.
21	-	Adli psikiyatri hastaları takıntılı insanlardır.
22	-	Adli psikiyatri hastaları ağır ruhsal bozukluğu olan insanlardır.
23	+	Adli psikiyatri hastaları yaptıklarından pişmanlık duyar.
24	-	Adli psikiyatri hastaları toplum tarafından dışlanır.
25	+	Adli psikiyatri hastaları diğer psikiyatri hastalarından daha az risklidir.

Madde No	Madde yönü	MADDELER
26	-	Adli psikiyatri hastaları aileme-çocuklarıma zarar verir.
27	-	Adli psikiyatri hastaları sağlık çalışanlarını taciz eder.
28	-	Adli psikiyatri hastaları psikiyatri hastalarından daha talepkardır.
29	+	Adli psikiyatri hastaları, kendilerini diğer psikiyatri hastalarıyla eşit görürler.
30	+	Adli psikiyatri hastalarının içgörüsü tamdır.
31	-	Adli psikiyatri hastaları öfkelerini kontrol edemez.
32	-	Adli psikiyatri hastalarının kıskançlık hezeyanları vardır.
33	-	Adli psikiyatri hastaları kafasına koyduğunu yapar.
34	-	Adli psikiyatri hastaları sağlık çalışanını kullanmaya çalışır.
35	-	Adli psikiyatri hastaları en küçük bir şeyden olay çıkartır.
36	+	Adli psikiyatri hastaları tedaviye yardımcı olur.
37	-	Adli psikiyatri hastaları terkedilmiş hisseder.
38	-	Adli psikiyatri hastaları uyanık insanlardır.
39	-	Adli psikiyatri hastaları gözü kara insanlardır.
40	-	Adli psikiyatri hastaları hapisane kültürü olan insanlardır.
41	-	Adli psikiyatri hastaları sapık insanlardır.
42	-	Adli psikiyatri hastaları kincidir.
43	+	Adli psikiyatri hastaları güçlü insanlardır.
44	-	Adli psikiyatri hastaları yardıma muhtaç insanlardır.
45	-	Adli psikiyatri hastalarını anlamak zordur.
46	-	Adli psikiyatri hastaları çaresiz insanlardır.
47	-	Adli psikiyatri hastaları huzursuz insanlardır.
48	-	Adli psikiyatri hastaları tedavi görmesi gereken insanlardır.
49	+	Adli psikiyatri hastaları ile çalışmak mesleki gelişimime katkı sağlar.
Duygu		
50	+	Adli psikiyatri hastaları için üzülürüm.
51	-	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken duygusal karışıklık yaşarım.
52	-	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken tedirginlik yaşarım.
53	-	Adli psikiyatri hastalarına güvenmem.

Madde No	Madde yönü	MADDELER
54	-	Adli psikiyatri hastalarına öfke duyarım.
55	-	Adli psikiyatri hastaları ile ilişki kurarken korkarım.
56	-	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken gergin olurum.
57	-	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken huzursuz olurum.
58	+	Adli psikiyatri hastalarına bakım vermek hoşuma gider.
59	-	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken kendimi yıpranmış (tükenmiş) hissedirim.
60	-	Adli psikiyatri hastaları bakım verirken yılgınlık (bezginlik) yaşarım.
61	-	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken sıkıntı yaşarım.
62	-	Adli psikiyatri hastalarına bakım vermek istemem.
63	-	Adli psikiyatri hastalarına bakım verme konusunda çelişki yaşarım.
64	-	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken ürkerim.
65	-	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken tehdit hissedirim.
66	+	Adli psikiyatri hastalarına bakım vermekten keyif alırım.
67	-	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken kaygılanırım.
68	-	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken sinirlenirim.
69	-	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken hem fiziksel hem ruhsal olarak yorulurum.
70	-	Adli psikiyatri hastalarından kötü etkilenirim.
71	-	Adli psikiyatri hastalarından nefret ederim.
72	+	Adli psikiyatri hastalarına acırım.
73	-	Adli psikiyatri hastalarının her söylediğine inanmam.
74	-	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken irrite olurum.
75	+	Adli psikiyatri hastaları bana ilgi çekici gelir.
76	-	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken yorulurum.
77	-	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken gerilirim.
78	+	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken daha içten olurum.
79	-	Adli psikiyatri hastalarının sosyal şifa bulacağına inanmam.
80	+	Adli psikiyatri hastaları hakkında bilgi toplamak hoşuma gider.
Davranış		
81	+	Adli psikiyatri hastası olan birisiyle aynı işte birlikte çalışırım.

Madde No	Madde yönü	MADDELER
82	+	Adli psikiyatri hastası olan birisiyle arkadaşlık yaparım.
83	+	Adli psikiyatri hastası olan birisine evimi kiraya veririm.
84	-	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken her zaman sınır koyarım.
85	-	Adli psikiyatri hastalarının tedavisini yapmaktan kaçınırım.
86	-	Adli psikiyatri hastalarından çekinirim.
87	-	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken daha çok dikkat ederim.
88	+	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken sabırlı olurum.
89	-	Adli psikiyatri hastalarına soğuk davranırım.
90	-	Adli psikiyatri hastaları ile yalnız görüşme yapmam.
91	-	Adli psikiyatri hastalarına işlediği suça göre davranırım.
92	-	Adli psikiyatri hastalarına dokunamam.
93	-	Adli psikiyatri hastalarına ödün vermem.
94	+	Adli psikiyatri hastalarına daha yumuşak davranırım.
95	+	Adli psikiyatri hastalarına daha hassas yaklaşırım.
96	+	Adli psikiyatri hastalarına karşı hoşgörülü olurum.
97	+	Adli psikiyatri hastalarına arkadaş gibi yaklaşırım.
98	-	Adli psikiyatri hastalarına arkamı dönmem.
99	-	Adli psikiyatri hastaları ile tıbbi girişim dışında yakın temasta bulunmam.
100	+	Adli psikiyatri hastalarının sorunlarını dinlerim.
101	-	Adli psikiyatri hastalarını daha fazla gözlemlerim.
102	-	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken alttan alırım.
103	+	Adli psikiyatri hastalarına ayrıcalıklı davranırım.
104	-	Adli psikiyatri hastalarına karşı tedbirli davranırım.
105	-	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken daha çok güvenlik önlemleri alırım.
106	-	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken önce kendi can güvenliğimi sağlarım.
107	-	Adli psikiyatri hastaları ile mümkün olduğunca az görüşürüm.
108	-	Adli psikiyatri hastalarına karşı otoriter davranırım.
109	-	Adli psikiyatri hastalarına soru sorarken dikkat ederim.
110	-	Adli psikiyatri hastaları ile ilgili ekip arkadaşlarımı uyarırım.

Madde No	Madde yönü	MADDELER
111	+	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken daha fazla çabalarım.
112	+	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken sakin davranırım.
113	-	Adli psikiyatri hastalarına şüpheyile yaklaşırım.
114	-	Adli psikiyatri hastalarını eleştirmem.
115	+	Adli psikiyatri hastalarını tekrar topluma kazandırmaya çalışırım.

* Toplam **“115”** madde; **“83”** madde negatif ifadeden, **“32”** madde pozitif ifadeden oluşmaktadır.

EK VIII

UZMAN DEĞERLENDİRME FORMU

..... Sayın

Aşağıda görüşlerinize sunulan ölçek aday maddeler hemşirelerin “*Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumlarını*” ölçmeyi amaçlamaktadır. Bilindiği üzere, herhangi bir nesne, fikir ya da kişiye karşı bir tutum, “*bilişsel*” ve “*duygusal*” öğeleri ve “*davranışsal*” bir eğilimi içermektedir. Sizden istenilen, her bir maddeyi “amacına uygunluk” yani “Adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumu her bir öğeye uygun biçimde temsil etme” durumlarına göre nicelendirmenizdir.

Eğer madde, belirtilen özelliği net olarak ölçmeye aday bir madde ise “**Gerekli**”, madde konu kapsamında ama düzenlenmesi ya da değiştirilmesi gerekiyorsa “**Yararlı, Ancak Yetersiz**”, madde belirtilen özelliği temsil etmiyor ise “**Gereksiz**” seçeneklerini işaretleyiniz. Lütfen her bir ölçek maddesini,

- * Ölçülecek özelliği temsil edebiliyor mu?
- * Hedef kitle (hemşireler) tarafından kolayca anlaşılabilir mi?
- * Yeteri kadar açık ifade edilmiş mi?
- * Önceden belirlenmiş boyutlarda (düşünce, duygu, davranış) yer alabilir mi?

kriterleri doğrultusunda değerlendiriniz.

Her bir maddeyi içtenlikle incelemeniz ve puanlamanız, araştırma sonuçları açısından önemlidir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Araştırmacı

Leyla BAYSAN ARABACI

Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Aday Ölçek Maddeleri

* **Bold yazılmış olan maddeler pozitif ifadelerdir.**

Madde No	MADDELER	Gerekli	Yaralı, ancak yetersiz	Gereksiz
<i>Düşünce</i>				
1	Adli psikiyatri hastaları saldırgandır.			
2	Adli psikiyatri hastaları hastaneden çıktıktan sonra yine suç işler.			
3	Adli psikiyatri hastaları tedaviye uyum göstermez.			
4	Adli psikiyatri hastaları tehlikelidir.			
5	Adli psikiyatri hastaları toplumun güvenliği için tehlike arz eder.			
6	Adli psikiyatri hastalarının ceza sorumluluğu yoktur.			
7	Adli psikiyatri hastaları kişilik bozukluğu olan insanlardır.			
8	Adli psikiyatri hastalarının uzun süreli tedavi edilir.			
9	Adli psikiyatri hastaları iradesi güçlü olan insanlardır.			
10	Adli psikiyatri hastaları tamamen iyileşmez.			
11	Adli psikiyatri hastaları ince zekası olan insanlardır			
12	Adli psikiyatri hastaları ağır suç (cinayet, tecavüz gibi) işleyen insanlardır.			
13	Adli psikiyatri hastaları kendisine zarar vermez.			
14	Adli psikiyatri hastaları çevresine zarar verir.			
15	Adli psikiyatri hastaları şüpheli insanlardır.			
16	Adli psikiyatri hastaları akıl hastalığından dolayı suç işleyen insanlardır.			
17	Adli psikiyatri hastaları akli dengesi yerinde olmayan insanlardır			
18	Adli psikiyatri hastalarının ne zaman ne yapacağı belli olmaz.			
19	Adli psikiyatri hastaları can güvenliğimi tehdit eder.			
20	Adli psikiyatri hastaları uyumlu hastalardır.			
21	Adli psikiyatri hastaları takıntılı insanlardır.			
22	Adli psikiyatri hastaları ağır ruhsal bozukluğu olan insanlardır.			
23	Adli psikiyatri hastaları yaptıklarından pişmanlık duyar.			

Madde No	MADDELER	Gerekli	Yaralı, ancak yetersiz	Gereksiz
24	Adli psikiyatri hastaları toplum tarafından dışlanır.			
25	Adli psikiyatri hastaları diğer psikiyatri hastalarından daha az risklidir.			
26	Adli psikiyatri hastaları aileme-çocuklarına zarar verir.			
27	Adli psikiyatri hastaları sağlık çalışanlarını taciz eder.			
28	Adli psikiyatri hastaları psikiyatri hastalarından daha talepkardır.			
29	Adli psikiyatri hastaları, kendilerini diğer psikiyatri hastalarıyla eşit görürler.			
30	Adli psikiyatri hastalarının içgörüsü tamdır.			
31	Adli psikiyatri hastaları öfkelerini kontrol edemez.			
32	Adli psikiyatri hastalarının kıskançlık hezeyanları vardır.			
33	Adli psikiyatri hastaları kafasına koyduğunu yapar.			
34	Adli psikiyatri hastaları sağlık çalışanını kullanmaya çalışır.			
35	Adli psikiyatri hastaları en küçük bir şeyden olay çıkartır.			
36	Adli psikiyatri hastaları tedaviye yardımcı olur.			
37	Adli psikiyatri hastaları terkedilmiş hisseder.			
38	Adli psikiyatri hastaları uyanık insanlardır.			
39	Adli psikiyatri hastaları gözü kara insanlardır.			
40	Adli psikiyatri hastaları hapisane kültürü olan insanlardır.			
41	Adli psikiyatri hastaları sapık insanlardır.			
42	Adli psikiyatri hastaları kincidir.			
43	Adli psikiyatri hastaları güçlü insanlardır.			
44	Adli psikiyatri hastaları yardıma muhtaç insanlardır.			
45	Adli psikiyatri hastalarını anlamak zordur.			
46	Adli psikiyatri hastaları çaresiz insanlardır.			
47	Adli psikiyatri hastaları huzursuz insanlardır.			
48	Adli psikiyatri hastaları tedavi görmesi gereken insanlardır.			
49	Adli psikiyatri hastaları ile çalışmak mesleki gelişimime katkı sağlar.			

Madde No	MADDELER	Gerekli	Yaralı, ancak yetersiz	Gereksiz
Duygu				
50	Adli psikiyatri hastaları için üzülürüm.			
51	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken duygusal karışıklık yaşarım.			
52	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken tedirginlik yaşarım.			
53	Adli psikiyatri hastalarına güvenmem.			
54	Adli psikiyatri hastalarına öfke duyarım.			
55	Adli psikiyatri hastaları ile ilişki kurarken korkarım.			
56	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken gergin olurum.			
57	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken huzursuz olurum.			
58	Adli psikiyatri hastalarına bakım vermek hoşuma gider.			
59	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken kendimi yıpranmış (tükenmiş) hissedirim.			
60	Adli psikiyatri hastaları bakım verirken yılgınlık (bezginlik) yaşarım.			
61	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken sıkıntı yaşarım.			
62	Adli psikiyatri hastalarına bakım vermek istemem.			
63	Adli psikiyatri hastalarına bakım verme konusunda çelişki yaşarım.			
64	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken ürkerim.			
65	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken tehdit hissedirim.			
66	Adli psikiyatri hastalarına bakım vermektan keyif alırım.			
67	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken kaygılanırım.			
68	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken sinirlenirim.			
69	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken hem fiziksel hem ruhsal olarak yorulurum.			
70	Adli psikiyatri hastalarından kötü etkilenirim.			
71	Adli psikiyatri hastalarından nefret ederim.			
72	Adli psikiyatri hastalarına acırım.			
73	Adli psikiyatri hastalarının her söylediğine inanmam.			
74	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken irrite olurum.			
75	Adli psikiyatri hastaları bana ilgi çekici gelir.			

Madde No	MADDELER	Gerekli	Yaralı, ancak yetersiz	Gereksiz
76	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken yorulurum.			
77	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken gerilirim.			
78	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken daha içten olurum.			
79	Adli psikiyatri hastalarının sosyal şifa bulacağına inanmam.			
80	Adli psikiyatri hastaları hakkında bilgi toplamak hoşuma gider.			
<i>Davranış</i>				
81	Adli psikiyatri hastası olan birisiyle aynı işte birlikte çalışırım.			
82	Adli psikiyatri hastası olan birisiyle arkadaşlık yaparım.			
83	Adli psikiyatri hastası olan birisine evimi kiraya veririm.			
84	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken her zaman sınır koyarım.			
85	Adli psikiyatri hastalarının tedavisini yapmaktan kaçınırım.			
86	Adli psikiyatri hastalarından çekinirim.			
87	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken daha çok dikkat ederim.			
88	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken sabırlı olurum.			
89	Adli psikiyatri hastalarına soğuk davranırım.			
90	Adli psikiyatri hastaları ile yalnız görüşme yapmam.			
91	Adli psikiyatri hastalarına işlediği suça göre davranırım.			
92	Adli psikiyatri hastalarına dokunamam.			
93	Adli psikiyatri hastalarına ödün vermem.			
94	Adli psikiyatri hastalarına daha yumuşak davranırım.			
95	Adli psikiyatri hastalarına daha hassas yaklaşırım.			
96	Adli psikiyatri hastalarına karşı hoşgörülü olurum.			
97	Adli psikiyatri hastalarına arkadaş gibi yaklaşırım.			
98	Adli psikiyatri hastalarına arkamı dönmem.			
99	Adli psikiyatri hastaları ile tıbbi girişim dışında yakın temasta bulunmam.			
100	Adli psikiyatri hastalarının sorunlarını dinlerim.			
101	Adli psikiyatri hastalarını daha fazla gözlemlerim.			

Madde No	MADDELER	Gerekli	Yaralı, ancak yetersiz	Gereksiz
102	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken alttan alırım.			
103	Adli psikiyatri hastalarına ayrıcalıklı davranırım.			
104	Adli psikiyatri hastalarına karşı tedbirli davranırım.			
105	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken daha çok güvenlik önlemleri alırım.			
106	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken önce kendi can güvenliğimi sağlarım.			
107	Adli psikiyatri hastaları ile mümkün olduğunca az görüşürüm.			
108	Adli psikiyatri hastalarına karşı otoriter davranırım.			
109	Adli psikiyatri hastalarına soru sorarken dikkat ederim.			
110	Adli psikiyatri hastaları ile ilgili ekip arkadaşlarımı uyarırım.			
111	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken daha fazla çabalarım.			
112	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken sakin davranırım.			
113	Adli psikiyatri hastalarına şüpheyle yaklaşırım.			
114	Adli psikiyatri hastalarımı eleştirmem.			
115	Adli psikiyatri hastalarımı tekrar topluma kazandırmaya çalışırım.			

EK IX**ADLI PSİKIYATRİ HASTALARINA YÖNELİK HEMŞİRE TUTUM ÖLÇEĞİ
ADAY ÖLÇEK MADDELERİNİ DEĞERLENDİREN UZMAN LİSTESİ**

No	Adı Soyadı	Mesleği	Çalıştığı Kurum
1	Prof. Dr. Nuri BİLGİN	Sosyal Psikolog	Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü
2	Prof. Dr. Hakan COŞKUNOL	Psikiyatrist	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri AD.
3	Prof. Dr. Süleyman DOĞAN	Öğretmen	Ege Üniversitesi Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık AD.
4	Prof. Dr. Ergin DÜLGER	Adli Tıp Uzmanı	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Adli Tıp AD.
5	Doç.Dr. Ekin Özgür AKTAŞ	Adli Tıp Uzmanı	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Adli Tıp AD.
6	Doç.Dr. Haluk SAVAŞ	Psikiyatrist	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri AD.
7	Doç.Dr. Şeref GÜLSEREN	Psikiyatrist	İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği
8	Doç.Dr. Hale OKÇAY	Sosyolog	Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü
9	Doç.Dr. Hülya UÇAR	Hemşire	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
10	Doç.Dr. Leyla DİNÇ	Hemşire	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
11	Yard.Doç.Dr. Gülsüm ANÇEL	Hemşire	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
12	Yard. Doç.Dr. Mediha KORKMAZ	Psikometrist	Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü
13	Yard. Doç.Dr. D.Yelda BEKTAŞ	Psikolojik Danışma ve Rehberlik Uzmanı	Ege Üniversitesi Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık AD.
14	Yard.Doç.Dr. Tuncay ÖĞRETMEN	Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme Uzmanı	Ege Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme AD.
15	Hv. Tbp.Yb. İlhan SAYGILARLI	Hekim	T.C. Milli Savunma Bakanlığı İzmir Hava Hastanesi
16	Dr. Müge ALKAN	Psikolog	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri AD.

EK X

**ADLI PSİKİYATRİ HASTALARINA YÖNELİK HEMŞİRE TUTUM ÖLÇEĞİ ADAY
ÖLÇEK MADDELERİNİN KAPSAM GEÇERLİK ORANLARI**

Madde No	MADDELER	Gerekli	Yaralı, ancak yetersiz	Gereksiz	Kapsam geçerlik oranı (KGO)
Düşünce					
1	Adli psikiyatri hastaları saldırgandır.	14		1	0.86*
2	Adli psikiyatri hastaları hastaneden çıktıktan sonra yine suç işler.	13	2		0.73*
3	Adli psikiyatri hastaları tedaviye uyum göstermez.	9	5	1	0.20
4	Adli psikiyatri hastaları tehlikelidir.	12	1	2	0.60*
5	Adli psikiyatri hastaları toplumun güvenliği için tehlike arz eder.	11	1	3	0.46
6	Adli psikiyatri hastalarının ceza sorumluluğu yoktur.	12	1	2	0.60*
7	Adli psikiyatri hastaları kişilik bozukluğu olan insanlardır.	9	4	2	0.20
8	<i>Adli psikiyatri hastalarının uzun süreli tedavi edilir.</i>	7	7	1	-0.06
9	<i>Adli psikiyatri hastaları iradesi güçlü olan insanlardır.</i>	3	6	6	-0.60
10	Adli psikiyatri hastaları tamamen iyileşmez.	12	3		0.60*
11	<i>Adli psikiyatri hastaları ince zekası olan insanlardır</i>	6	5	4	-0.20
12	<i>Adli psikiyatri hastaları ağır suç (cinayet, tecavüz gibi) işleyen insanlardır.</i>	7	5	3	-0.06
13	Adli psikiyatri hastaları kendisine zarar vermez.	8	4	3	0.06
14	Adli psikiyatri hastaları çevresine zarar verir.	11	4		0.46
15	Adli psikiyatri hastaları şüpheli insanlardır.	13		2	0.73*
16	Adli psikiyatri hastaları akıl hastalığından dolayı suç işleyen insanlardır.	10	3	2	0.33
17	<i>Adli psikiyatri hastaları akli dengesi yerinde olmayan insanlardır</i>	6	3	6	-0.20
18	<i>Adli psikiyatri hastalarının ne zaman ne yapacağı belli olmaz.</i>	7	5	3	-0.06
19	Adli psikiyatri hastaları can güvenliğini tehdit eder.	9	2	5	0.20
20	<i>Adli psikiyatri hastaları uyumlu hastalardır.</i>	6	2	7	-0.20
21	<i>Adli psikiyatri hastaları takıntılı insanlardır.</i>	6	5	4	-0.20
22	<i>Adli psikiyatri hastaları ağır ruhsal bozukluğu olan insanlardır.</i>	7	5	2	-0.06
23	<i>Adli psikiyatri hastaları yaptıklarından pişmanlık duyar.</i>	5	6	4	-0.33
24	Adli psikiyatri hastaları toplum tarafından dışlanır.	11	2	2	0.46
25	<i>Adli psikiyatri hastaları diğer psikiyatri hastalarından daha az risklidir.</i>	7	5	3	-0.06
26	<i>Adli psikiyatri hastaları aileme-çocuklarıma zarar verir.</i>	4	6	5	-0.46
27	<i>Adli psikiyatri hastaları sağlık çalışanlarını taciz eder.</i>	6	8	1	-0.20
28	<i>Adli psikiyatri hastaları psikiyatri hastalarından daha talepkardır.</i>	6	2	7	-0.20

Madde No	MADDELER	Gerekli	Yaralı, ancak yetersiz	Gereksiz	Kapsam geçerlilik oranı (KGO)
29	<i>Adli psikiyatri hastaları, kendilerini diğer psikiyatri hastalarıyla eşit görürler.</i>	5	4	6	-0.33
30	<i>Adli psikiyatri hastalarının içgörüsü tamdır.</i>	2	9	4	-0.73
31	Adli psikiyatri hastaları öfkelerini kontrol edemez.	13	1	1	0.73*
32	Adli psikiyatri hastalarının kıskançlık hezeyanları vardır.	8	4	3	0.06
33	<i>Adli psikiyatri hastaları kafasına koyduğunu yapar.</i>	7	6	2	-0.06
34	Adli psikiyatri hastaları sağlık çalışanını kullanmaya çalışır.	8	5	2	0.06
35	Adli psikiyatri hastaları en küçük bir şeyden olay çıkarır.	9	4	2	0.20
36	<i>Adli psikiyatri hastaları tedaviye yardımcı olur.</i>	4	6	5	-0.46
37	<i>Adli psikiyatri hastaları terkedilmiş hisseder.</i>	1	5	9	-0.86
38	<i>Adli psikiyatri hastaları uyanık insanlardır.</i>	4	5	6	-0.46
39	<i>Adli psikiyatri hastaları gözü kara insanlardır.</i>	7	3	5	-0.06
40	<i>Adli psikiyatri hastaları hapisane kültürü olan insanlardır.</i>	2	4	9	-0.73
41	Adli psikiyatri hastaları sapık insanlardır.	8	2	5	0.06
42	Adli psikiyatri hastaları kincidir.	8	4	3	0.06
43	<i>Adli psikiyatri hastaları güçlü insanlardır.</i>	4	9	2	-0.46
44	Adli psikiyatri hastaları yardıma muhtaç insanlardır.	10	3	2	0.33
45	Adli psikiyatri hastalarını anlamak zordur.	11	3	1	0.46
46	<i>Adli psikiyatri hastaları çaresiz insanlardır.</i>	7	5	3	-0.06
47	Adli psikiyatri hastaları huzursuz insanlardır.	8	4	3	0.06
48	Adli psikiyatri hastaları tedavi görmesi gereken insanlardır.	14		1	0.86*
49	Adli psikiyatri hastaları ile çalışmak mesleki gelişimime katkı sağlar.	12		3	0.60*
Duygu					
50	Adli psikiyatri hastaları için üzülürüm.	12		3	0.60*
51	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken duygusal karışıklık yaşarım.	9	4	2	0.20
52	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken tedirginlik yaşarım.	13	2		0.73*
53	Adli psikiyatri hastalarına güvenmem.	13	2		0.73*
54	Adli psikiyatri hastalarına öfke duyarım.	10	3	2	0.33
55	Adli psikiyatri hastaları ile ilişki kurarken korkarım.	12	3		0.60*
56	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken gergin olurum.	8	7		0.06
57	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken huzursuz olurum.	8	7		0.06
58	Adli psikiyatri hastalarına bakım vermek hoşuma gider.	13		2	0.73*
59	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken kendimi yıpranmış (tükenmiş) hissederim.	14		1	0.86*
60	Adli psikiyatri hastaları bakım verirken yılgınlık (bezginlik) yaşarım.	9	3	3	0.20

Madde No	MADDELER	Gerekli	Yaralı, ancak yetersiz	Gereksiz	Kapsam geçerlilik oranı (KGO)
61	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken sıkıntı yaşıyorum.	8	4	3	0.06
62	Adli psikiyatri hastalarına bakım vermek istemem.	13	1	1	0.73*
63	Adli psikiyatri hastalarına bakım verme konusunda çelişki yaşıyorum.	11	3	1	0.46
64	<i>Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken ürkerim.</i>	7	3	5	-0.06
65	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken tehdit hissederim.	10	5		0.33
66	<i>Adli psikiyatri hastalarına bakım vermekten keyif alırım.</i>	6	5	4	-0.20
67	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken kaygılanırım.	10	2	3	0.33
68	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken sinirlenirim.	13	1	1	0.73*
69	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken hem fiziksel hem ruhsal olarak yorulurum.	10	3	2	0.33
70	Adli psikiyatri hastalarından kötü etkilenirim.	10	4	1	0.33
71	Adli psikiyatri hastalarından nefret ederim.	9	3	3	0.20
72	Adli psikiyatri hastalarına acırım.	9	5	1	0.20
73	Adli psikiyatri hastalarının her söylediğine inanmam.	9	1	5	0.20
74	<i>Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken irrite olurum.</i>	4	4	7	-0.46
75	Adli psikiyatri hastaları bana ilgi çekici gelir.	9	3	3	0.20
76	<i>Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken yorulurum.</i>	7	2	6	-0.06
77	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken gerilirim.	8	3	4	0.06
78	<i>Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken daha içten olurum.</i>	6	5	4	-0.20
79	Adli psikiyatri hastalarının sosyal şifa bulacağına inanmam.	9	5	1	0.20
80	Adli psikiyatri hastaları hakkında bilgi toplamak hoşuma gider.	8	3	4	0.06
Davranış					
81	Adli psikiyatri hastası olan birisiyle aynı işte birlikte çalışırım.	12		3	0.60*
82	Adli psikiyatri hastası olan birisiyle arkadaşlık yaparım.	12	1	2	0.60*
83	Adli psikiyatri hastası olan birisine evimi kiraya veririm.	13	2		0.73*
84	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken her zaman sınır koyarım.	13	2		0.73*
85	Adli psikiyatri hastalarının tedavisini yapmaktan kaçınırım.	14		1	0.86*
86	Adli psikiyatri hastalarından çekinirim.	12	1	2	0.60*
87	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken daha çok dikkat ederim.	11	2	2	0.46
88	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken sabırlı olurum.	12	2	1	0.60*
89	Adli psikiyatri hastalarına soğuk davranırım.	11	3	1	0.46
90	Adli psikiyatri hastaları ile yalnız görüşme yapmam.	13	2		0.73*
91	Adli psikiyatri hastalarına işlediği suça göre davranırım.	11	2	2	0.46
92	Adli psikiyatri hastalarına dokunamam.	10	1	4	0.33

Madde No	MADDELER	Gerekli	Yaralı, ancak yetersiz	Gereksiz	Kapsam geçerlik oranı (KGO)
93	Adli psikiyatri hastalarına ödün vermem.	8	4	3	0.06
94	<i>Adli psikiyatri hastalarına daha yumuşak davranırım.</i>	7	5	3	-0.06
95	<i>Adli psikiyatri hastalarına daha hassas yaklaşırım.</i>	7	6	2	-0.06
96	Adli psikiyatri hastalarına karşı hoşgörülü olurum.	11	3	1	0.46
97	<i>Adli psikiyatri hastalarına arkadaş gibi yaklaşırım.</i>	7	3	5	-0.06
98	Adli psikiyatri hastalarına arkamı dönmem.	9	2	4	0.20
99	Adli psikiyatri hastaları ile tıbbi girişim dışında yakın temasta bulunmam.	13	2		0.73*
100	Adli psikiyatri hastalarının sorunlarını dinlerim.	13		2	0.73*
101	Adli psikiyatri hastalarını daha fazla gözlemlerim.	10	2	3	0.33
102	<i>Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken alttan alırım.</i>	6	7	2	-0.20
103	<i>Adli psikiyatri hastalarına ayrıcalıklı davranırım.</i>	6	6	3	-0.20
104	Adli psikiyatri hastalarına karşı tedbirli davranırım.	11	2	2	0.46
105	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken daha çok güvenlik önlemleri alırım.	12	2	1	0.60*
106	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken önce kendi can güvenliğimi sağlarım.	11	2	2	0.46
107	Adli psikiyatri hastaları ile mümkün olduğunca az görüşürüm.	11	2	2	0.46
108	Adli psikiyatri hastalarına karşı otoriter davranırım.	13	1	1	0.73*
109	Adli psikiyatri hastalarına soru sorarken dikkat ederim.	9	4	2	0.20
110	Adli psikiyatri hastaları ile ilgili ekip arkadaşlarımı uyarırım.	12	3		0.60*
111	<i>Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken daha fazla çabalarım.</i>	6	6	3	-0.20
112	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken sakin davranırım.	10	2	3	0.33
113	Adli psikiyatri hastalarına şüpheyle yaklaşırım.	11	2	2	0.46
114	Adli psikiyatri hastalarını eleştirmem.	8	5	2	0.06
115	Adli psikiyatri hastalarını tekrar topluma kazandırmaya çalışırım.	12	1	2	0.60*

$\alpha = 0.05$, $KG\bar{I}$: 0.49 ve $KGO_{madde} > KG\bar{I}$ olduğunda istatistiksel olarak anlamlıdır.

ACIKLAMA:

- ✓ *Yatık (İtalik) yazı ile yazılanlar:* Kapsam geçerlik oranı negatif ve kapsam geçerlik ölçütüne göre istatistiksel olarak anlamlı olmayan maddelerdir.
- ✓ Normal yazı ile yazılanlar: Kapsam geçerlik oranı pozitif olan, ancak kapsam geçerlik ölçütüne göre istatistiksel olarak anlamlı olmayan maddelerdir.
- ✓ **Koyu (Bold) yazı ile yazılanlar:** Kapsam geçerlik oranı pozitif ve kapsam geçerlik ölçütüne göre istatistiksel olarak anlamlı olan maddelerdir.

EK XI

**ADLI PSIKİYATRİ HASTALARINA YÖNELİK HEMŞİRE TUTUM ÖLÇEĞİ
MADDELERİNİN KAPSAM GEÇERLİK ORANLARI**

Madde no	Aday ölçek madde no	MADDELER	Maddenin yönü	"Gerekli" diyen uzman sayısı	Kapsam geçerlik oranı (KGO)
Düşünce					
1	1	Adli psikiyatri hastaları saldırgandır.	-	14	0.86
2	2	Adli psikiyatri hastalarının hastaneden çıktıktan sonra suç işleyeceğini düşünürüm	-	13	0.73
3	4	Adli psikiyatri hastalarının tehlikeli olmadığını düşünürüm.	+	12	0.60
4	6	Bana göre, adli psikiyatri hastalarına ceza verilmemelidir	+	12	0.60
5	10	Adli psikiyatri hastalarının tedavi ile iyileşebileceğini düşünürüm	+	12	0.60
6	15	Bana göre adli psikiyatri hastaları şüpheli insanlardır.	-	13	0.73
7	31	Adli psikiyatri hastaları öfkelerini kontrol edemez.	-	13	0.73
8	48	Adli psikiyatri hastaları tedavi görmesi gereken insanlardır.	-	14	0.86
9	49	Adli psikiyatri hastaları ile çalışmanın mesleki gelişimime katkı sağladığını düşünürüm.	+	12	0.60
Duygu					
10	50	Adli psikiyatri hastaları için üzülürüm.	+	12	0.60
11	52	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken tedirginlik yaşamam.	+	13	0.73
12	53	Adli psikiyatri hastalarına güvenmem.	-	13	0.73
13	55	Adli psikiyatri hastaları ile ilişki kurmaktan korkarım.	-	12	0.60
14	58	Adli psikiyatri hastalarına bakım vermek ilgimi çeker.	+	13	0.73
15	59	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken kendimi tükenmiş hissedirim.	-	14	0.86
16	62	Adli psikiyatri hastalarına bakım vermek istemem.	-	13	0.73
17	68	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken gerginlik hissedirim.	-	13	0.73
Davranış					
18	81	Adli psikiyatri hastası olan birisiyle aynı işte birlikte çalışırım.	+	12	0.60
19	82	Adli psikiyatri hastası olan birisiyle arkadaşlık yaparım.	+	12	0.60
20	83	Adli psikiyatri hastası olan birisine evimi kiraya veririm.	+	13	0.73
21	84	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken sınır koyarım.	-	13	0.73
22	85	Adli psikiyatri hastalarının tedavisini yapmaktan kaçınırım.	-	14	0.86
23	86	Adli psikiyatri hastalarına çekinmeden yaklaşabilirim.	+	12	0.60
24	88	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken anlayışlı davranırım	+	12	0.60
25	90	Adli psikiyatri hastaları ile yalnız görüşme yapmam.	-	13	0.73
26	99	Adli psikiyatri hastalarına tıbbi uygulama dışında dokunamam.	-	13	0.73

Madde Sayısı	Madde No	MADDELER	Maddenin yönü	"Gerekli" diyen uzman sayısı	Kapsam geçerlik oranı (KGO)
27	100	Adli psikiyatri hastalarının sorunlarını dinlerim.	+	13	0.73
28	105	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken daha fazla güvenlik önlemi alırım.	-	12	0.60
29	108	Adli psikiyatri hastalarına karşı otoriter davranırım.	-	13	0.73
30	110	Ekip arkadaşlarımı adli psikiyatri hastalarına karşı dikkatli olması konusunda uyarırım.	-	12	0.60
31	115	Adli psikiyatri hastalarını topluma kazandırmaya çabalamalıyız	+	12	0.60

$\alpha = 0.05$ düzeyinde $KGÖ = 0.49$, $KGİ=0.69$,
 $KGİ \geq KGÖ$ olduğundan kapsam geçerliği anlamlıdır.

EK XII**UZMANLAR TARAFINDAN ÖNERİLEN EK MADDELER**

1. Herkesin adli psikiyatri hastası olabileceğini düşünürüm.
2. Adli psikiyatri hastaları toplumun kurbanı olan insanlardır.
3. Adli psikiyatri hastası olan birisini ailemle tanıştırdım.
4. Adli psikiyatri hastalarını konu alan filmler izlerim
5. Adli psikiyatri hastalarını konu alan kitapları okurum
6. Adli psikiyatri hastası olan birisiyle aynı restorantta yemek yemem.
7. Adli psikiyatri hastası olan birisine paramı emanet ederim.
8. Adli psikiyatri hastası olan birisine selam vermem.

EK XIII

ADLİ PSİKİYATRİ HASTALARINA YÖNELİK HEMŞİRE TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda *adli psikiyatri hastaları* ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Doğru veya yanlış yanıt yoktur. Her bir ifadeyi okuduktan sonra, sizin fikrinizi en iyi ifade ettiğini düşündüğünüz bölümün altına "X" işareti koyunuz.

Ölçek maddelerini içtenlikle yanıtlamanız, araştırma sonuçları açısından önemlidir. Bu ölçekte 35 ifade bulunmaktadır. Cevaplama süresi yaklaşık 5 dakikadır. Lütfen her bir ifade için yalnızca bir bölümün altına işaretleyiniz ve boş bırakmayınız.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Madde Sayısı	Madde Yönü	MADDELER	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	-	Adli psikiyatri hastaları saldırgandır.					
2	-	Adli psikiyatri hastalarının hastaneden çıktıktan sonra suç işleyeceğini düşünürüm.					
3	+	Adli psikiyatri hastalarının tehlikeli olmadığını düşünürüm.					
4	+	Bana göre, adli psikiyatri hastalarına ceza verilmemelidir.					
5	+	Adli psikiyatri hastalarının tedavi ile iyileşebileceğini düşünürüm.					
6	-	Bana göre adli psikiyatri hastaları şüpheli insanlardır.					
7	-	Adli psikiyatri hastaları öfkelerini kontrol edemez.					
8	-	Adli psikiyatri hastaları tedavi görmesi gereken insanlardır.					
9	+	Adli psikiyatri hastaları ile çalışmanın mesleki gelişimime katkı sağladığını düşünürüm.					
10	+	Herkesin adli psikiyatri hastası olabileceğini düşünürüm.					
11	+	Adli psikiyatri hastaları toplumun kurbanı olan insanlardır.					
12	+	Adli psikiyatri hastaları için üzülürüm.					
13	+	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken tedirginlik yaşamam.					
14	-	Adli psikiyatri hastalarına güvenmem.					
15	-	Adli psikiyatri hastaları ile ilişki kurmaktan korkarım.					
16	+	Adli psikiyatri hastalarına bakım vermek ilgimi çeker.					
17	-	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken kendimi tükenmiş hissedirim.					
18	-	Adli psikiyatri hastalarına bakım vermek istemem.					

Madde Sayısı	Madde Yönü	MADDELER	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
19	-	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken gerginlik hissederim.					
20	+	Adli psikiyatri hastalarını konu alan film ve kitaplara ilgi duyarım.					
21	+	Adli psikiyatri hastası olan birisiyle aynı işte birlikte çalışırım.					
22	+	Adli psikiyatri hastası olan birisiyle arkadaşlık yaparım.					
23	+	Adli psikiyatri hastası olan birisine evimi kiraya veririm.					
24	+	Adli psikiyatri hastası olan birisini ailemle tanıştıtırırım.					
25	-	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken sınır koyarım.					
26	-	Adli psikiyatri hastalarının tedavisini yapmaktan kaçınırım.					
27	+	Adli psikiyatri hastalarına çekinmeden yaklaşabilirim.					
28	+	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken anlayışlı davranırım.					
29	-	Adli psikiyatri hastaları ile yalnız görüşme yapmam.					
30	-	Adli psikiyatri hastalarına tıbbi uygulama dışında dokunamam.					
31	+	Adli psikiyatri hastalarının sorunlarını dinlerim.					
32	-	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken daha fazla güvenlik önlemi alırım.					
33	-	Adli psikiyatri hastalarına karşı otoriter davranırım.					
34	-	Ekip arkadaşlarımı adli psikiyatri hastalarına karşı dikkatli olması konusunda uyarırım.					
35	+	Adli psikiyatri hastalarını topluma kazandırmaya çabalamalıyız.					

EK XIV

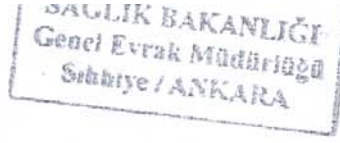
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANELERİNİN RUH SAĞLIĞI HİZMETİ VERDİKLERİ BÖLGELER

İstanbul Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.	Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.	Bolu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.	Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.	Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.	Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.	Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.	Trabzon Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.
İstanbul Avrupa	İstanbul Anadolu	Bolu	Manisa	Adana	Elazığ	Samsun	Trabzon
Edirne	Kocaeli	Ankara	Balıkesir	Konya	Erzurum	Sinop	Rize
Kırklareli	Yalova	Düzce	İzmir	Kırşehir	Erzincan	Kastamonu	Artvin
Tekirdağ	Sakarya	Karabük	Aydın	Nevşehir	Kars	Çankırı	Gümüşhane
Çanakkale	Bilecik	Kırıkkale	Kütahya	Kayseri	Ağrı	Amasya	
Bursa	Eskişehir	Zonguldak	Afyonkarahisar	Aksaray	Tunceli	Çorum	
		Bartın	Isparta	Karaman	Malatya	Yozgat	
			Burdur	Mersin	Van	Tokat	
			Uşak	Niğde	Diyarbakır	Sivas	
			Denizli	Kahramanmaraş	Mardin	Ordu	
			Muğla	Adıyaman	Muş	Giresun	
			Antalya	Gaziantep	Bingöl	Iğdır	
				Hatay	Bitlis	Bayburt	
				Şanlıurfa	Siirt		
				Kilis	Hakkari		
				Osmaniye	Şırnak		
					Batman		
					Ardahan		

EK XV

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANELERİNİN
ADLI PSİKİYATRİ HİZMETİ VERDİKLERİ BÖLGELER**

I.BÖLGE İst. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast	II.BÖLGE Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.	III.BÖLGE Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.	IV.BÖLGE Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.	V.BÖLGE Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.
İstanbul	Manisa	Adana	Elazığ	Samsun
Edirne	Balıkesir	Konya	Erzurum	Sinop
Kırklareli	İzmir	Kırşehir	Erzincan	Kastamonu
Tekirdağ	Aydın	Nevşehir	Kars	Çankırı
Çanakkale	Kütahya	Kayseri	Ağrı	Amasya
Bursa	Afyon	Aksaray	Tunceli	Çorum
Bilecik	Isparta	Karaman	Malatya	Yozgat
Eskişehir	Burdur	İçel	Van	Tokat
Kocaeli	Uşak	Niğde	Diyarbakır	Sivas
Sakarya	Denizli	Kahramanmaraş	Mardin	Ordu
Bolu	Muğla	Adıyaman	Muş	Giresun
Zonguldak	Antalya	Gaziantep	Bingöl	Trabzon
Ankara		Hatay	Bitlis	Rize
Kırıkkale		Şanlıurfa	Siirt	Artvin
Düzce		Kilis	Hakkari	Bayburt
Karabük		Osmaniye	Şırnak	Gümüşhane
Yalova			Batman	Bartın
			Ardahan	Iğdır



EK XVI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100THG0730002-042- 35043
Konu : Bilgi Talebi

11.09.2008

Sayın : Leyla BAYSAN ARABACI
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Bornava/İZMİR

Bakanlığımız Bilgi Edinme Birimine yaptığımız 26.08.2008 tarih ve 1983 sayı ile kayıtlı başvurunuzdaki, Sağlık Bakanlığımıza bağlı Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerinde, "Adli Psikiyatri Birimi" bulunup bulunmadığı ve bu hastanelerde çalışan toplam hemşire sayısı konularını içeren bilgi talebiniz incelenmiştir.

Bakanlığımıza bağlı Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerinde, "Adli Psikiyatri Birimi" bulunmamaktadır.

Bu hastanelerin toplam hemşire sayıları Temmuz-2008 tarihi itibari ile ilişikte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Uzm. Dr. Orhan KOÇ
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı V.

EKLER:
1-Liste (1 Sayfa)

DAĞITIM :
Gereği :
Leyla BAYSAN ARABACI
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Bornava/İZMİR

Bilgi :
Halkla İlişkiler Koordinatörlüğü
(Bilgi Edinme Birimi)(Ek konmadı)

**SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HASTANELERİNİN HEMŞİRE SAYILARI TEMMUZ 2008**

İller	Kurum Adı	Hemşire
ADANA	ADANA DR.EKREM TOK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	98
BOLU	BOLU İZZET BAYSAL RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	33
ELAZIĞ	ELAZIĞ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	69
İSTANBUL	İSTANBUL BAKIRKÖY Ord.Prof.Dr.MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	344
İSTANBUL	İSTANBUL ERENKÖY RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ	42
MANİSA	MANİSA RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	115
SAMSUN	SAMSUN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ	75
TRABZON	TRABZON ÇAYKARA ATAKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANESİ	15

XVII

HEMŞİRELERİN APHHTÖ MADDELERİNİ CEVAPLANDIRMA DURUMUNA GÖRE DAĞILIMI

	Madde 1		Madde 2		Madde 3		Madde 4		Madde 5		Madde 6		Madde 7		Madde 8		Madde 9	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kesinlikle Katılmıyorum	37	6.0	21	3.4	104	16.8	128	20.6	37	6.0	21	3.4	16	2.6	17	2.7	22	3.5
Katılmıyorum	165	26.6	106	17.1	298	48.1	248	40.0	147	23.7	97	15.6	107	17.3	18	2.9	82	13.2
Kararsızım	165	26.6	165	26.6	126	20.3	137	22.1	185	29.8	115	18.5	128	20.6	14	2.3	160	25.8
Katılıyorum	209	33.7	274	44.2	60	9.7	80	12.9	214	34.5	321	51.8	294	47.4	303	48.9	258	41.6
Tamamen Katılıyorum	42	6.8	52	8.4	17	2.7	22	3.5	29	4.7	61	9.8	69	11.1	267	43.1	94	15.2
Yanıtızsız	2	0.3	2	0.3	15	2.4	5	0.8	8	1.3	5	0.8	6	1.0	1	0.2	4	0.6
TOPLAM	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0
	Madde 10		Madde 11		Madde 12		Madde 13		Madde 14		Madde 15		Madde 16		Madde 17		Madde 18	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kesinlikle Katılmıyorum	72	11.6	84	13.5	44	7.1	73	11.8	19	3.1	36	5.8	57	9.2	65	10.5	92	14.8
Katılmıyorum	200	32.3	297	47.9	129	20.8	191	30.8	116	18.7	216	34.8	193	31.1	256	41.3	270	43.5
Kararsızım	127	20.5	138	22.3	181	29.2	139	22.4	147	23.7	127	20.5	194	31.3	173	27.9	141	22.7
Katılıyorum	165	26.6	82	13.2	211	34.0	171	27.6	258	41.6	180	29.0	148	23.9	96	15.5	87	14.0
Tamamen Katılıyorum	48	7.7	14	2.3	53	8.5	44	7.1	77	12.4	55	8.9	25	4.0	29	4.7	30	4.8
Yanıtızsız	8	1.3	5	0.8	2	0.3	2	0.3	3	0.5	6	1.0	3	0.5	1	0.2	0	0.0
TOPLAM	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0

HEMŞİRELERİN APHTTÖ MADDELERİNİ CEVAPLANDIRMA DURUMUNA GÖRE DAĞILIMI (Devamı)

	Madde 19		Madde 20		Madde 21		Madde 22		Madde 23		Madde 24		Madde 25		Madde 26		Madde 27	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kesinlikle Katılmıyorum	39	6.3	43	6.9	53	8.5	65	10.5	130	21.0	128	20.6	39	6.3	118	19.0	45	7.3
Katılmıyorum	210	33.9	140	22.6	155	25.0	175	28.2	190	30.6	210	33.9	107	17.3	351	56.6	163	26.3
Kararsızım	106	17.1	105	16.9	276	44.5	245	39.5	218	35.2	174	28.1	55	8.9	76	12.3	182	29.4
Katılıyorum	221	35.6	273	44.0	118	19.0	120	19.4	70	11.3	88	14.2	316	51.0	57	9.2	180	29.0
Tamamen Katılıyorum	44	7.1	56	9.0	16	2.6	14	2.3	12	1.9	18	2.9	101	16.3	12	1.9	47	7.6
Yanıtız	0	0.0	3	0.5	2	0.3	1	0.2	0	0.0	1	0.2	2	0.3	6	1.0	3	0.5
TOPLAM	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0
	Madde 28		Madde 29		Madde 30		Madde 31		Madde 32		Madde 33		Madde 34		Madde 35			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kesinlikle Katılmıyorum	12	1.9	36	5.8	56	9.0	8	1.3	7	1.1	26	4.2	10	1.6	14	2.3		
Katılmıyorum	48	7.7	130	21.0	215	34.7	24	3.9	91	14.7	157	25.3	55	8.9	14	2.3		
Kararsızım	75	12.1	121	19.5	104	16.8	37	6.0	45	7.3	117	18.9	43	6.9	31	5.0		
Katılıyorum	398	64.2	241	38.9	177	28.5	406	65.5	311	50.2	249	40.2	351	56.6	288	46.5		
Tamamen Katılıyorum	85	13.7	88	14.2	58	9.4	142	22.9	162	26.1	69	11.1	159	25.6	273	44.0		
Yanıtız	2	0.3	4	0.6	10	1.6	3	0.5	4	0.6	2	0.3	2	0.3	0	0.0		
TOPLAM	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0	620	100.0		

EK XVIII

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI : 2008 - 62
KONU :Etik Kurul Başvuru Onayı hk.

Bornova /İZMİR
03.06.2008

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında Arş.Gör.Leyla BAYSAN ARABACI'nın sorumluluğunda 01.05.2008 - 01.05.2009 tarihleri arasında yapılması planlanan "Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Geliştirme" konulu araştırma 27.05.2008 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve "Araştırmanın Yürütülmesi Uygun" bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Prof.Dr.Olcay ÇAM
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı



EK XIX



T.C.
MANİSA İLİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Eğitim Şube Müdürlüğü)



SAYI :B104ISM4450009/020
KONU: Anket Çalışması

26-05-2008/2623

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Leyla BAYSAN ARABACI'nın "Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Geliştirme" konulu tez çalışmasının anketini 26.05.2008-30.09.2008 tarihleri arasında Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Biriminde görev yapan hemşirelere yapmaları ve çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüze bildirilmesi hususunu;
Olurlarınıza arz ederim.

Tuncay ÖZER
Müdür a.
Müdür Yardımcısı

OLUR
.....05.2008

Dr. Ziya TA
Sağlık Müdürü

İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü
Tel:0236 2311904 / 133 Faks:0236 2314993 e-posta:msmegitimsube@gmail.com



T.C.
MANİSA İLİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Eğitim Şube Müdürlüğü)



SAYI :B104ISM4450009/789
KONU:Anket Çalışması

26-05-2008/12208

Ruh Sağ. Hast. Hastanesi Rastalın (İsime)
MANİSA
Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Leyla BAYSAN ARABACI'nın "Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Geliştirme" konulu araştırmasının anketi ile ilgili İl Makamının 26.05.2008 tarih ve 2623 sayılı Onayı ekte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

EKİ:1 Adet Onay

Dağıtım :
Gereği :
Ruh Sağ.ve Hast.Hast.

Bilgi :
Ege Ün.v.Sağ.Bil.Ens.

Tuncay ÖZER
Müdür a.
Müdür Yardımcısı

İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü
Tel:0236 2311904 / 133 Faks:0236 2314993 e-posta:msmegitimsube@gmail.com

7.921
27.05.08

EK XX

İLGİLİ MAKAMA

“Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Geliştirme” konulu doktora tez çalışmam kapsamında, 26 Mayıs - 30 Eylül 2008 tarihleri arasında Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde çalışan hemşireler ile yapacağım odak grup görüşmelerinde konuşulanları unutmamam için *ses kayıt cihazı* kullanılacaktır. Bu görüşmelerde söylenecek *herşey gizli tutulacak* ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

02.06.2008

Arş.Gör. Leyla BAYSAN ARABACI

EK XXI

Re: Ölçek kullanımı için izin

Kimden:

aysegul.bilge@ege.edu.tr

Gönderme tarihi:25 Aralık 2008 Perşembe 12:03:49

Kime: Leyla Baysan Arabacı (baysanarabaci@hotmail.com)

Sayın Baysan Arabacı,

"Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği"mi yapacağınız araştırmada kullanmanız, ölçeğimin kullanılabilirliği açısından akademik bir mutluluk vereceğini bildirir, araştırma sonucunda çalışmanızın sonuçların hakkında yazılı bilgilendirmenizi rica ederim.

Öğr.Gör.Dr.Ayşegül Bilge

Ege üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

EK XXII-a

SAĞLIK BAKANLIĞI

Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Baştabipliği

SAYI : B.10.4.İSM.4.14.00.47 - 1552
 BİRİMİ : Özlük
 KONUSU : Uygulama İzni

BOLU

4 TEMMUZ 2008

EGE ÜNİVERSİTESİ
 (Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)
 İZMİR

İlgi :24.06.2008 tarih ve 1614 sayılı uygulama izni ile ilgili yazınız.

İlgi yazınız gereği; hastanemiz yeni kurulan 80 yataklı Ruh Sağlığı Hastanesi olup; adli birimimiz bulunmamaktadır. Ancak ayaktan gelen adli hastalara yönelik inceleme yapılabilir.

Gereğini arz ederim.

Uzm.Dr. Hülya ENSARİ

Başhekim

ADRES :

Ağaçcılar Köyü Mevkii – BOLU
 e-posta : boludhs7@saglik.gov.tr
 elektronik ağ : <http://www.boluruhsagligi.gov.tr/>

FAKS : 0 (374) 275 24 23
 Ayrıntılı bilgi için : F.KAYIŞ
 Tel : 0 (374) 275 25 25

EK XXII-b



Kağıttest

ISO 9001:2000

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
Başhekimliği

Sayı : B104ISM042300115/ 11003 -
Konu : Uygulama İzni

ELAZIĞ
07.11.2008

EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne
İZMİR

İlgi:24.06.2008 tarih ve 1611 say.yaz.K.
İlgi sayılı yazınız gereğince istenilen, Enstitünüz Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Doktora öğrencisi Leysan BAYSAN ARABACI'nın "Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Geliştirme" konulu doktora tez araştırmasını Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz/rica ederim.

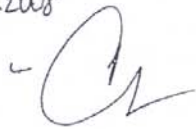

Uz. Dr. Mustafa N. NAMLİ
Baştabip

Verilecek Cevapta yazımın tarih ve numarasının yazılması

Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Rızaiye Mah. Mehmet Güçlü Cad.No:71 ELAZIĞ
Tel: 0424 2181083 -2127830 - 2184174- 2372365 - 66 Faks: 0424 2127831
www.elazigsh.gov.tr

Elazığ

3345
14.11.2008





EK XXII-c

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir
Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği

Sayı : B104İSM4340018/
Konu : Leyla Baysan Arabacı (Uygulama İzni)

27258


İSTANBUL

01 Eylül 2008

EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne
Bornava/İZMİR

İlgi : 24/06/2008 tarih ve B.30.2.EGE.0.A1.00.00-1608 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda adı geçen Leyla Baysan Arabacı'nın "Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Geliştirme" konulu doktora tez çalışmasını 01 Eylül 2008-15 Mayıs 2009 tarihleri arasında hastanemizde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Bilgilerinize rica ederim.


Doç. Dr. Medaim YANK
Baştabip

Zuhuratbaba Mah. Demirkapı Cad. No: Bila Bakırköy/İSTANBUL
Tel: (0212) 543 65 65 Fax: (0212) 572 95 98

İlgi
27258
01/09/08

EK XXII-d



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Baştabipliği

Sayı : B-10-4-ISM-4-55-00-18/ 5863
Konu : Uygulama İzni

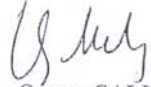
08/07/2008

EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne
Bornova/İZMİR

İlgi : 24/06/2008 tarih ve 1615 sayılı yazınız.

İlgi yazınız belirtilen Enstitünüz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi **Leyla BAYSAN ARABACI**'nın "Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Geliştirme" konulu doktora tez araştırmasını (*hastaları deşifre etmeden, etik kurallara uymak sureti ile*) 01 Eylül 2008 – 15 Mayıs 2009 tarihleri arasında yapmasında sakınca bulunmadığı hususunu;

Bilgilerinize arz ederim.


Dr. Osman ŞALIŞ
Baştabip

Unkapanı Mah. Leventler Cad. No: 1 55020 SAMSUN
Telefon: (0 362) 431 78 53 /180-181 Faks: (0 362) 431 78 55
e-posta: samsunrhhl@saglik.gov.tr Elektronik Ağ:

Ayrıntılı bilgi için irtibat: K.KILINÇ Şef

Seher Hanım
AtöD.
Yazdırılmış
SİS 12

EK XXII-e

T.C.
ÇAYKARA KAYMAKAMLIĞI
Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği

Sayı:B1041SM4614401/770- 430

30.12.2008

Konu: Uygulama İzni

EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi:24.06.2008 tarih ve 1609 sayılı yazınız;

Enstitünüz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Leyla BAYSAN ARABACI'nın "Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire tutum Ölçeği Geliştirme " konulu doktora tez araştırmasını ilgi yazıda belirtilen tarihler arasında Hastanemizde yapmasında şakınca olmadığını bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr. Orhan SELÇUK
Başhekim

12/12/08
11

EK XXII-f



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Dr. Ekrem TOK Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
BAŞTABİPLİĞİ
ADANA



Birimi : Özlük
Sayı : B104ISM4010048/ 11-6 2
Konu : Uygulama İzni

23.1.3/2009

EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
İZMİR

İgi: 24.06.2008 tarihli ve 1610 sayılı yazınıza;

Enstitünüz öğrencilerinden Leyla BAYSAN ARABACI' nın 01.09.2008-15.05.2009 tarihleri arasında hastanemizde "Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Geliştirme" konulu tez çalışmasını yapmasında sakınca olmadığı hakkındaki Valilik Makamı Onayı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Uz. Dr. Bülent DEMİRBEK
Başhekim

Eki: Onay

T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Personel Şube Müdürlüğü

SAYI:B.10.4.ISM.4.01.00.08-904.01-
KONU:Uygulama İzni

10.10.08 39689

VALİLİK MAKAMINA
ADANA

İlimiz Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinin 25.09.2008 tarih ve 5938 sayılı yazısına istinaden, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 24.06.2008 tarihli ve 1610 sayılı yazısı ile aynı okul doktora öğrencisi Leyla BAYSAN ARABACI'nın, 01.09.2008-15.05.2008 tarihleri arasında, Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde "Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Geliştirme" konulu tez çalışması yapmasında, Müdürlüğümüzce de sakınca bulunmamakta ise de;

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. K. Çağlar ÇATAK
Sağlık Müdürü

OLUR:

10.../2008

Ibrahim AVCI
Vali a.
Vali Yardımcısı

ADRES:Mustafa Kemalpaşa Bul. Yüreğir/ADANA
Tel:0322 3441894-95 Dahili:145
e-posta:adana.ps@saglik.gov.tr
internet adresi:www.adanasm.gov.tr

İrtibat:
Tayyibe ÖRTLEK
Personel Şub.Doktor Sicil

EK XXII-g



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

SAYI: B.10.4.ISM.04.34.59.29./ 975/99
KONU: Uygulama İzni

Uygun Evrak Tarihi: 25/11/2008
Nispetiye Sıra No: 7552
Görevli ve Yetkili: İL SAĞLIK MÜD. İSTANBUL İL SAĞ
MÜD.
KARAR: UYGULAMA İZİNİ
Karar Tarihi: 25/11/2008

İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü' nün 24.06.2008 tarih ve 1613 sayılı yazısı,

İlgide tarih sayısı kayıtlı yazıda belirtilen Leyla BAYSAN ARABACI' nın tarafımızdan "Adli Psikiyatri Birimi Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Geliştirme" konulu doktora tez araştırmasını hastanemizde yapması uygun görülmüş olup, bu konuda onayınız gerekmektedir. Bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr.Serhat ÇITAK
Başhekim Yrd.

19/11/2008 Memur Z.Nazlı AKINCI
19/11/2008 Hast.Müdürü Halil KAYA

Istanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Başhekimlik:0216 356 05 03
Çağrı Merkezi (Santral-Randevu): 0216 302 39 59 Faks:0216 302 94 22
www.erenkoyruhsinir.gov.tr

H.İ. İHTİSAL M. Ç. İHTİSAL M. Ç.

PROTOKOL**Taraflar:**

Madde 1- Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı ile **EGE UNIVERSİTESİ**.....
 Üniversitesi/Hastanesi **HEMŞİRELİK YÜSEKOKULU**.....
 Fakültesi/Kliniği arasında düzenlenmiştir.
 Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluş...**ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EAH**.....dir.
 Çalışmanın adı: **"Adli Psikiyatri Birimi Hastalarına Yönelik Hemşire Tuzum Ölçeği Geliştirme"**.....dir.

Bu çalışmada görevlendirilen kişi/kişiler **Leyla BAYSAN ARABACI**.....dir.

Konu:

Madde 2- Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan konuyu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurula bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
 Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında İnan İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
 Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
 Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinin de yararlanılacağı ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında ayrıntı:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi: Başlangıç: 17/04/2009.../Bitiş: 17/07/2009.....

Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü, protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilaflara çözüm:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

Çalışma yayımlanması halinde getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili subesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilir. Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.
 Her çalışmanın bir Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.
 Yapılan çalışmanın Sağlık Müdürlüğüne ilgili subesi ile görüş alışverişinde bulunacak ve yürütücüsü.....3 Ay..... süre ile değerlendirmeler yapılacaktır.

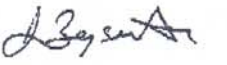
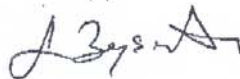
Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

Ek Bilgi:**Taraflar:**

20.04/2009
 Unvanı-Adı-Soyadı
 Leyla BAYSAN ARABACI

...../04/2009
 Unvanı-Adı-Soyadı
 Uz.Dr.Göknur ŞENÇÖZ

OLUŞ
/04/2009
 Vaka
 Uz. Dr. Mehmet BAKAR
 Sağlık Müdürü



EK XXII-h



T.C.
MANİSA İLİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Eğitim Şube Müdürlüğü)



16 Temmuz 2008 / 15601

SAYI :B104ISM4450009/789
KONU:Anket Çalışması

EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜNE
İZMİR

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı doktora öğrencisi Leyla BAYSAN ARABACI'nın "Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Geliştirme" konulu araştırmasının anketi ile ilgili İl Makamının 14.07.2008 tarih ve 3257 sayılı Onayı ekte gönderilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

EKİ:1 Adet Onay

Dr. Ertan ÖZMEN
Müdür a.
Müdür Yardımcısı

Dağıtım :
Gereği :
Ruh Sağ.Hast.Hast.

Bilgi :
Ege Ün.v.Sağ.Bil.Enst.

İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü
Tel:0236 2311904 / 133 Faks:0236 2314993 e-posta:msmegitimsube@gmail.com

07.1350



MANİSA İLİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Eğitim Şube Müdürlüğü)



SAYI :B104ISM4450009/020
KONU: Anket Çalışması

14 Temmuz 2008 / 3257

İL MAKAMINA

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Leyla BAYSAN ARABACI'nın "Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Geliştirme" konulu çalışmasının anketini 01 Eylül 2008 -15 Mayıs 2009 tarihleri arasında Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde çalışan hemşirelere uygulaması ve çalışma sonucunun Müdürlüğümüze bildirilmesi hususunu: Olurlarınıza arz ederim.

Dr.Ziya TAY
Sağlık Müdürü

OLUR
14.07.2008
[Signature]
Necmettin YALINALP
Vali a.
Vali Yardımcısı

İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü
Tel: 0236 2311904/ 195 Faks: 0236 2314993 e-posta: msmegitimsube@gmail.com

EK XXIII**ADLI PSİKİYATRİ HASTALARINA YÖNELİK HEMŞİRE TUTUM ÖLÇEĞİ**

Madde No	MADDELER
1	Adli psikiyatri hastaları saldırgandır.
2	Adli psikiyatri hastalarının hastaneden çıktıktan sonra suç işleyeceğini düşünürüm.
3	Adli psikiyatri hastalarının tehlikeli olmadığını düşünürüm.
4	Adli psikiyatri hastalarının tedavi ile iyileşebileceğini düşünürüm.
5	Bana göre adli psikiyatri hastaları şüpheli insanlardır.
6	Adli psikiyatri hastaları öfkelerini kontrol edemez.
7	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken tedirginlik yaşamam.
8	Adli psikiyatri hastalarına güvenmem.
9	Adli psikiyatri hastaları ile ilişki kurmaktan korkarım.
10	Adli psikiyatri hastalarına bakım vermek ilgimi çeker.
11	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken kendimi tükenmiş hissedirim.
12	Adli psikiyatri hastalarına bakım vermek istemem.
13	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken gerginlik hissedirim.
14	Adli psikiyatri hastası olan birisiyle aynı işte birlikte çalışırım.
15	Adli psikiyatri hastası olan birisiyle arkadaşlık yaparım.
16	Adli psikiyatri hastası olan birisine evimi kiraya veririm.
17	Adli psikiyatri hastası olan birisini ailemle tanıştıırım.
18	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken sınır koyarım.
19	Adli psikiyatri hastalarının tedavisini yapmaktan kaçınırım.
20	Adli psikiyatri hastalarına çekinmeden yaklaşabilirim.
21	Adli psikiyatri hastaları ile yalnız görüşme yapmam.
22	Adli psikiyatri hastalarına tıbbi uygulama dışında dokunamam.
23	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken daha fazla güvenlik önlemi alırım.
24	Adli psikiyatri hastalarına karşı otoriter davranırım.
25	Ekip arkadaşlarımı adli psikiyatri hastalarına karşı dikkatli olması konusunda uyarırım.

EK XXIV**GÜVENİLİRLİK VE GEÇERLİLİK KONTROL LİSTESİ****1. Ölçümün Amacı**

- a Ölçümün amacı açık ve net biçimde belirtildi

2. Kavramsal Yapı

- a Ölçümün ilgi odağı olan kavramsal yapı açık bir şekilde tanımlandı
- b Kavramsal yapının basit ve karmaşık olma niteliği hakkında bilgi verildi
- c Ölçek uygulanacak hedef kitleden kişilerle görüşülerek kavramsal yapının gözden kaçabilecek öğeleri hakkında bilgi toplandı

3. Ölçek Maddelerinin Yazımı

- a Ölçek maddeleri hedeflenen ölçüm amacına uygun olarak belirlendi
- b Ölçek maddeleri dil bilgisi kuralları ve okuma güçlüğü açısından kontrol edildi
- c Ölçek maddeleri “bir ölçek havuzu” kapsamında oluşturuldu
- d Başlangıçta, nihai testteki madde sayısının üç katı kadar madde geliştirildi
- e Ölçek maddeleri yazılırken cevaplayıcıların özellikleri göz önünde bulunduruldu

4. Örneklem Büyüklüğü

- a Klasik test kuramı çerçevesinde ölçek maddeleri için en az 1:5 kriteri temel alındı veya en az 200 kişilik bir örneklem hacmi belirlendi
- b Klasik test kuramı çerçevesinde ölçek maddelerinden faktör çıkarmak için Kaiser-Meyer-Olkin örneklem büyüklüğü analizi yapıldı

5. Ölçek Bilgileri

- a Kullanılan her bir ölçeğin adı/başlığı net olarak belirlendi veya her bir ölçüme bir “ad” bulundu.....
- b Ölçüm aracının adı “başlık” biçiminde yazıldı

6. Pilot Araştırma

- a Ölçeğin geliştirilme aşamalarıyla ilgili olarak, yapılan pilot çalışmalar hakkında bilgi verildi
- b Pilot araştırma sırasında kullanılan örnek kütlenin büyüklüğü hakkında bilgi verildi
- c Pilot araştırma, esas araştırmanın veya ölçümün yapılacağı benzer bir grupta yapıldı

7. Ölçeğin Uygulama Biçimi Bilgileri

- a Ölçeğin öz değerlendirme, yüz yüze değerlendirme, aletli test, telefon görüşmesi, gözlemci değerlendirmesi gibi ölçüm yöntemlerinden hangisiyle yapıldığı açık bir şekilde tanımlandı
- b Ölçeğin uygulandığı ortam, zaman ve diğer çevre koşulları hakkında bilgi verildi
- c Ölçeğin standart bir biçimde uygulanması için “uygulama yönergesi” hazırlandı

d Ölçeğin uygulama yönergesi bilimsel rapor ekine eklendi

8. Klasik veya Modern Test Modelinden Hangisinin Tercih Edildiği

a Ölçümün değerlendirilmesinde tercih edilen modeller ve bu modellerin niçin tercih edildiğine ilişkin bilgi verildi

b Ölçümle ilgili olarak literatürde daha çok hangi ölçüm modellerinin kullanıldığı ve son yıllardaki eğilimin ne yolda olduğuna ilişkin bilgi verildi

c Ölçüm modelinin tercih edilmesinde hangi mantıksal gerekçelerden hareket edildiği açıklandı

9. Klasik Test Kuramı Seçilmişse

a Madde-toplam puan korelasyonu analizi yapıldı

b .30 altında korelasyon katsayısına sahip maddeler ile negatif işaretli korelasyon katsayısına sahip maddeler ölçekten çıkarıldı

c Maddenin ayırt etme indeks değerinin pozitif işaretli ve .25'den yüksek olmasına dikkat edildi

d Ölçeğe alınan maddelerin istatistiksel analizleri yapıldı

e Alternatif veya paralel formlar kullanılmışsa bunların nereden temin edildiği ve nasıl geliştirildiği konusunda bilgi verildi

f Alternatif veya paralel formların aritmetik ortalama, standart sapma değerleri açık bir şekilde verildi

g Alternatif formlar tam paralel değilse aralarında ne ölçüde farklılık olduğuna ilişkin bilgi verildi

10. Ölçeğin Çok Boyutluluk Analizi

a Ölçeğin faktöriyel yapısını belirlemek için faktör analizi yapıldı

b Veri yapısına ve ölçeğin türüne uygun faktör analizi yöntemi seçildi

c Ölçeğin tek veya çok boyutlu/faktörlü olma durumu hakkında ayrıntılı bir şekilde bilgi verildi

11. Biçim

a Ölçek formu cevaplayıcıya cazip gelecek bir şekilde düzenlendi

b Ölçek formu normal koşullarda cevaplayıcının 20 dakikadan daha fazla zamanını almayacak şekilde düzenlendi

c Raporda, ölçeğin ortalama tamamlama süresi hakkında bilgi verildi

d Ölçek formunda renk kullanımından kaçınıldı

e Anket formunda koyu siyah yazım biçiminden kaçınıldı. Önem verilen kelimeler italik tarzıyla yazıldı

12. İyileştirme

- a Ölçek maddelerinin kalitesinin iyileştirilmesi için yapılan çalışmalar hakkında bilgi verildi
- b Ölçek iyileştirme çalışmalarında kullanılan istatistiksel analiz yöntemleri hakkında bilgi verildi
.....
- c Ölçek maddelerinin yetersiz kaldığı ve daha sonraki çalıştırmalarda iyileştirilmesi gereken konular hakkında bilgi verildi

13. Ölçek Sonuçlarının Yorumlanması

- a Sonuçların yorumlanmasında ihtiyatlı bir dil kullanıldı
- b Sonuçların tek bir ölçüme mi yoksa birden fazla ölçüme mi ait olduğu açık bir şekilde vurgulandı
.....

14. Ölçek Sonuçlarının Kodlanması

- a Ölçek sonuçlarının optik okuma cihazı, el ile girilme durumu hakkında bilgi verildi
- b Ölçek sonuçları elle girilmişse veri doğrulaması için hangi yöntemlerin uygulandığı hakkında bilgi verildi
.....
- c Verileri bilgisayara el ile girme işlemini kimin yaptığı ve tek bir ölçüme ait verilerin ortalama giriş süresi hakkında bilgi verildi

15. Örneklem

- a Ölçümün yapıldığı örneklem hakkında bilgi verildi
- b Ölçümün yapıldığı örneklem büyüklüğü hakkında bilgi verildi
- c Örnekleme yöntemi hakkında bilgi verildi

16. Güvenirlilik

- a Klasik test kuramında hangi güvenirlilik yönteminin uygulandığı ve niçin bu yöntemin seçildiği konusunda bilgi verildi
- b Güvenirlilik analizinde farklı analiz yöntemlerinden yararlanıldı
- c Güvenirlilik sonuçları birden fazla güvenirlilik analizi yöntemiyle desteklendi ve olabildiğince ikna edici, kuşkuları azaltıcı verilere ve bulgulara ulaşılmaya çalışıldı

17. Geçerlilik

- a Yüzey ve içerik geçerliği için hangi çalışmaların yapıldığı hakkında bilgi verildi
- b Uyuşma (birlikte vuku bulma) geçerliliği ile ilgili bilgi verildi
- c Yapısal geçerlilik analizlerinin hangi yöntem çerçevesinde yapıldığı hakkında bilgi verildi

ÖZGEÇMİŞ

1976 yılında Niğde’de doğdu. İlk öğrenimini Edirne ve Rize’de, orta öğrenimini Rize ve Tokat’ta tamamladı. 1993 yılında girdiği Ankara Üniversitesi Fen Fakültesi Astronomi ve Uzay Bilimleri Bölümü’nde bir yıl öğrenim gördükten sonra, biyoloji dersine olan sevgisi ve sağlık alanına olan ilgisinden dolayı bu okuldan ayrılarak 1995 yılında Ege Üniversitesi (EÜ.) Hemşirelik Yüksekokulu’na girdi. 1999 yılında bu okuldan mezun olduktan sonra, aynı yıl EÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans programına başladı. 1999-2000 öğretim yılında EÜ. Yabancı Diller Bölümü İngilizce Hazırlık Programına devam etti. 2003 yılında “*Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Geliştirme*” konulu tez çalışması ile Yüksek Lisans programını başarıyla tamamlayarak “*Uzman Hemşire*” ünvanı aldı. Aynı yıl EÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı’nda doktora programına başladı. 2004 yılında “Umut Psikodrama Enstitüsü” psikodrama eğitimi birinci aşamayı tamamlayarak co-terapist ünvanı aldı. 2007 yılında “Adli Hemşirelik” kursunu başarıyla tamamladı. “*Sosyal Psikiyatri*” ve “*Biyolojik Psikiyatri*” alanlarıyla ilgilenen araştırmacının “*Aile İçi Şiddet*”, “*Psikiyatri Hemşireliği*” ve “*Adli Psikiyatri Hemşireliği*” konularında çalışmaları bulunmaktadır.

1999 yılında, lisans öğrenimi sırasında, E.Ü. Olimpik Yüzme Havuzu’nda, lisans öğrenimini tamamladıktan sonra da, E.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği’nde hemşire olarak görev yaptı. 2001 yılında E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başlayan araştırmacı, halen aynı kurumda görev yapmaktadır.