

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İYİLEŞME DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE FORMUNUN
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Cansu GÜLER

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Ayça GÜRKAN

İZMİR

2017

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı soyadı :

(İmza)

Başkan : Yrd. Doç. Dr. Ayça GÜRKAN

(Danışman)

Üye : Prof. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN

Üye: Doç. Dr. JELLA B. ARABACI

Yüksek Lisans Tezinin Kabul Edildiği Tarih 13/06/2017

ÖNSÖZ

Tez çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen değerli danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayça GÜRKAN'A

Tez çalışmamın planlanmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren başta anabilim başkanımız, Sn. Prof. Dr. M Olcay ÇAM ve hocam Sn. Yrd. Doç. Dr. Satı DOĞAN BOZKURT'a

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca bize destek olan ve deneyimlerini bizden esirgemeyen Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üye ve elemanlarına

Araştırmamın istatistiksel analizlerinde yardımcı olan Sn. Tuncay Öğretmen'e

Eğitim hayatım boyunca ve hayatımın her anında yanımda olan ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Sn. Doç. Dr. Saffet OCAK'a

Desteğini ve sevgisini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili eşim Fatih Güler'e ve canım aileme

Sonsuz saygı ve sevgilerimi sunar, teşekkür ederim...

Cansu GÜLER

ÖZET

İYİLEŞME DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Araştırma ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin öznel iyileşme süreçlerini değerlendirmek amacı ile Corrigan ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilen İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin (Recovery Assessment Scale) Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi olarak iki kurumda yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini; bu kurumlara kayıtlı, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü, ruhsal hastalık tanısı almış 180 birey oluşturmuştur. Araştırma metodolojik olarak planlanmıştır. Araştırmanın verileri, Şubat 2017- Mayıs 2017 tarihleri arasında, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak Tanıtıcı Bilgi Formu, İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) ve ölçüt geçerliği için Psikolojik İyi-Oluş Ölçeği (PİOÖ) ile elde edilmiştir.

Araştırmanın geçerlik çalışmaları için dil geçerliği, kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve ölçüt geçerliği için yordama geçerliği yöntemleri kullanılmıştır. Dil geçerliği için çeviri- tekrar çeviri yöntemi, ve kapsam geçerliği için Davis tekniği kullanılarak KGİ hesaplanmıştır. Yapı geçerliği için Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Ölçüt geçerliği için İDÖ ve PİOÖ arasında korelasyon katsayısı, regresyon katsayısı ve açıklayıcılık katsayısı değerleri incelenmiştir. Araştırmanın güvenilirlik çalışması için zamana göre değişmezlik ve iç tutarlık yöntemleri kullanılmış ve iç tutarlık için madde analizi, Cronbach alfa katsayısı değeri incelenmiştir.

Geçerlik çalışması için İDÖ öncelikle Türkçe'ye ve daha sonra İngilizce'ye çevrilerek dil geçerliği sağlanmıştır. Dil geçerliği sağlandıktan sonra ölçek uzman görüşüne sunulmuş ve uzman görüşleri doğrultusunda içerik geçerliği değerlendirilmiştir. Uzman görüşlerine göre tüm maddelerin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) değeri kabul edilen değer olan 0,80'nin üzerinde bulunmuştur. (KGİ>0,80). Ölçeğin Türkçe formu daha sonra örnekleme dahil edilmeyecek olan bireylere ön uygulama yapıldıktan sonra oluşturulmuştur.

Ölçeğin yapı geçerliği için DFA'da incelenen uyum indeksleri değerleri yapı geçerliği için kabul edilen değerler arasında bulunmuştur ($\chi^2/SD=1,98$, RMSEA=0,07, SRMR=0,06, GFI=0,98, CFI=1,00, NFI=1,00, AGFI=0,97). Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin faktör yükleri incelendiğinde maddelerin faktör yüklerinin 0,34 ile 0,98 arasında değiştiği ve kabul edilen değerler arasında olduğu bulunmuştur. ($p<0,01$).

Ölçeğin ölçüte göre geçerliği (yordama geçerliği) incelendiğinde, İyileşme Değerlendirme Ölçeği ile Psikolojik İyi Oluş Ölçeği arasında pozitif yönde, anlamlı ve mükemmel derecede ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,864$, $p<0,01$). İyileşme Değerlendirme Ölçeği ile Psikolojik İyi Oluş Ölçeği arasında regresyon katsayısı (β) 0,71 ve açıklayıcılık katsayısı (R^2) 0,50 olarak istenen değerler arasında bulunmuştur.

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin güvenirlik çalışması için öncelikle madde ölçek toplam korelasyon değerleri (r) incelenmiş ve bu değerlerin 0,078 ile 0,806 arasında değiştiği görülmüştür. Daha sonra madde-toplam puan korelasyon değerleri incelenmiştir. Madde-toplam puan korelasyon değeri en düşük istendik değer olan 0,30'un altında bulunan, Madde 2, Madde 3 Madde 10'un madde-toplam puan korelasyonu için hesaplanan p değerlerinin istatistik açıdan anlamsız olduğu bulunmuştur. ($p>0,05$). Daha sonra ölçek maddelerinin madde-alt ölçek toplam puan korelasyon değeri incelenmiş ve yalnızca Madde 10 için incelenen değer 0,30'un altında bulunmuştur. Madde 10'un hem ölçek toplam puan korelasyon değerinin hem de yer aldığı alt boyut toplam puan korelasyon değerinin istenen değer altında olduğu görülmüştür. Ölçek sahibi ile görüşülmüş ve hem yapılan DFA sonucunda Madde 10'un madde faktör yükünün en düşük istendik değer olan 1,96'dan büyük olması hem de ölçeğin kavramsal yapısını bozmamak adına madde çıkarma işlemine gidilmemiştir.

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Cronbach alfa katsayısı ise 0,90 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri 0,74 ile 0,89 arasında bulunmuştur. İyileşme Değerlendirme Ölçeğinin zamana karşı değişmezliğini test etmek için ölçek, ilk uygulamadan iki hafta sonra 35 kişiye tekrar uygulanmış ve ilk ve son ölçüm arasındaki ilişki incelenmiştir. İki ölçüm arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).

Yapılan geçerlik ve güvenirlik analizleri sonucunda İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin ruhsal hastalık tanısı alan bireylerde öznel iyileşmeyi ölçmek için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerde İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin daha geniş örneklem gruplarında uygulanarak değişmezliğinin araştırılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ruhsal Hastalık, İyileşme, Geçerlik, Güvenirlik

ABSTRACT

THE VALIDITY AND RELIABILITY OF THE TURKISH FORM OF RECOVERY ASSESSMENT SCALE

The study was designed to evaluate the validity and reliability of Turkish form of Recovery Assessment Scale developed by Corrigan et al. (1999) with the aim of evaluating subjective recovery processes of individuals who have been diagnosed with mental illness.

The research was carried out in two institutions as Ege University Medical Faculty Hospital Community Mental Health Center and Manisa Mental Health and Disease Hospital Community Mental Health Center. The sample of the research consists of 180 people; who have registered these institutions, who have met the research criteria and who have volunteered to participate in the research and who have been diagnosed with mental illness. The research was planned in a methodological way. The data of the study were obtained from February 2017 to May 2017 using a face-to-face interview technique by the Introductory Information Form, the Recovery Assessment Scale (RAS) and the Psychological Well-Being Scale (PWBS).

For the validity studies of the research, the linguistic validity, the content validity, the construct validity and the criterion-related validity methods were used. For the validity of the language, the translation-re-translation method is used, and the CVI values of items were found using the Davis technique for the content validity. Confirmative Factor Analysis were used construct validity. For the criterion-related validity, the correlation coefficient, regression coefficient and explanatory coefficient values between RAS and PWBS were examined. Time-invariance and internal consistency methods were used for the reliability study of the research and for internal consistency, item analysis and Cronbach's alpha coefficient value were examined.

For the linguistic validation, RAS was translated to Turkish and then into English. After the linguistic validity was given, the scale was presented to the expert opinion and the content validity was evaluated according to expert opinions. According to expert opinions CVI value of all items found to be over 0.80, which is the accepted value ($CVI > 0.80$). The Turkish version of the scale was created after the preliminary application was made to the individuals who would not be included in the sample later.

For the construct validity of the scale, the values of the fit indices examined Confirmative Factor Analysis (CFA) were found to be among the accepted values ($\chi^2 / SD = 1.98$, $RMSEA = 0.07$, $SRMR = 0.06$, $GFI = 0.98$, $CFI = 1.00$, $NFI = 1.00$, $AGFI = 0.97$). When

factor loads related to the subscales of the scale were examined, it was found that the factor loadings of the items varied between 0,34 and 0,98 and between the desired values ($p < 0,01$).

When the criterion-relation validity of the scale was examined, it was found that there was a positive and significant relationship between the Recovery Assessment Scale and the Psychological Well-Being Scale ($r = 0,864$, $p < 0,01$). The regression coefficient (β) was 0.71 and the explanatory coefficient (R^2) was 0.50 between the Recovery Assessment Scale and Psychological Well-Being Scale.

For the reliability evaluation of the Recovery Assessment Scale, item scale total correlation values (r) were examined and it was seen that these values changed between 0.078 and 0.806. Item-total score correlation values were then examined. The p-values calculated for the item-total score correlation of Item 2, Item 3, Item 10 which are below the lowest desired value of 0.30, were found to be statistically insignificant ($p > 0.05$). Subsequently, the item-subscale total score correlation value of the scales was examined and only the value examined for Item 10 was found to be below 0.30. It has been seen that both the item- total score correlation value of item 10 and the item-subscale total score correlation value were found below the desired value. It was discussed with the scale owner and the item extraction was not carried out in order to the fact that the item factor load of item 10 higher than 1.96 which is the lowest value in DFA, and not to disturb the conceptual structure of the scale.

The Cronbach's alpha coefficient of the Recovery Assessment Scale was found 0.90. The Cronbach's alpha coefficient of the subscales of the scale ranged from 0.74 to 0.89. To test the test-re test reliability of the Recovery Assessment Scale, the scale was applied again to 35 individuals two weeks after the first application and the correlation between the first and last measurements was examined and it was found that there was a significant correlation between the two measures ($p < 0,01$).

As a result of the validity and reliability analyses, it was determined that the Recovery Assessment Scale is a valid and reliable scale to measure subjective recovery in individuals who are diagnosed with mental illness.

It has been suggested that the Recovery Assessment Scale should be applied to wider sample groups to investigate the instability of individuals who are diagnosed with mental illness.

Keywords: Mental Illness, Recovery, Validity, Reliability

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ.....	I
ÖZET.....	II
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	XII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XIV
DİYAGRAMLAR DİZİNİ.....	XV
SEMBOLLER/ KISALTMALAR LİSTESİ.....	XVI
BÖLÜM I	
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Konusu (Problem).....	1
1.2. Araştırmanın Önemi	4
1.3. Varsayımlar, Sınırlılıklar, Karşılaşılan Güçlükler	4
1.4. Tanımlar	5
1.5. Araştırma Sorusu.....	5
1.6. Araştırmanın Amacı.....	5
1.7. Genel Bilgiler	6
1.7.1. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları İle İlgili Genel Bilgiler.....	6
1.7.1.1. Ruh Sağlığı Tanımı	6
1.7.1.2. Ruhsal Hastalık Tanımı.....	6
1.7.1.3. Ruhsal Hastalıkların Etiyolojisi	6
1.7.1.4. Ruhsal Hastalıkların Epidemiyolojisi	6
1.7.2. Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında İyileşme.....	8

1.7.2.1. Ruhsal Hastalıklarda İyileşmenin Tanımı	8
1.7.2.2 Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında İyileşmeyi Tanımlayan Boyutlar.....	9
1.7.3. İyileşme ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	11
1.7.4. Hemşirelik Kuramları Açısından İyileşme	13
1.7.4.1. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Tidal (Gelgit) Model ve İyileşme.....	13
1.7.4.2. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Watson'ın İnsan Bakım Modeli ve İyileşme	15
1.7.5. İyileşme İle İlgili Kavramlar.....	17
1.7.5.1. İyileşmede Kendine Güven ve Umut ve Hemşirelik	17
1.7.5.2. İyileşmede Yardım Arama Davranışı ve Hemşirelik	19
1.7.5.3. İyileşmede Hedef ve Başarıya Yönelim ve Hemşirelik	20
1.7.5.4. İyileşmede Çevredekilere Güven ve Hemşirelik	21
1.7.5.5. İyileşmede Semptomlar ile Baş etme ve Hemşirelik	23
1.7.6. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği'nde İyileşme Değerlendirme Ölçeği	24
1.7.7. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları	26
1.7.7.1.Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması	26
1.7.7.2.Dil Uyarlaması	26
1.7.7.3. Geçerlik	27
1.7.7.3.1. İçerik (Kapsam) Geçerliği	27
1.7.7.3.2. Yapı (Kavram) Geçerliği	28
1.7.7.3.3.Ölçüt Bağıntılı Geçerlilik (Kestirim /Yordama Geçerliliği)..	30
1.7.7.4. Güvenirlik	31
1.7.7.4.1. İç Tutarlılık (Internal Cosistency)	31

1.7.7.4.2. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı	32
1.7.7.4.3. Zamana Karşı Değişmezlik(Test-Tekrar Test Güvenirliği)..	32
BÖLÜM II	
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
2. 1. Araştırmanın Tipi	33
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	33
2.3. Araştırmanın Evreni	33
2.4. Araştırmanın Örneklemi	34
2.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	34
2.6. Veri Toplamada Kullanılan Gereçler	34
2.6.1.Birey Tanıtım Formu.....	34
2.6.2.İyileşme Değerlendirme Ölçeği	34
2.6.3. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği	36
2.7.Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi.....	36
2.8. Süre ve Olanaklar	38
2.9. Etik Uygulamalar	40
BÖLÜM III	
3. BULGULAR	41
3.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	41
3.2. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarına Ait Bulgular	45
3.2.1. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik Çalışmalarına Ait Bulgular	45
3.2.1.1. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Dil Geçerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar	45
3.2.1.2. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin İçerik/Kapsam	46

Geçerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar	
3.2.1.3 İyileşme Değerlendirme Ölçeğinin Yapı Geçerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar	48
3.2.1.3.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları	49
3.2.1.4. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Ölçüt Bağıntılı Geçerlik (Kestirim/Yordama Geçerliği) Sonuçları	55
3.2.2. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Güvenirlik Çalışmalarına Ait Bulgular	56
3.2.2.1. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin İç Tutarlılık Analizleri...	56
3.2.2.2. İyileşme Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Katsayıları.....	61
3.2.2.3 İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Zamana Karşı Değişmezliğinin Belirlenmesi (Test-Tekrar Test Güvenirliği)	63
BÖLÜM IV	
4. TARTIŞMA	64
4.1. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Sonuçlarının İncelenmesi	64
4.1.1. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik Sonuçlarının İncelenmesi	64
4.1.1.1. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Dil Geçerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmaların İncelenmesi	64
4.1.1.2. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin İçerik/Kapsam Geçerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmaların İncelenmesi	65
4.1.1.3. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Yapı Geçerliği Sonuçlarının İncelenmesi	66
4.1.1.4. Ölçüt Bağıntılı Geçerlilik (Kestirim/Yordama Geçerliliği) Sonuçlarının İncelenmesi	70
4.1.2. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Güvenirlik Sonuçlarının	71

İncelenmesi	
4.1.2.1. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin İç Tutarlık Analizlerine ilişkin sonuçların İncelenmesi	72
4.1.2.2. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Cronbach Alfa Güvenirlik Analizi Sonuçlarının İncelenmesi	73
4.1.2.3. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Zamana Karşı Değişmezlik (Test-Tekrar Test Güvenirliği) Sonuçlarının İncelenmesi	74
BÖLÜM V	
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
5.1 SONUÇ	76
5.1.1 Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Sonuçlar	76
5.1.2. Geçerlik Analizleri Sonuçları	76
5.1.3. Güvenirlik Analizleri Sonuçları	77
5.2. ÖNERİLER.....	78
KAYNAKLAR	79
EKLER	
Ek- I: Bilgilendirilmiş Onam Formu	88
Ek- II: Tanıtıcı Bilgi Formu.....	89
Ek-III. Recovery Assessment Scale (Ölçeğin Orjinal Formu).....	91
Ek-IV: İyileşme Değerlendirme Ölçeği.....	93
Ek-V: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği.....	95
Ek VI: Recovery Assessment Scale Ölçek Kullanım İzni (Patrick Corrigan).....	96
Ek -VII: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Kullanım İzni (Baki Telef).....	98
Ek-VIII: Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik	99

Kurulu İzni	
Ek -IX: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Araştırma İzni	100
Ek-X: Sağlık Bakanlığı Manisa Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Araştırma İzni	101
Ek-XI: Ölçek Sahibinden Alınan Görüş (Patrick w. Corrigan)	102
ÖZGEÇMİŞ.....	104



TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Tidal (Gelgit) Model ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Felsefesi.....	14
Tablo 2. Watson İnsan Bakım Modelinde İyileştirici Faktörler ve İyileştirme Süreçleri (Hemşirelik Yaklaşımları).....	16
Tablo3: İyileşme Değerlendirme Ölçeği Faktör Grupları	35
Tablo 4. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik Yöntemleri ve Kullanılan İstatistikler.....	37
Tablo 5. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Güvenirlik Yöntemleri ve Kullanılan İstatistikler	37
Tablo 6. Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	42
Tablo 7 Bireylerin Fiziksel Ve Ruhsal Hastalık Öykülerine Göre Dağılımı.....	44
Tablo 8: İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Uzman Değerlendirmeleri ve Maddelerin Kapsam Geçerlik İndeksi Değerleri	47
Tablo 9: Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği Ölçüsü, Barlett's Test of Sphericity Analizi ve Power Analizi Sonuçları	49
Tablo 10: Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular.....	50
Tablo 11: İyileşme Değerlendirme Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları (Standardize Faktör Yükleri, Hata Varyansları, R ² ve t değerleri)	51
Tablo 12: İyileşme Değerlendirme Ölçeği ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği'nin Birbirleriyle Korelasyonu	55
Tablo 13: İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Madde Ortalama ve Standart Sapma Dağılımı	57
Tablo14: İyileşme Değerlendirme Ölçeği Madde Analizi	58
Tablo 15: İyileşme Değerlendirme Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyonları..	59

Tablo 16: Ölçek Maddelerinin-Alt Ölçek Toplam Puan Korelasyonları	60
Tablo 17: İyileşme Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Katsayıları	61
Tablo 18: İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Madde Sayısı, Ölçekten Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puan Aralığı, Ortalama, Standart Sapma, Varyans, Minimum ve Maksimum Değerler	62
Tablo 19: İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin ve Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları	63



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 1: Zaman Çizelgesi 39



DİYAGRAMLAR DİZİNİ

Diyagram No	Sayfa No
Diyagram 1: İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Standardize Değerleri ile Doğrulayıcı Faktör Analizi'ne Ait İz Diyagramı	53
Diyagram 2: İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizine Ait İz (Path) Diyagramı (Standardize t Değerleri İle).....	54



SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

RAS: Recovery Assessment Scale

İDÖ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği

PWBS: Psychological Well-Being Scale

PİOÖ: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

n: Örneklem Alınacak Birey Sayısı

CVI: Content Validity İndeks

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

AFA: Açıklayıcı Faktör Analizi

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

SPSS: Statistical Packagefor the Social Science

LİSREL: Linear Structural Equations Model Language

YEM: Yapısal Eşitlik Modellemesi

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling

DALY: Yeti Kaybına Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Years)

YLD: Yeti Yitimine Bağlı Kaybedilen Yaşam Yılı (Years Lost with Disability)

CFI: Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index)

GFI: Uyum İyiliği İndeksi (Goodness-of- Fit Index)

AGFI: Düzeltilmiş Uyum İyiliği (Adjusted Goodness of Fit Index)

NFI: Ölçekleştirilmiş Uyum İndeksi (Normed Fit Index)

SRMR: Standartlaştırılmış Kök Artık Kareler Ortalaması İndeksi (Standardized Root Mean Square Residual)

RMSEA: Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması(Root Mean Square Error of Approximation)

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu (Problem)

Birçok ülkede yapılan epidemiyolojik araştırmalar ruhsal hastalıkların sanılandan çok daha yaygın olduğunu ortaya koymaktadır (1–3). Ülkemizde de ruhsal hastalıklar diğer gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi sık karşılaşılan sağlık sorunlarından (1–3). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı desteği ile 1996 yılında çok merkezli olarak gerçekleştirilen ve hala geçerliğini koruyan Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışması sonucuna göre Türkiye'de ruhsal bozuklukların yaygınlığı yüzde 17,2'dir ve kadınlarda alkol bağımlılığı dışındaki tüm bozukluklar daha yaygındır (4). Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması'nda (2006) hastalık yükü nedenleri sıralamasında, psikiyatrik hastalıkların %13,3 oran ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer aldığı belirtilmiştir (5). Hastalık yükünün hesaplanmasında kullanılan “Yeti Kaybına Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Years - DALY)” tanımının iki alt bileşeninden biri olan “Yeti Yitimine Bağlı Kaybedilen Yaşam Yılları'na (Years Lost with Disability - YLD)” bakıldığında, en fazla YLD'ye neden olan temel hastalık gruplarında ilk sırayı psikiyatrik hastalıkların aldığı görülmektedir (5).

Ruhsal hastalıklar, belirtilerin düzeyine göre değişmekle birlikte hem bunu deneyimleyen birey için hem de toplumun büyük bir kısmı için yetersizlik ve engellilik durumuna yol açmakta ve yeti yitiminin en önemli nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir (4–7). Ruhsal hastalıkların uzun süreli seyri ve ağır belirtilerinin, bireyin sosyal yaşamını ve iş verimini etkilediği düşünülmektedir (4,8). Türkiye'de Sağlık İstatistikleri Yıllığına (2016) göre ruhsal bozukluklara bağlı hastanede geçirilen gün sayısı ortalama 21 gün ile tüm tanı gruplarına göre ilk sırada yer almaktadır (9).

Ruhsal hastalıkların yaygın olmasının yanı sıra hastalığı olan bireylerin büyük bir kısmının yardım arama davranışında bulunmaması bilinen bir gerçektir (4,10). Utanma, damgalanma ve ruhsal hastalık tanısı almaktan korkma, sağlık hizmetlerine güvenmeme, belirtilerin maskelenmesi ve normalleştirilmesi, ruhsal hastalık belirtileri ya da ruh sağlığı hizmetleri konusunda bilgi eksikliği, sağlık hizmetlerine ulaşımında aile ve toplum desteğinin olmaması, farklı dini yöntemlerin iyileşmede kullanılması yardım arayışını etkileyen bireysel

etkenler arasında gösterilmektedir (6,11). Hastalığın azımsanması, tanı kriterlerinde farklılıkların olması (DSM-IV-V ICD-10 gibi), sağlık çalışanlarının hastalar hakkındaki kalıp yargıları bakım verenler açısından yardım arama davranışını etkileyen nedenler arasında sayılmaktadır (6).

Ruhsal hastalık tanısı alan bireyler hastalık belirtilerinin yanı sıra işlevsellikte bozulma, rollerini yerine getirmekte yetersizlik ve engellilik durumu yaşarlar (12–14). Buna bağlı olarak bireyler işsizlik, aile süreçlerinde bozulma, barınma sorunları, yoksulluk, ayrımcılık ve damgalanma, strese karşı toleransın azalması, günlük işlevleri yerine getirmede güçlük, sosyal rollerin ve kimliğin kaybı, yaşamıyla ilgili kararları alma sorumluluğu ve yaşamı üzerindeki kontrolünü kaybetme gibi sorunlarla karşılaşabilir (13–17).

İyileşme hastalığın neden olduğu kısıtlamalarla birlikte doyum veren, umutlu bir yaşam sürmek için bireyin tutumları, değerleri, duyguları, hedefleri, becerileri ve rollerinde değişimlerin olduğu, yaşamda yeni anlamlar ve amaçlar geliştirmeyi içeren, bireysel, derin ve özgün bir süreçtir (13). Ruh sağlığı ve hastalıkları alanında iyileşme (recovery) terimi yeni bir kavram değildir. İyileşmenin tanımının yapıldığı klinik araştırmalarda iyileşme kavramı, hastalık belirtilerinin ortadan kalkması ya da azalması (remisyonu) hastalık başlamadan önceki duruma dönme (13,15,18,19), klinik yatışın olmaması, ilaç tedavisinin sonlanması (20), olarak ifade edilmektedir. Ancak ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin hastalık belirtilerinin ortaya çıkmasından önceki döneme dönmesi güçtür ve bireyler hastalık belirtileri sürse de iyileşebilirler (13,17,18,21,22).

İyileşme süreci, ruhsal hastalığa sahip bireyin daha iyi bir yaşam sürme becerilerinde gelişme sürecidir. Davidson ve Strauss (1992) iyileşme sürecindeki bireylerin, hastalık öncesi durumlarına dönemeyecekleri gibi bireylerin de hastalığın başladığı döneme dönmek istemeyeceklerini, aksi durumun iyileşme sürecindeki kazanımlarını inkar etmeleri anlamına geleceğini belirtmektedir (23). Diğer bir deyişle iyileşme sürecinde birey, hastalığın kendisi, damgalanma, ilaçların yan etkisi gibi olumsuz deneyimleri kabullenerek ve bu deneyimlerle baş ederek doyum veren anlamlı bir yaşam geliştirebilir (16,17).

İyileşme tedavi olmak ile aynı anlama gelmemektedir (13,18,22). Davidson (2005) ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin hastalık belirtilerinin ortadan kalkması için ya da tedavi olmak için beklerken yaşamlarının kesintiye uğrayacağını belirterek, bireyin toplum içindeki yaşamını iyileştirmenin ve işlevselliğini arttırmanın, hastalık belirtilerinin ortadan kalkmasından daha önemli bir konu olduğunu belirtmektedir (17).

Güncel iyileşme kavramı birçok yönü ile geleneksel iyileşme tanımından farklıdır. Güncel tanıma göre iyileşme varılacak bir nokta değildir ancak yaşam boyu aralıksız devam eden bir süreçtir. İyileşme süreci, her zaman geriye ve ileriye adımların olduğu bireye özgü

bir yolculuktur ve bu süreçte bireyler hastalık belirtileri ile baş edemeyerek başarısızlık yaşayabilirler (13,16,17,22).

Ruh sağlığı hizmetleri alanında iyileşme kavramının kanıt niteliği taşıyabilmesi için soyut durumundan ölçülebilir bir sonuç duruma dönüşmesi gerekmektedir (24). Literatürde iyileşmeyi değerlendirmekte iki temel yaklaşımdan söz edilmektedir. İlki iyileşmeyi tedavi olmak ile bir tutan, hastalık belirtilerinin ortadan kalkması ya da hastalanmadan önceki işlevselliğe geri dönüş olarak tanımlayan geleneksel değerlendirme yöntemidir. İkincisi ise devam eden hastalık belirtileriyle birlikte doyum veren bir yaşamın değerlendirildiği güncel değerlendirmedir (25).

Drake ve arkadaşları (2015) geleneksel yöntemle iyileşmenin değerlendirilmesinin ruhsal hastalığa sahip bireylerce tanımlanan güncel iyileşmeyi kapsamadığını ve bu şekilde hastalar için anlamlı olan sonuçların ve süreçlerin göz ardı edildiğini belirtmektedir. Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin iyileşme süreçlerinin sağlık profesyonelleri, kurumlar ve ilaç endüstrileri tarafından geleneksel ölçüm yöntemleri ile ölçülmesi yerine hastalarında dahil edilerek kendileri için anlamlı gelen sonuçların ve süreçlerin ölçülebilmesi bu anlamda önemlidir (25).

Uluslararası literatürde güncel tanımıyla iyileşme üzerine yapılmış çalışmalar yaygındır ve iyileşmeyi değerlendiren birçok ölçüm aracı bulunmaktadır (25,26). Ülkemizde ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin iyileşme süreçleri geleneksel yöntemlere göre değerlendirilmektedir. Araştırmanın planlanma sürecinde yapılan literatür taramalarında ülkemizde bireyin kendi iyileşme sürecini ve sonuçlarını kendi bakış açısından değerlendirebileceği bir ölçüm aracına rastlanmamıştır. Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin kendi iyileşme süreçlerini kanıta dayalı olarak değerlendirebilmesi için iyileşmeyi değerlendiren bir ölçeğe gereksinim duyulmaktadır. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanında İyileşme Değerlendirme Ölçeği (Recovery Assessment Scale) ruhsal hastalığa sahip bireylerin iyileşme süreçlerini öznel olarak değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır (27–29). İyileşme Değerlendirme Ölçeği uluslararası literatürde sık kullanılan bir ölçektir ve birçok dilde versiyonu vardır (26,30,31).

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin iyileşme süreçlerinin geleneksel yöntemlerle değerlendirilmesinden dolayı var olan ve gelişebilecek sorunların çözümlenmesi ve kendi iyileşme süreçlerinin değerlendirilmesine hastaların da dahil edilmesi önemlidir. Ülkemizde ruh sağlığı ve hastalıkları alanında öznel iyileşmeyi değerlendirebilecek güvenilir bir ölçeğin olmayışı araştırmacıyı bu çalışmayı yapmaya yöneltmiştir.

1.2. Araştırmanın Önemi

Literatürde iyileşmeyi değerlendirmekte iki temel yaklaşımdan söz edilmektedir. İlki iyileşmeyi tedavi olmak ile bir tutan ve hastalık belirtilerinin ortadan kalkması ya da hastalanmadan önceki işlevselliğe geri dönüş olarak tanımlayan ve klinik bakış açısıyla değerlendiren geleneksel yöntemdir. İkincisi ise devam eden hastalık belirtileriyle birlikte bireyin anlam ve amaçlar geliştirdiği, doyum verici ve umut veren yaşam deneyimlerini öznel olarak değerlendiren güncel yöntemdir (25,30).

Ülkemizde ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin iyileşme süreçleri geleneksel yönetime göre değerlendirilmektedir. Geleneksel yöntemle iyileşmenin değerlendirilmesi ruhsal hastalığa sahip bireylerce tanımlanan güncel iyileşme boyutlarını kapsamamakta ve ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin iyileşmelerinde anlamlı olan sonuçları ve süreçleri göz ardı etmektedir (25). Bu durum ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin hem birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri içerisinde hem de toplum içerisinde gereksinimlerinin saptanamaması ve karşılanmamasına neden olabilmektedir.

Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğin iyileşme odaklı bir bakım modeline doğru yol almaktadır (16,32,33). Güncel tanımıyla iyileşmeyi ölçen geçerli bir ölçüm aracının alana dahil edilmesinin, ölçüm sonuçlarından faydalanılarak, sağlık bakım hizmetlerinin ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin ihtiyaçlarına göre düzenlenmesi ve sunulmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

Ulusal literatürde iyileşme sürecini ve sonuçlarını bireyin kendi bakış açısından değerlendirmeye olanak sağlayan bir ölçüm aracına rastlanmamıştır. Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin iyileşmesi dış gözden bir psikiyatrist ya da ruh sağlığı profesyoneli bir ekip tarafından genel tanı kriterlerine göre değerlendirilmektedir. Bu nedenle öznel iyileşme sürecini değerlendirmeye yardımcı güvenilir bir ölçüm aracının; ruh sağlığı profesyonellerinin, ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin kendisinden kısa sürede bilgi alarak hemşirelik sürecini buna göre planlanmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca araştırmacıların bilimsel çalışmalarında kullanabilecekleri güvenilir veriler elde etmelerine ve elde edilen verilerin uluslararası karşılaştırılmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

1.3. Varsayımlar, Sınırlılıklar, Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmanın iki merkezde yürütülmesi, hedeflenen örneklem sayısına (ölçek madde sayısının 10 katı) ulaşamaması ve test-tekrar test çalışması yapılabilmesi için 15 gün geçmesi gerekliliği nedeniyle test-tekrar test güvenilirliği için literatürde belirtilen örneklem %25-50'si (45-90 birey) olan hedeflenen örnekleme ulaşamaması araştırmanın sınırlılığı olarak görülmektedir (34).

1.4. Tanımlar

Ruhsal hastalık: Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanımına göre (2013), ruhsal hastalık, ruhsal işlevselliğin altında yatan ruhsal, biyolojik ya da gelişimsel süreçlerdeki işlevsellikte bir bozulma olduğunu gösteren, kişinin biliş, duygu ve davranışlarında klinik açıdan belirgin bir bozukluk olması ile karakterize sendromdur (35).

İyileşme: Anthony (1993) tarafından yapılan tanıma göre; iyileşme hastalığının neden olduğu kısıtlamalarla birlikte doyum veren, umutlu bir yaşam sürmek için bireyin tutumları, değerleri, duyguları, hedefleri, becerileri ve rollerinde değişimlerin olduğu, yaşamda yeni anlamlar ve amaçlar geliştirmeyi içeren, bireysel, derin ve özgün bir süreçtir (13).

1.5. Araştırma Sorusu

Soru 1: “İyileşme Değerlendirme Ölçeği” ruhsal hastalık tanısı almış bireylerde iyileşmeyi değerlendiren geçerli bir ölçme aracı mıdır?

Soru 2: “İyileşme Değerlendirme Ölçeği” ruhsal hastalık tanısı almış bireylerde iyileşmeyi değerlendiren güvenilir bir ölçme aracı mıdır?

1.6. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, İyileşme Değerlendirme Ölçeği'ni Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları İle İlgili Genel Bilgiler

1.7.1.1. Ruh Sağlığı Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) (2014) tanımına göre ruh sağlığı bireyin kendi potansiyelinin farkına vardığı, yaşamın olağan stresleriyle baş edebildiği, yararlı ve verimli olarak çalışabildiği, kendisine ya da topluma katkıda bulunabileceği fiziksel, ruhsal ve sosyal bir iyilik halidir (36).

Ruhsal yönden sağlıklı diyebilmek için bireyin yaşadığı kültürün özelliklerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (37). Ruhsal yönden sağlıklı birey; kendi kendisiyle uyumlu olmalı, çevresiyle uyumlu ilişkiler kurup sürdürebilmeli, sevebilmeli ve çevresiyle sevgiye dayalı ilişkiler kurabilmelidir. Bunun yanı sıra sağlıklı bir bireyin geleceğe yönelik planları ve bu planlarını gerçekleştirmek için çabası olmalıdır. Ayrıca bireyin gerçeğe uygun benlik saygısının olması, olumsuzluklar karşısında yeni duruma uyum sağlayabilmesi, otonomisinin olması, mesleği dışında bir uğraşısının olması, çevresi ve toplumla uyumlu inançlarının ve değerlerinin olması gerekmektedir (38).

1.7.1.2. Ruhsal Hastalık Tanımı

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanımına göre (2013), ruhsal hastalık, ruhsal işlevselliğin altında yatan ruhsal, biyolojik ya da gelişimsel süreçlerde ve işlevsellikte bir bozulma olduğunu gösteren, kişinin biliş, duygu ve davranışlarında klinik açıdan belirgin bir bozukluk olması ile karakterize sendromdur (35).

1.7.1.3 Ruhsal Hastalıkların Etiyolojisi

Ruhsal hastalıkları tek bir etkene bağlamak doğru değildir. Biyolojik, psikolojik, sosyokültürel birçok faktör ruhsal hastalıkların gelişmesinde rol alır. Biyolojik faktörler arasında nörotransmitter ve hormon düzeylerindeki anormallikler, genetik yatkınlıklar, kişilik yapısı, beyindeki işlev bozuklukları, nöronalplastisite bulunmaktadır. Psikolojik nedensel faktörler arasında bireyin erken dönemde anne- baba yoksunluğu ya da travma yaşaması, yetersiz anne-babalık tarzları, anne-babanın boşanması, uyumsuz akran ilişkileri sayılabilir. Sosyo-kültürel nedensel faktörler arasında düşük sosyoekonomik durum ve işsizlik, ırk, cinsiyet ve etnik köken ayrımcılığı ve önyargılar, sosyal çevredeki değişimler ve belirsizlik, evsizlik ve işsizlik gibi kentsel stres kaynakları söylenebilir (39).

1.7.1.4. Ruhsal Hastalıkların Epidemiyolojisi

Ruh sağlığı sorunları hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, tüm sosyoekonomik düzeylerde görülebilmekte ve her yaşta, ırktan, dini görüşten, insanı

etkileyebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (2009) ruhsal hastalıkların yaygınlığı artmaktadır(40,41). Birçok ülkede yapılan epidemiyolojik araştırmalar ruhsal hastalıkların sanılandan çok daha yaygın olduğunu ortaya koymaktadır(1-3).

DSÖ (2017) Avrupa Birliği ülkeleri ile İzlanda, Norveç ve İsviçre'de yapılan epidemiyolojik çalışmaların sistematik derlemesinde 18-65 yaş yetişkin nüfusun %27'sinin geçmişte en az bir ruhsal hastalık deneyimlediğini belirtmektedir. Aynı çalışmada, cinsiyete göre farklılıklara bakıldığında kadınlarda madde kullanım bozuklukları ve psikotik bozukluklar dışındaki hastalıkların daha yaygın olduğu (kadında %33,2 erkekte %21,7) psikotik bozukluk görülme oranlarının her iki cinsiyette de benzer olduğu ve madde kullanım bozukluklarının erkeklerde daha yaygın olduğu (kadında %1,3 erkekte %5,6) belirtilmiştir (42). DSÖ'nün raporunda (2014) Avrupa'da yeti kaybına ayarlanmış yaşam yılına (DALY) bakıldığında nöropsikiyatrik hastalıkların kardiyovasküler hastalıklar (%26,6) ve kanserlerden (%15,4) sonra %15,2 oranla üçüncü sırada olduğu belirtilmiştir (43).

Saha ve arkadaşlarının (2005) şizofreninin yaygınlık oranı üzerine 46 ülke ve toplamda 188 epidemiyolojik çalışmanın dahil edildiği sistematik derlemede şizofreninin yaşam boyu görülme oranının %0,4 olduğu ve cinsiyete göre iki grup arasında fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada göçmen ve yerli grubun karşılaştırmasında göçmenlerin daha yüksek riske sahip olduğu belirtilmiştir(44). Saha ve arkadaşlarının (2007) şizofreni tanısı alan bireylerde mortalite oranının değerlendirildiği ve 37 çalışmanın dahil edildiği sistematik derlemede mortalite oranının ortalama %2,6 olduğu ve cinsiyetler arasında farkın olmadığı, intihara bağlı mortalite oranının (%12,9) yüksek oranda şizofreni ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (45).

DSÖ'nün 2017 raporuna göre depresyonun dünyada görülme sıklığı 2015 yılında %4,4'tür. Raporda depresyonun kadınlarda (%5,1) erkeklerden (%3,6) daha yaygın olduğu ve 55-75 yaş nüfusta daha sık rastlandığı (kadınlarda %7,5, erkeklerde %5,5) bildirilmiştir. DSÖ aynı raporda dünyada 322 milyon kişinin depresyon ile yaşadığı ve bu sayının 2005 yılına göre 2015'te %18,4 arttığı belirtilmiştir(46). DSÖ 2015 verilerinde, tüm dünyada yeti yitimine bağlı kaybedilen yaşam yılı (YLD) ortalamasına bakıldığında, %7,5 ortalama ile depresyonun ilk 20 hastalık sıralamasında ilk sırada bulunduğu belirtilmektedir (47).

DSÖ'nün 2017 yılı raporunda anksiyete bozukluklarının 2015 yılında tüm dünyada genel nüfusta görülme sıklığının %3,6 olduğu ve anksiyete bozukluklarının kadınlarda (%4,6) erkeklerden (%2,6) daha yüksek olduğu ve yaşa göre farkın olmadığı belirtilmektedir. Aynı raporda dünyada 264 milyon kişinin anksiyete bozukluğu yaşadığı ve

anksiyete bozukluklarının 2005 verilerine göre 2015 yılında %14,9 oranında arttığı bildirilmiştir (46). Tüm dünyada yeti yitimine bağlı kaybedilen yaşam yıllarının (YLD) yer aldığı DSÖ'nün 2015 verilerinde anksiyete bozuklukları %3,4 ortalama ile ilk 20'de yer aldığı belirtilmektedir (47).

DSÖ'nün 2017 raporuna göre 2015 yılında dünya çapında 788,000 kişi intihara bağlı yaşamını yitirmiştir. Dünyada intihara bağlı ölümler tüm ölüm nedenlerinin %1,5 oluşturmaktadır. Yaşam boyu intihara bağlı ölümler 15-29 yaş grubunda genel ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (46). DSÖ (2014) yüksek gelirli ülkelerde intihara bağlı ölümlerin %90'ından ruhsal hastalıkların sorumlu olduğunu belirtmektedir (48).

Ülkemizde de ruhsal hastalıklar diğer gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi sık karşılaşılan sağlık sorunlarından (1-3). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı desteği ile 1996 yılında çok merkezli olarak gerçekleştirilen ve hala geçerliğini koruyan Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışması sonucuna göre Türkiye'de ruhsal bozuklukların yaygınlığı yüzde 17,2'dir ve kadınlarda alkol bağımlılığı dışındaki tüm bozukluklar daha yaygındır (4). Sağlık Bakanlığı tarafından 2006'da yapılan Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'nda hastalık yükünün hesaplanmasında kullanılan "Yeti Kaybına Ayarlanmış Yaşam Yılı "(DALY)" tanımının iki alt bileşeninden biri olan "Yeti Yitimine Bağlı Kaybedilen Yaşam Yılı" (YLD) ortalamasına bakıldığında, en fazla YLD'ye neden olan temel hastalık gruplarında ilk sırayı psikiyatrik hastalıkların aldığı görülmektedir (5).

Yapılan epidemiyolojik araştırmaların sonuçlarına göre ruhsal hastalıklar toplumda yaygın olarak görülmektedir. Ruhsal hastalıklar hem bunu deneyimleyen birey için hem de yakınları için büyük yük oluşturmaktadır (49). Toplumun büyük bir kısmını etkileyen bu durumun çözüm yollarının araştırılması öncelikli olarak sorunun değerlendirilmesinden geçmektedir. Bu nedenle ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin iyileşme süreçlerinin değerlendirmesi için güvenilir bir ölçüm aracına ihtiyaç duyulmaktadır.

1.7.2. Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında İyileşme

1.7.2.1. Ruhsal Hastalıklarda İyileşmenin Tanımı

Literatürde ruh sağlığı alanında iyileşme kavramını açıklayan farklı tanımlara rastlanmaktadır. Deegan (2005) iyileşmenin evrensel bir tanımının olmadığını belirtmektedir. İyileşme kavramı temelde iki farklı tanım etrafında kümelenmektedir. İlki deneysel çalışmaların sonucundan yola çıkan klinik çalışanlar ve araştırmacılar tarafından tanımlanan nesnel (geleneksel-tıbbi) tanımdır. İkincisi ise ruhsal hastalık tanısı alan bireylerce yapılan öznel (güncel) tanımdır (25).

Nesnel tanıma göre iyileşme, hastalık belirtilerinin ya da hastalık sonucu ortaya çıkan sorunların düzelmesi, hastalığın günlük yaşama olan etkilerinin belli seviyede azalması ve bireyin kişisel, sosyal ve mesleki rollerine kaldığı yerden devam edebilmesidir (25). Nesnel tanıma göre iyileşmiş olmak için bireyin iki yıl boyunca aralıksız olarak bu tanımda yer alan kriterleri karşılaması gerekmektedir (14). Nesnel tanıma göre bireyin işlevselliği yüksek olsa bile "ruhsal hastalıkların yaşam boyu sürmesi" inancından dolayı bireyler kısmi olarak iyileşmiş varsayılmaktadır (50).

Öznel (güncel) tanım bütüncül bir bakış açısını göz ardı eden hastalık belirtilerinde düzelme ve normal işlevselliğe dönüş gibi ölçütlere gereksinim duymamaktadır (17,50). Öznel tanıma göre iyileşme her zaman geriye ve ileriye adımların olduğu, zaman alan bireye özgü bir yolculuktur (13,16,17,22). Literatürde iyileşmenin öznel tanımına paralel olabilecek farklı tanımlar bulunmaktadır:

Anthony (1993)'e göre iyileşme, hastalığın neden olduğu kısıtlamalarla birlikte doyum veren, umutlu bir yaşam sürmek için bireyin tutumları, değerleri, duyguları, hedefleri, becerileri ve rollerinde değişimlerin olduğu, yaşamda yeni anlamlar ve amaçlar geliştirmeyi içeren, bireysel, derin ve özgün bir süreçtir (13).

Deegan (1988)'e göre iyileşme süreci bir yaşam şeklidir ve günlük yaşamın sorunları ile baş etme yöntemi ve tutumudur. Hastalığın neden olduğu zorluklarla karşılaşma ve bu zorlukların sınırları içerisinde ve ötesinde saygın bütünlük algısı ve yaşam amacını yeniden oluşturmaktır. Bireye katkıda bulunan toplum içerisinde yaşama, çalışma ve sevme arzusudur (22).

Leete (1988)'e göre iyileşmek için umut elzemdir ve umut olmasaydı kimse iyileşmek için çabalamazdı. Leete (1988) hastalığı cesaretle karşılar ve mücadele edilirse bağımsız yaşamak için karşılaşılan tüm engellerin aşılabileceğini, bağımsız yaşama becerilerini öğrenilebileceğini, topluma katkıda bulunulabileceğini ifade etmektedir (51).

Liberman(2011)öznel iyileşmeyi iyileşmeye giden sürecin bileşenlerini açıklayarak tanımlamıştır. İyileşmeye giden süreçte harekete geçirici etmenleri; umut ve iyimserlik, içgörü ve kararlılık, güçlenme, manevi güç, sorumluluk, kendine yardım ve sosyal destek olarak tanımlamıştır. Liberman'ın (2011) tanımını diğer öznel iyileşme tanımlarından ayıran nokta öznel iyileşmeyi nesnel iyileşme gibi aralıksız devam eden bir süreç olarak varsaymasıdır (14).

1.7.2.2. Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında İyileşmeyi Tanımlayan Boyutlar

Ruhsal hastalıklarda iyileşme uluslararası literatürde yaklaşık son otuz yıldır sık tartışılan bir konudur. Literatürde iyileşme çatısı altında yer alan boyutları tanımlayan birçok

çalışma yapılmıştır (52).Yapılan çalışmalarda iyileşme çatısı altında yer alan unsurların birbirleriyle örtüştüğü noktaların olduğu da görülmektedir. İyileşme boyutlarını tanımlayan çalışmalar;

Davidson ve arkadaşlarına (2005) göre iyileşmenin öznel bileşenleri; umut ve bağlılık geliştirme, kendini yeniden tanımlama, hastalık belirtilerinden bağımsız yaşamını sürdürme, sosyal faaliyetlerde bulunma, damgalanmayla baş etme, kendi yaşamının kontrolünü eline alma, sorumlulukları yerine getirme, semptomlarla baş etme ve çevresel faktörlerdir. (17).

Amerika Birleşik Devletleri Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri İdaresi (Substance Abuse and Mental Health Services Administration- SAMHSA), iyileşmenin gerçekleşebilmesi için gerekli on temel bileşenini açıklamıştır. Buna göre iyileşmenin bileşenleri; öz-yönetim, birey merkezli olma, güçlenme, bütüncüllük, doğrusal olmama, bakımda güçlü yönler odaklanma, akran desteği, saygı, sorumluluk ve umut'tur (53).

Onken ve arkadaşları (2007) iyileşmenin tüm unsurlarını birey ve toplum arasında etkileşimin içine koyarak tanımlamıştır. İyileşme sürecinde olması gereken bu unsurlar; birey odaklı olma, umut, kendi yaşamının kontrolünü elinde tutabilme, otonomi kazanma, yaşamında anlam ve amaç edinme, potansiyelinin farkına varma,hasta kimliğinin dışında kendini yeniden tanımlamadır. Buna ek olarak, baş etme becerileri geliştirme, öz-yönetim becerisi kazanma, mücadele etme, değişime açık olma, sosyal olarak işlevsellikte artma, güçlenme, anlamlı yaşam aktivitelerinde bulunma, sosyal olanakların artması ve iyileşmeyi anlamadır (52).

Ralph (2000) iyileşmeyi dört ana boyutta incelemiştir. Bunlar; içsel faktörler, öz-yönetimli bakım, dışsal faktörler, güçlenmedir (54). Corrigan ve arkadaşları tarafından (2004) İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin faktör yapısının incelendiği çalışmada faktör yapısının Ralph (2000) tarafından belirtilen iyileşme boyutları ile uyumluluk gösterdiği belirtilmiştir (28,54). Corrigan ve arkadaşları (2004) çalışmasında İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin "Kendine Güven ve Umut" boyutunun içsel faktörler alanı ile,"Yardım Arama Davranışı ve "Çevredekilere Güven" boyutlarının dışsal faktörler alanı ile, "Semptomlarla Baş Etme" boyutunun öz-yönetimli bakım ve "Hedef ve Başarıya Yönelim" boyutunun ise güçlenme alanı ile uyumluluk gösterdiğini belirtmiştir (28,54). Bu alt boyutlar;

İçsel Faktörler, ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin iyileşmesinde önemli bir faktördür. İçsel faktörlerin içinde; umut etme, kendi düşüncelerine güvenme, bulunduğu ortamdan keyif alma, farkındalık, benlik saygısında artış, geleceği konusunda iyimserlik, maneviyatta artış yer almaktadır (54).

Öz-Yönetimli Bakım, içsel faktörlerin bir uzantısıdır. İlk olarak Fisher ve Ahern (1999) tarafından tanımlanmıştır. Öz-yönetimli bakım, ruhsal hastalık tanısı alan bireyin kendi bakımında söz sahibi olduğu, bireyin toplum içerisinde anlamlı bir rol kazanmasına yardımcı olan güçlenme temelli bir bakımdır (50). Öz yönetimli bakıma göre ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin kendi semptomlarını tanıması, bu semptomlarla baş etmek için bireysel yöntemler(terapi, arkadaş desteği, manevi destek, egzersiz, uğraşı çalışmasına katılmak, çalışmak) geliştirmesi iyileşmelerinde önemli bir etkidir (54).

Dışsal Faktörler, iyileşme sürecinde gerekli bir unsur olan karşılıklı bağlılık, sağlık profesyonelleri, aile üyeleri, arkadaş, diğer ruhsal hastalık tanısı alan bireyler, tarafından sağlanan desteği içermektedir. Ruhsal hastalık tanısı alan bireyler için, çevrelerinde, sürekli olarak onlara inanan, güvenen ve onları dinleyen, cesaretlendiren, umut veren kişilerin olması iyileşme sürecinin başlaması ve devam etmesinde yardımcı olacaktır (54).

Güçlenme, içsel ve dışsal faktörlerin birleşimi olarak tanımlanmıştır (54). Güçlenme, bireyin hem tedavisi üzerinde hem tüm yaşamı üzerinde kontrol kazanması anlamına gelir. Güçlenme, otonomi, kendi yaşamı üzerinde kontrol, kişisel yeterlilik, destekleyen çevrenin olması ve güçlenme odaklı hizmetler ve politikalar gibi bileşenleri içermektedir (54).

1.7.3. İyileşme ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Ruhsal hastalık tanısı alan bireyler, hastalığın kendisinin neden olduğu sorunlarla birlikte sosyal olarak dışlanma, işsizlik ve işsizliğin neden olduğu sosyo-ekonomik sorunlar, aile tarafından ihmal ve istismar edilme, evsizlik, alkol ve madde kullanımı, ve damgalanma gibi sorunlarla karşı karşıyadır. Bu sorunlar bireylerin iyileşmesinde engel oluşturmaktadır (55). Ahern ve Fisher (1999) iyileşme çalışmalarında doğru tutum ve destekle ruhsal hastalıklardan tam olarak iyileşmenin mümkün olduğunu belirtmektedir (50).

İyileşmeyi temel alan bakım çalışmaları alan yazında iyileşme odaklı bakım çalışmaları olarak belirtilmektedir. Farkas ve arkadaşları (2005) iyileşme odaklı ruh sağlığı bakımın sağlanmasında 4 ilkenin olması gerektiğini savunmaktadır (56). Bunlar;

- ✚ Bakımın hastalık değil birey merkezli olması gerektiği
- ✚ Kendi iyileşme sürecine bireyin tam olarak katılması gerektiği
- ✚ İyileşme sürecinin tüm alanlarında bireyin kendi kararlarını verme hakkı olduğunu bilmesi gerektiği
- ✚ Bireyin iyileşmesi için doğuştan yeterliliği ve gelişme potansiyeli olduğunun varsayılması'dır.

İyileşme odaklı bakım bireyi güçlendirmeyi, cesaretlendirmeyi amaçlamakta ve bireyin kendi bakımı ve yaşamına yön vermesinde daha fazla rol almasını

desteklemektedir(18,57).Bu noktada bir ruh sağlığı profesyoneli olarak hemşirenin sağlık bakım hizmeti sunumunun her alanında görev alması ve çoğu zaman bakımın sunulması ve düzeninden sorumlu olması nedeni ile iyileşme odaklı bakımda aktif rol oynamaktadır (58). Cummings ve Bennet (2012) iyileşme odaklı bakımın sağlanması profesyonel ruh sağlığı hemşiresinin altı temel becerisinin olması gerektiği savunmaktadır. Bunlar; bakım verme, şefkat gösterme, yeterli, iletişim, cesaretlendirme, sorumluluk'tur (59).

Bakım Verme: Hemşirelik mesleğinin temelini oluşturmaktadır. Yalnızca hasta değil toplumun da yaşam boyu sağlığını geliştirmede önemli bir beceridir.

Şefkat Gösterme: Bakım verilirken bireye empati ve saygıyla yaklaşılmaması gerektiği ve değer verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Yeterlik:Bireyin sağlık ve sosyal ihtiyaçlarının farkında olma ve bu ihtiyaçların kanıtı dayalı olarak karşılanmasını vurgulamaktadır.

İletişim: Ekip çalışması ve iyi bir bakımın temelini oluşturmaktadır. Bireye kendi bakımında söz hakkı verilmesi ve bireyi aktif dinlemenin iyi bir iletişimden geçtiğinin altını çizmektedir.

Cesaretlendirme: Bireyin yaşamı ile ilgili kararları alırken endişelerinin azalması ve kişisel güçlerin ortaya çıkartılması için desteklenmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Özveri: Diğer tüm becerilerin bireyin bakımı ve deneyimlerini iyileştirmeye yönelik kullanılması gerektiği ile ilgili özveri gösterilmesi gerektiğini ifade etmektedir(55).

Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerle çalışırken iyileştirici ilişkinin kurulması ve iyileştirme ortamının sağlanması profesyonel ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği yaklaşımının temelini oluşturmaktadır. Caldwell ve arkadaşları (2010) hemşire ve hasta ilişkisinin her zaman bakımın merkezinde olduğunu ve sıcak, samimi, ilgili ve empati içeren bir hemşire-hasta ilişkisinin iyi-oluş odaklı ve işbirlikçi bakımının temelini oluşturduğunu belirtmiştir (58). Anthony (1993) ruhsal hastalık tanısı alan bireylerle kurulan arkadaşça ve destekleyici ilişkinin iyileşme sürecinin başlaması ve sürdürülmesine katkı sağlayacağını savunmaktadır. Anthony (1993)'e göre arkadaşça ilişkide; ruhsal hastalık tanısı alan birey ve ruh sağlığı profesyonelleri, bireyin bakımında birlikte çalışır birlikte karar alır. Destekleyici ilişkide ise ruh sağlığı profesyoneli karar verici olmaktan çıkarak iyileşme sürecinde bireyin gereksinimlerini karşılama görevini üstlenir (13). Farkas (2007) iyileşme sürecinin başlayabilmesi ve sürmesi için sağlık profesyonelleri, aile üyeleri ile tutarlı ve işbirlikçi ilişkinin kurulmasının önemli olduğunu ifade etmektedir (60). Bu işbirlikçi ilişki, bireye umut aşılması, bireyin iyilik halinin arttırılması, öz-yönetim ve

sosyal becerilerinin gelişmesinde doğrudan rol almakta ve bireyin içinde bulunduğu çevreye ait olduğunu hissetmesine olanak sağlamaktadır (13,60).

İyileşme ortamı ise iyileşme odaklı ilişkilerin sürdürüldüğü ortamdır. İyileştirici ortamda ruh sağlığı profesyonellerinin önceliği bireyin kendine güvenini arttıran, güçlendirici bir çevre yaratmaktır (57). Bu ortam, ruh sağlığı profesyonellerinin, bireyin yaşamsal koşulları ve gereksinimleri ile ilgili bilgi sahibi olmasına olanak sağlar. Bu bilgilerle ruh sağlığı profesyonelleri, bireyin sosyal becerilerini geliştirmesinde öz-yeterliğini destekler, bireyin hastalığı ve ilaçları, sorunlarla baş etme becerileri geliştirme, stresle baş etme gibi eğitimsel gereksinimlerini karşılar (57). İyileşme ortamında bireyler kendilerini, haklarına, sorumluluklarına, ihtiyaçlarına, değerlerine ve inançlarına saygı gösterilmeye değer bir insan olarak görmektedir (61). Ruh sağlığı profesyonelinden beklenen, ise iyileşmesi için kendisine en uygun yöntemi bilen bireyden öğrenmek ve bireyin potansiyelini göz önünde bulundurarak iyileşme beklentisi oluşturmaktır (57,58).

1.7.4. Hemşirelik Kuramları Açısından İyileşme

Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin iyileşme süreçlerinde ihtiyaçlarına en uygun bakımın verilebilmesi amacı ile hemşirelik alanında iyileşmeyi temel alan birçok model ve yaklaşımlar geliştirilmiştir. Tidal (Gelgit) Model ve Watson İnsan Bakım Modeli iyileşmeyi temel alan hemşirelik modelleridir (61,62).

1.7.4.1. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Tidal (Gelgit) Model ve İyileşme

Tidal (Gelgit) Model ruh sağlığı hemşireleri ve ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanan bireyler tarafından oluşturulan ilk ruh sağlığında iyileşme modelidir. Hemşirelik kuramı olarak geliştirilen Tidal Model ruh sağlığında iyileşme üzerine odaklanır ve iyileşmeye felsefik bir yaklaşım sunar. Model, iyileşmenin mümkün olduğunu, ruhsal sorunu olan bireylerin iyileşebilmelerinde kişisel ve kişilerarası kaynaklarının önemli olduğunu savunmaktadır (63,64). İnsan ihtiyaçlarına odaklanan kuramcılarının tanımına göre hemşirelik "büyüme ve gelişmenin cesaretlendirilmesi için gerekli koşulları sağlanması"dır (65). Tidal model bireylerin iyileşmesinde gerekli altı felsefik önermede bulunmaktadır ve bu önermeler ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği felsefesi ile birçok noktada örtüşmektedir (38,63) (Tablo 1).

Tablo 1: Tidal (Gelgit) Model ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Felsefesi

Tidal (Gelgit) Model	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Felsefesi
<ul style="list-style-type: none">✚ Bireyin doğruları bilme ve merakı olduğu inancı✚ Çare arama gücünün olduğunu bilme✚ Bireyin isteklerine saygı duyma✚ Krizi bir fırsat olarak kabul etme✚ Tüm amaçların bireye ait olması gerektiğini bilme✚ Bireyin değişiminde etkili olabilecek en basit olası bir anlamın araştırılması gerektiğini bilme	<ul style="list-style-type: none">✚ Her birey değerlidir. Kendini geliştirmek ve sağlıklı olmak ister.✚ Birey sorunlarla baş etme gücüne sahiptir✚ Bireylerin karşılanması gereken ortak temel gereksinimleri vardır ancak her bireyin gereksinimi kendisine özgüdür.✚ Hastalık durumları bireyin gelişimi için bir fırsattır.✚ Birey karar verebilme ve bunları uygulayabilme gücüne sahiptir bakımı ile ilgili kararlara katılmalıdır.✚ Her bireyin değişme potansiyeli vardır.✚ Bireyin ortaya koyduğu her davranışın bir anlamı vardır.

Her bireyin biricik olması gibi deneyimleri de biriciktir. Tidal Model ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin iyileşme yolculuklarının ciddi problemlerle karşılaştığında başlayacağını ve bireylerin kendi iyileşme süreçlerinde aktif rol almaları gerektiğini savunur (32). Bu nedenle model, yapılacak yardımın bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda planlanması gerektiğini vurgulamaktadır. Model bireylerin sorunlarına rağmen onları en iyi iyileştirecek kişinin kendileri olduğunu ve yapabileceklerini keşfetmesi için desteklenmeye, güçlendirilmeye ve cesaretlendirilmeye gereksinim duyduklarını savunmaktadır. Tidal Model, sağlık profesyonellerinden beklenen rolün bireyin hastalık belirtilerini kontrol etmek, tedavi etmek, ya da iyileştirmek olmadığını aksine bireylerin daha anlamlı, üretken ve yaratıcı bir yaşam sürmeleri için gereksinimlerinin kendi kaynaklarını keşfetmelerine yardımcı olmak olduğunu savunmaktadır (32,63,66). Model bireyin kendi yaşamını değiştirmesi ve sağlık ve hastalık deneyimlerini keşfetmesi için hemşirenin bakım verdikleri bireylerle kurulan ilişkinin sıcak ve samimi olması gerektiğini ayrıca bireylerin de bu ilişkiye gereksinim duyduklarını savunmaktadır (61).

1.7.4.2. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Watson'ın İnsan Bakım Modeli ve İyileşme

İyileşmeye odaklanan diğer bir hemşirelik modeli ise Watson tarafından geliştirilen insan bakım modelidir. Watson hemşirelik sürecini insandan insana bakım verme süreci olarak tanımlamıştır. Watson'a göre bakım hemşireliğin ve hemşirelik uygulamalarının özüdür. Bakım sürecinde hem bakım veren hem de bakımı alan karşılıklı yarar sağlar ve büyüme sürecinden geçer. Modele göre hemşirelik kişilerarası bir süreçtir ve birey ve hemşire arasındaki ilişki bireyin kendi kendini iyileştirme ve bilinçlilik durumunun artmasında önemli bir role sahiptir. Watson girişim kelimesinin mekanik bir anlamı çağrıştırdığı için hemşirelik girişimlerini "iyileştirme süreçleri" olarak daha kapsamlı şekilde tanımlamıştır. İyileştirme süreçleri bireyin bütüncül ve insancıl bir bakış açısıyla ele alınmasına olanak sağlar ve bireye güvenli bir bakım ve umut vermeyi amaçlar(33,62).

İyileştirme 10 süreçten oluşmaktadır bu süreçlerin uygulanmasında herhangi bir sınırlama ya da kural yoktur ve birlikte ya da ayrı olarak uygulanabilir. Bu süreçler Tablo 2'de belirtilmektedir (62,67,68).

Tablo 2: Watson İnsan Bakım Modelinde İyileştirici Faktörler ve İyileştirme Süreçleri (Hemşirelik Yaklaşımları)

İyileştirici Faktörler		İyileştirme Süreci (Hemşirelik Yaklaşımları)
1.	İnsancılık-Adanmışlık Değerler Sistemi	✚ İnsancılık ve adanmışlık gibi değerler benimseme bireye sevgiyle yaklaşma
2.	İnanç- Umut	✚ İnanç ve umut aşılama, bireyi cesaretlendirme, saygı gösterme
3.	Duyarlılık	✚ Kendisinin ve çevredekilerin duygularına duyarlı olma, duyguları tanıma ve kabul etme
4.	Yardım- Güven İlişkisi	✚ Yardım edici ve güven verici bakım ilişkisi geliştirme
5.	Duyguların İfadesi	✚ Bireylerin öykülerini içtenlikle dinleyerek olumlu olumsuz tüm duyguların kabul ve ifade edilmesi
6.	Problem Çözme	✚ Bakım sürecine karar vermek için bilimsel ve yaratıcı problem çözme yöntemlerini kullanma.
7.	Öğretme ve Öğrenme	✚ Bireysel gereksinimlere ve anlama yöntemine uygun öğrenme ve öğretmeyi sağlama.
8.	İyileşme Çevresi:	✚ Fiziksel duygusal ve manevi anlamda bireysel bütünlüğe saygı duyan iyileşme çevresi oluşturma.
9.	Gereksinimlere Yardım:	✚ Temel, fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlerin karşılanmasına yardımcı olma.
10.	Bakım ve İyileştirmenin Varoluşsal-Olgusal ve Ruhsal Boyutlarına Açık Olma	✚ Yaşamı anlamlandırmak için rüya, hayal, sezgileri gerçekleşmesine izin vermek

Watson profesyonel hemşireliği tüm hemşirelik uygulamalarında karar vermeye yardımcı, yaratıcı ve problem çözücü hemşirelik süreci olarak tanımlamaktadır. Watson'a (2007) göre iyileştirme süreçlerinin özellikleri şu şekilde belirtilmiştir (62,68);

- ✚ İyileştirme süreçleri doğrusal değildir.
- ✚ İyileştirme süreçlerinin aşamaları kesin çizgilerle birbirinden ayrılmaz.
- ✚ İyileştirme sürecinde yalnızca bilimsel bilgi değil, her alandan beceriler de kullanılır.
- ✚ Yaratıcı bir bakım sürecidir.

1.7.5. İyileşme İle İlgili Kavramlar

1.7.5.1. İyileşmede Kendine Güven ve Umut ve Hemşirelik

Ruhsal hastalık tanısı alan bireyler gelecekteki konusunda umutsuz olabilir ve kendilerine olan güvenlerini kaybedebilir. Bu durum ruhsal hastalık tanısı almanın yanı sıra, hastalığa eşlik eden travmatize ve değersizleştirici yaşam deneyimleri ile ilişkili olabilir (17). Ruhsal hastalık tanısı alan bireyler hastalığın neden olduğu zorlu yaşam deneyimleriyle baş etmede kişisel kaynakları yetersiz kaldığında ve yaşamı ile ilgili belirsizliklerle karşılaştıklarında kendilerine olan güvenleri azalır ve umutsuzluğa kapılabilir. Kendine güvenen birey geleceği konusunda iyimserdir, haklarını savunur ve zorlu yaşam deneyimleri ile karşılaştığında uygun başetme becerilerini kullanabilir (54). Umudu olan bir bireyin ise hedefleri vardır, hedeflerine ulaşma konusunda kendine inanır, başarılı olmak için çabalar. Umut bireyin kendi içsel kaynakları konusunda farkındalığını arttırarak güçlük yaşadığında psikolojik olarak bireyi besleyen, yaşama bağlayan olanakları arttırır (69). Andresen ve arkadaşları (2003) tarafından ruhsal hastalık tanısı alan bireyler için iyileşmenin kavramsal yapısının araştırıldığı ve 46 çalışmanın dahil edildiği derlemede iyileşmeyi tanımlayan 36 çalışmada umuttan söz edildiği belirtilmiştir. Çalışmada umutsuzluğun hastalığın kronikleşmesinde, umudun ise iyileşme sürecinin başlamasında önemli bir etken olduğu ifade edilmiştir (70).

Literatürde iyileşmeyi tanımlamak için anlamlı ve amaçlı bir yaşamın olması ve umut ve irade, olumlu kimlik algısı, benlik saygısı ve kendine güvenin olması, başetme becerilerini kullanabilme, cesaret ve güçlenme gibi kavramlar kullanılmıştır. Umut ve kendine güven iyileşmeyi tamamlayan bileşenlerdir ve iyileşmeye temel oluşturur (54,70). Umut iyileşme yolculuğuna başlamak ve bu yolculukta devam etmek için bireye yeni bir bakış açısı, yeterlik hissi ve enerji sağlar. Umut ve kendine güven ise iyileşme sürecinde yaşanan hayal kırıklıkları ve başarısızlığa karşı bireyi koruyucu rol üstlenmektedir. İyileşme

sürecinde olan bireyler geleceklere konusunda iyimserdir, bu bireylerin kişisel hedefleri vardır ve bu hedeflere ulaşabilecekleri konusunda kendilerine inanırlar(54,69).

Ruhsal hastalık tanısı alan birey için umut değerlerinin de katılımını gerektiren olumlu sağlık sonuçları ile birlikte geleceğe ve hedeflere yönelme olarak tanımlanabilir. Umut etmek, aktif, amaçlı ve ilişkisel bir süreçtir ve bir şeyi arzulamak, birine güvenmek ve inanmak anlamı taşır. Umut bir başkası ile karşılıklı ilişkiyi gerektirir. Diğer bir deyişle birey çevresindeki kişilerin umudundan etkilenir. Bu onun kendisi için umutlanma olasılığını ortaya çıkartır (69,71). Umut, ruhsal hastalık tanısı alan bireylerle çalışanlar için önemlidir. Bu nedenle ruh sağlığı ve hastalıkları hemşiresi ruhsal hastalık tanısı alan bireyin iyileşmesini düşünürken umudu da göz önünde bulundurmalıdır. Bu noktada ruh sağlığı ve hastalıkları hemşiresi bireye umut aşılmalı, umudun sürdürülmesi için bireyi desteklemelidir (70). Bireyin hayal kurması bunu gerçekleştiremeyecek olsa bile umudunu arttıracaktır. Bu nedenle bireyin gelecekle ilgili hayaller kurmaya cesaretlendirilmesi, gerçekçi hedefler belirleme ve bu hedeflere ulaşmada bireyin desteklenmesi iyileştirici bir girişim olacaktır. Ayrıca bireyin kendi bakımına katılması, kendisi için gerçekçi amaçlar belirlenmesi ve bu amaçlara ulaşmak için yöntemler belirlemesi kendi yaşamı üzerinde kontrolünü kazanmasına yardımcı olacaktır. Bu durum bireyin umudunu, kendine olan güvenini ve iyileşmeye olan motivasyonunu arttırarak iyileşme sürecine katkıda bulunacaktır (72,73).

Ruhsal hastalık tanısı alan bireyler için iyileşme doğrusal bir süreç değildir. Bireyler kimi zaman ağır hastalık belirtileri ile baş edemeyebilir. Bu durum bireyde başarısızlık hissine neden olarak bireyin kendisine olan güvenini sarsabilir. Birey umutsuzluk ve çaresizlik duyguları yaşayabilir (17). Ruh sağlığı profesyonelleri olarak hemşirenin bu durumla ilgili bireyi bilgilendirmesi önemlidir. Bu noktada hemşirenin, hem bireyin kendisini hem de diğer ruh sağlığı profesyonellerini bireyin iyileşmesi ile ilgili gerçekçi hedefler belirlemeye yöneltmesi önemlidir (50).

Russinova (1999), bireyin güvenini ve kendisine olan inancını arttırmakta etkili olan umudu geliştirmek için ruh sağlığı profesyonellerinin bireylerle ilişkilerinde kullanması gereken becerileri tanımlamıştır. Bu beceriler bireyin yaşamını yeniden inşa etmesi ve fırsatlara erişimini kolaylaştırmaktadır. Bu beceriler (74);

- ✚ Bireyin potansiyeline ve gücüne inanmak
- ✚ Bireyin biricik olduğuna inanmak
- ✚ Bireyi olduğu gibi kabul etmek
- ✚ Bireyin deneyimlerini yargılamaksızın dinlemek
- ✚ Bireyin yaşamındaki gelecekle ilgili gelişmeleri hoş görmek

- ✚ Bireyin sorunları ve başarısızlıklarına tolerans göstermek
- ✚ Bireyin deneyimlerinin doğruluğunu kabul etmek
- ✚ Bireyin iyi oluşuyla ilgili endişelerini açıklamak
- ✚ Mizahı uygun şekilde kullanmak'tır.

1.7.5.2. İyileşmede Yardım Arama Davranışı ve Hemşirelik

Ruhsal hastalık tanısı alan bireyler hastalık belirtileri çok yoğun olduğu zamanlarda bile profesyonel yardıma başvurmayabilir. Kendileri için etkili bir tedavi ya da psikososyal yardıma erişmekle ilgili sorunlar ya da bireyin damgalamaya yönelik endişeleri bireyin yardım arama davranışını etkileyebilmektedir (75–77). Bireyin yardım araması ve yardım kaynaklarına başvurması bir baş etme davranışıdır ve hastalığın neden olduğu problemlerle baş etmesini kolaylaştırarak bireyin iyi oluşuna katkıda bulunur (76).

Yardım arama davranışını belirleyen diğer bir etken ise bireylerin gereksinimleridir. Birey ne kadar çok yardıma gereksinim duyarsa ya da hastalık belirtilerinin şiddeti ne kadar yoğunsa o kadar çok yardım arayışında bulunmaktadır (76). Oliver ve arkadaşları (2005) tarafından ruh sağlığı problemleri yaşayan bireylerde yardım arama davranışını araştırıldığı 10842 bireyin katıldığı çalışmada psikiyatrik sorun yaşayan bireylerin %53,5'nin profesyonel bir yardıma başvurduğu, %14,2'sinin ise hiç yardıma başvurmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada ciddi ruhsal sorun yaşayan bireylerin %77,6'sının yardım arayışında bulunduğu, yardım arayan bireylerin ise yalnızca %27,7'sinin profesyonel bir yardıma başvurduğu %67,1'nin ise arkadaş ya da yakın çevresinden yardım istedikleri saptanmıştır. Araştırma sonuçlarında minör ruhsal sorunları olan bireylerin daha çok arkadaşlarından ve yakın çevresinden (%63,6) yardım aldığı ve ruh sağlığı profesyonellerine (%13,9) daha az başvurduğu saptanmıştır (75).

Sanders-Thompson ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan, bireylerin ruhsal sorun yaşama durumunda yardım arama davranışlarını engelleyen faktörlerin araştırıldığı çalışmada, damgalanmaktan korkma, yardım süreci ile ilgili bilgi eksikliği, parasızlık, sağlık profesyonellerine güvensizlik gibi nedenlerin, bireylerin yardım arama davranışlarını engellediği saptanmıştır (10).

Topkaya (2015) bir çalışmasında ruhsal sorun yaşama durumunda yardım arama davranışını etkileyen faktörlerin "ruhsal hasta" olarak damgalanma, kişisel sorunlarını paylaşmaktan çekinme, utanma, problemlerini kendi başına çözebileceğine inanma, yardım istemeyi bir zayıflık olarak görme, mahrem konuların ailede tutulması gerektiği inancı olduğunu saptanmıştır. Aynı çalışmada yardım arama davranışını kolaylaştıran etkenlerin ise hizmetlere kolay ulaşım, psikolojik yardım almanın normalleştirilmesi, yardımı faydalı bulma, uzmanlara güven olduğu belirtilmiştir (76).

Ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan bireylerin bu hizmetlerden tam olarak faydalanamamalarının en önemli nedenlerinden biri damgalanmadır. Damgalanma durumunda birey "ruhsal hasta" etiketinden kaçınmak için kendi bakımına aktif olarak katılmaz ya da yardım ve tedavi arayışından vazgeçer. Toplum tarafından damgalanma, bireyin kendine olan güveni azaltır ve sosyal olarak fırsatları kullanmasını engeller. Bu gibi durumlarda bireyler kendilerini damgalar. Bu öz-damgalama durumunda bireyler iyileşmek için çaba gösterebilir de başarısız ve yetersiz olacaklarını düşünerek tedaviye devam etmez ya da yardım arama davranışında bulunmaz (77).

Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin hangi durumlarda yardım istemesi gerektiğini bilmesi ve gerektiğinde çekinmeden yardım isteyebilmesi bireylerin iyileşmeleri için önemlidir (77). Bu nedenle yardım arama davranışında bulunma durumlarının araştırılması, yardım aramayı engelleyen faktörlerin tanımlanması ve bunlarla çalışılması yardım arama davranışının artırılmasında etkili olacaktır. Ruh sağlığı profesyonelleri tarafından bireyin kendisini ifade etmesi için fırsatlar verilmesi, yardım isteme davranışının teşvik edilmesi, kabullenici sosyal çevrenin oluşturulması yardım arama davranışlarının artırılmasında önemli bir role sahiptir (78). Buna ek olarak toplum içinde, yardım arama davranışını etkileyen damgalanma korkusu, ruhsal hastalıklar ve ruh sağlığı hizmeti veren kuruluşlarla ilgili bilgi eksikliği, ruhsal sorunları olan bireylerin deneyimlerinin toplum içerisinde normalleştirilmesi gibi alanlarda çalışmaların genişletilmesi öngörülebilir (76,77).

Anthony (1993), ruhsal hastalık tanısı alan bireylerde iyileşmesinin yalnızca profesyonel girişimlere bağlı olmadığını belirtmektedir (13). Bireyin çalıştığı işi, evi, arkadaşları, boş zamanlarında yaptığı aktiviteleri, manevi inançları bireyin anlamlı ve amaçlı bir yaşam ve iyileşme kaynakları olabilir. Davidson ve arkadaşları (2012) ruhsal sorunları olan bireylerin kendileri ile benzer sorunları yaşayan bireylerden çok fazla destek aldıklarını ifade etmektedir (79). Ruhsal sorunları olan bireyler yardım istemek için yalnızca profesyonel kaynaklara başvurmayabilir ve bu nedenle, bireyin yardım alabileceği kaynakları bilmesi için, kendi kendine yardım grupları ve ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin kurduğu derneklerin tanıtılması da önemlidir (71).

1.7.5.3. İyileşmede Hedef ve Başarıya Yönelim ve Hemşirelik

Ruhsal hastalık tanısı alan bireyler iyileşme süreçlerinde birçok kez başarısızlık yaşayabilir. Bu durumda bireylerin kendine olan güveni azalır ve umutsuzluğa kapılabilir. Bu nedenle bireyler yaşadıkları problemlere ya da ulaşılamayan hedeflere odaklanır (21). İyileşme bireyin ulaşamayan hedeflere odaklanması yerine, kendisinin belirlediği hedeflerinin olması ve bu hedeflere ulaşmak için çaba göstermesidir. Deegan (1988) ruhsal hastalık tanısı alan bireyler için iyileşme yolculuğunun zaman alan bir süreç olduğunu ve

başarısızlık durumunda birey başlangıç noktasına dönmek durumunda kalabileceğini ya da bulunduğu yerde sayabileceğini belirtmektedir (22). Bu gibi durumlarda bireyler iyileşme süreçlerinde bir ilerleme göstermediklerini düşündükleri için kolayca iyileşme çabalarından vazgeçebilir (21). Bu nedenle ruh sağlığı profesyonellerinin, ruhsal hastalık tanısı alan bireylerle çalışırken iyileşme sürecinin her aşamasında bireylerin hedeflerini değerlendirmesi, hedefleri yoksa onları hedefler belirlemeye yöneltmesi önemlidir (21,71). Bu şekilde bireylerin, her aşamada neyi başardıklarını görmeleri iyileşmeye olan motivasyonlarını arttırmada etkili olabilmektedir. Eğer bireyler bir şeyi gerçekten isterlerse bunu başarabileceklerine daha fazla inanır ve bunun için çaba gösterir. Bu nedenle hedeflerin birey tarafından belirlenmesi gerekmektedir (21).

İyileşme motivasyonu ve hedef belirleme iyileşmenin başlangıç ve diğer tüm aşamalarında önemlidir. Hem ruh sağlığı profesyonelleri hem de bireyler bazen amaçlarından çıkabilir. Bu nedenle açık, net ve ulaşılabilir hedeflerin belirlenmesi gerekmektedir. İyileşme sürecinde bireylerin hedefleri değişebilir ya da bireyler hedeflerine ulaştıkça farklı hedefler ortaya çıkabilir. Bunun için hedeflerin belli aralıklara gözden geçirilmesi gerekmektedir (21).

Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin iyileşmek istemesi, iyileşmek için planlarının olması, yaşamda ulaşmak istedikleri hedeflerinin olması, hedeflerine ulaşabileceğine inanması ve bir yaşam amacının olması, iyileşme yolculuğunun başlangıcı ve devamlılığı için gerekli etmenlerdir. Ancak iyileşme sürecinde hem ruh sağlığı profesyonellerinin hem de bireylerin başlangıçtan itibaren başarısızlıkları ve nöksleri iyileşmenin bir parçası olarak kabul etmesi hayal kırıklıklarını önlemede etkili olabilmektedir (22,71). Ruh sağlığı profesyonelleri bireylerin hedeflerine ulaşamadığı durumlarda da umutsuzluğa kapılmamalı, bireylere inanmalı ve umut aşılmalıdır (21).

1.7.5.4. İyileşmede Çevredekilere Güven ve Hemşirelik

Ruhsal hastalık tanısı alan bireyler hastalığın ömür boyu sürmesi ve iyileşme olasılığının olmadığı gibi umutsuz söylemlerle karşılaştıklarında yaşamları ve kendileri ile ilgili olumlu bakış açıları değişebilir. Norman ve Ryre (2003) bu bakış açısının ruh sağlığı profesyonellerinin tüm dikkatlerinin bireyin sorunlarına yönelmesi nedeniyle bireyin ruh sağlığı hizmeti almaya başlamasından sonra daha da pekişebileceğini belirtmiştir (71). Bireyin çevresinde bireye umut aşıl原因, cesaret veren, onu anlayan ve ona inanan, güvенеbileceği ailesinin, arkadaşlarının ve benzer deneyimleri olan bireylerin yanlarında olması kendileri ve yaşamları ile ilgili olumlu bakış açılarını yeniden kazanmalarına yardımcı olacaktır (71).

Bireylerin sosyal ilişkilerinin bozulmasının yaygın nedenleri ruhsal hastalık tanısı almak ve ruhsal hastalıklarla ilişkili yaşanan olumsuz deneyimlerdir (71,80). Diğer nedenler ise bireyin kendisini toplumdan geri çekmesi ya da yakınlarının ve arkadaşlarının bireyin hastalığı ile ilişkili olumsuz varsayımları ve beklentileridir (71). SAMSHA (2008) sosyal destek ağlarını iyileşmenin önemli bir bileşeni olarak tanımlamıştır (53). İyileşme sürecinin başlaması ve devam etmesi için çevredekilerin desteği önemlidir (54). Sosyal destek ağları bireyi seven, ona inanan, değer veren, bireye o toplumun bir parçası olduğunu hissettiren ve karşılıklı sorumlulukları olan, aile, arkadaş ve diğer insanlardan oluşur (71). Schön ve arkadaşları (2009) iyileşme sürecinde sosyal destek ağlarının, bireyin baş etme yöntemleri, öz yeterliği, yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkili olduğunu belirtmiştir (81).

Literatürde sosyal destek ağlarının niteliğinin ve niceliğinin iyileşmeyi etkilediği yönünde çalışmalar bulunmaktadır (81–84). Corrigan ve arkadaşları (1999) çalışmasında daha geniş sosyal destek ağı olan bireylerin daha fazla iyileştikleri sonucuna ulaşmıştır. Ancak çalışmada daha fazla iyileşmiş olmanın mı sosyal destek algısını arttırdığı yoksa fazla desteğin mi iyileşme algısını arttırdığı konusunda yeterli bilgi yoktur (27). Schön ve arkadaşları (2009) çalışmasında ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin semptomları azaltmak ya da semptomlarla baş etmek için sosyal ilişki kurdukları ve iyileşmenin ise kurulan sosyal ilişkinin niteliği ile bağlantılı olduğu sonucuna ulaşmıştır (81). Yapılan çalışmalarda sosyal destek ağlarının yetersiz ve sınırlı olmasının psikiyatrik belirtileri arttırarak iyileşme sürecini engellediği (84) ve yeniden hastanede yatma olasılığını arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (83).

İyileşme sürecinde bireylerin sosyal destek ağındaki bireylerle eşit düzeyde ve karşılıklı ilişkilerde bulunması bireyin kendini değerli hissetmesini sağlayarak iyileşmesine katkıda bulunmaktadır (71,80). Pernice-Duca (2010) bir çalışmasında ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin destek almaktan çok destek veren konumunda olmalarının bireylerin iyi oluşunu, öz yeterliğini ve iyimser olma durumunu arttırdığını saptamıştır. Aynı çalışmada karşılıklı sosyal desteğin olduğu bir çevrede olduğunu düşünen bireylerin daha fazla yardım istemeye gönüllü oldukları sonucuna ulaşılmıştır (80).

Ruh sağlığı profesyonellerinin, bireylerin sosyal destek algılarının değerlendirilmesi, sosyal destek sistemlerinin bireyin gereksinimlerini karşılama durumlarını araştırması, destek sistemlerin yetersizliği durumunda bireye destek olması ve uygun destek sistemlerine yönlendirmesi önemlidir. Buna ek olarak sağlık profesyonellerinin bireyin destek aldığı ailesi ya da diğer destek sistemlerini bireyin semptomları, hastalığın seyri, tedavi seçenekleri, bireye uygun destek yöntemleri konusunda bilgilendirmesi bireyin iyileşme sürecine katkı sağlaması açısından önemlidir (71,80).

1.7.5.5. İyileşmede Semptomlar ile Başetme ve Hemşirelik

Ruh sağlığı alanında klinisyenler iyileşmenin hastalık belirtilerinin tamamen ortadan kalkması ile mümkün olduğunu savunmaktadır (85). Ruhsal sorunları olan bireyler için ruhsal hastalık tanısı almak onların yaşadığı zorlukların ve bozuklukların tanılanmasını sağlar. Bu şekilde belirtilere odaklanan tanılama yöntemi bireyin yaşamı ve deneyimleri konusunda bilgi vermeyeceği gibi bireyin dikkatini hastalığın belirtilerine yöneltmesine neden olabilmektedir (71). Ruhsal hastalıklar yaşamın tek ve en önemli konusu değildir ve ruhsal hastalık tanısı alan bireylerce iyileşme klinik iyileşmeden farklı alanlara odaklanmaktadır (29,85). Anthony'e göre (1993) ruhsal hastalık tanısı alan bireyler için iyileşme kısaca devam eden hastalık belirtilerine rağmen anlamlı, amaçlı ve doyum veren bir yaşam sürmedir. Bu bireyler hastalık belirtilerine karşı iyileşmeyi başarabilir. İyileşmek için hastalık belirtilerinin ortadan kalkmasına gerek yoktur. Ancak iyileşme durumunda bireylerin hastalık belirtilerinde ve hastalık belirtilerinin neden olduğu sorunlarda düzelme olabilir (13) ya da aksine hastalık belirtileri üzerinde kontrol kazanmaya başladıklarında bireyler iyileşir (27).

Bireyin iyileşmesinde farmakolojik, psikolojik ve sosyal girişimler etkili olabilmektedir (85). İlaç tedavisi bireyin iyileşme sürecinde faydalanabileceği yöntemlerden biridir ve literatürde iyileşmenin yalnızca ilaç tedavisi ile mümkün olabileceğini savunan görüşlerin olduğu gibi (86), aksine ilaç tedavisinin semptomları baskılayarak iyileşmeyi engellediği yönünde görüşler de bulunmaktadır (85,87). Öznel iyileşme bakış açısına göre ilaç tedavisi iyileşme için mutlaka gerekli bir yöntem değildir (85). Leamy ve arkadaşları (2011) tarafından iyileşme deneyimlerinin araştırıldığı ve 97 çalışmanın dahil edildiği sistematik derlemede iyileşme yolculuğunun özellikleri tanımlanmış ve buna göre iyileşmenin profesyonel bir girişim olmadan da gerçekleştirilebileceği sonucuna ulaşılmıştır (88). Slade ve Longden (2015) ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin çeşitli nedenlerden dolayı sağlık hizmeti almayı kabul etmediklerini belirtmektedir. Bu nedenler arasında tercih etmeme, hastalık belirtilerinin bireyin yaşamında sorunlara neden olmaması, destek sistemlerinin iyi olması, ruhsal hastalık tanısı ile damgalanmaktan korkma gibi nedenlerle yakın ilişkilerden çekinme, baş etmede tıbbi ve psikolojik olmayan yöntemleri kullanma gösterilmektedir (85). Slade ve Longden ruhsal hastalık tanısı alan bireyler için bireysel çaba ve çevreden gelen destek ile hastalık belirtileriyle birlikte doyum veren bir yaşamın mümkün olabileceğini belirtmektedir (85). Norman ve Ryre (2003) bireyin yaşamın anlamı ve amacı üzerine odaklanması durumunda semptomların daha az sorun oluşturacağı görüşünü benimsemektedir (71).

İyileşmede sürecinde bireyin bağımsızlığını kazanması önemlidir. Bu süreçte bireyler kendi bakımlarının uzmanları olur ve kendi yaşamlarının kontrolünü ele alabilir (71). Hastalık belirtilerinin bireyin hayatının en önemli konusu olmaktan çıkması, hastalık belirtileri ile daha iyi baş edebildiği için bireyin yaşamında daha az sorunla karşılaşması, nüks durumlarında hastalığı daha iyi yönetebildiği için daha az sorunla karşılaşması bireyin iyileşmesinin göstergelerindedir (27–29). Bireyin iyileşme sürecinde kendisine neyin iyi geldiğini keşfetmesi, iyileşme süreçlerinde başarısızlık yaşayabileceğini ve hastalığı süresince iniş ve çıkışlarla nasıl yaşayacağını bilmesi, durumunu kötüleştiren etmenleri tanıması bunlardan kendisini nasıl koruyacağını öğrenmesi ve erkenci nüks belirtilerinin farkına varması önemlidir (17,71). Ruh sağlığı profesyonellerinin bireyi bilgilendirmesi ve benzer deneyimleri olan diğer bireylerin bilgilerini paylaşmasına fırsatlar tanınması ve bireysel farklılıkları gözetererek önerilerde bulunması bireyin iyileşme sürecinde faydalı olabilmektedir (71).

1.7.6. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği'nde İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği

Uluslararası Ruh sağlığı hizmetleri alanında iyileşme odaklı ve kanıta dayalı bakıma doğru bir dönüşüm gerçekleşmektedir. Bu dönüşüm için sonuçların ve sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi için iyileşme odaklı ölçüm araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan bireyler iyileşmeyi anlamlı bir yaşam sürmek olarak değerlendirmekte ve var olan iyileşme ölçüm araçlarını yetersizliklere odaklanması gerekçesi ile eleştirmektedir (70). Andresen ve arkadaşları (2010) geleneksel ölçüm araçlarının daha çok devam eden hastalık belirtileri, hastaneye yatış, işlevsellik, ilaç kullanma durumuna göre değerlendirdiğini ve ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin tanımladığı iyileşmeyi yansıtmadığını belirtmektedir (89). Bu durum objektif iyileşmeye ilişkin önlemlerin terk edilmesi gerektiği anlamına gelmemektedir. Aksine bireyler tarafından tanımlanan iyileşme tanımına uygun önlemlerin artırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Yapılan çalışmalarda objektif iyileşme ve subjektif iyileşme bileşenlerin birbirleri ile ilişkili olduğuna yönelik sonuçlar bulunmaktadır. Clarke ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında subjektif iyileşme ile ilişkili bir kavram olan hedeflere ulaşmanın temelde hastalık belirtilerinde düzelme ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (90). Resnick ve arkadaşları (2004) ise çalışmasında var olan hastalık belirtilerinin iyileşme ile ters orantılı olarak ilişkili olsa da, hastalık belirtilerinin azalmış olmasının doğrudan psikolojik iyileşmeye etki etmediği sonucuna ulaşmıştır (84). Bu nedenle sonuç ölçüm araçlarının ruhsal hastalık tanısı alan bireyler tarafından tanımlanan subjektif deneyimleri de içermesi gerekmektedir.

Uluslararası alanda bireylerin iyileşmelerini temel alan tedavi yaklaşımları geliştirilmekte ve uygulanmaktadır. İyileşme sonuçların değerlendirilmesi için farklı ölçüm

araçları bulunmaktadır. İyileşme Değerlendirme Ölçeği bu ölçüm araçlarından biridir ve birçok dilde versiyonu bulunmaktadır (30,91–94). İyileşme Değerlendirme Ölçeği Giffort ve arkadaşları (1999) tarafından 41 madde olarak geliştirmiş olup Corrigan ve arkadaşları tarafından 2004 yılında 24 madde olarak revize edilmiştir(27,28). Ölçek uluslararası alanda ruhsal hastalık tanısı alan bireylere hizmet veren meslek grupları tarafından (ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi, psikiyatrist, psikolog, psikoterapist vs.) tanılayıcı-ilişkisel ve deneysel çalışmalarda kullanılmıştır. Deneysel tipteki araştırmalarda güncel kanıta dayalı iyileşme odaklı bakım ve uygulama (ilaç yönetimi, hastalık yönetimi, destekli istihdam, girişken toplumsal tedavi vs.) sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılmıştır.(95).

Cook ve arkadaşları (2011) sekiz oturumluk akran liderliğindeki iyileşme odaklı ruh sağlığı eğitiminin iyileşmeye katkısının değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmada, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında deney grubunun eğitimden altı ay sonra İyileşme Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ve "Kendine Güven ve Umut" ve "Semptomlar ile Baş Etme" alt ölçek toplam puanlarında önemli derecede ileri düzeyde fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır (96).

Hendryx ve arkadaşlarının (2009) 153 ruhsal hastalık tanısı alan bireyde, ruh sağlığı ve iyileşme için önemli etmelere sosyal destek ve sosyal aktivitenin iyileşme ile ilişkisini inceledikleri kesitsel ve tanımlayıcı çalışmada, yüksek sosyal destek ve sosyal aktivitenin İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nden elde edilen yüksek puanlarla ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (97).

Kukla ve arkadaşlarının (2013) 119 ruhsal hastalık tanısı alan bireyde, sağlıklı yaşam davranışları bilme, hastalık yönetimini içeren hasta etkinleştirme (Patient activation) programının iyileşmeye etkisinin değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmada, yüksek hasta aktivasyonu ile İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin toplam puanı arasında anlamlı, Kendine Güven ve Umut alt ölçeği arasında ise ileri düzeyde, anlamlı ve pozitif yönde bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (98).

Cook ve arkadaşlarının (2012) 519 ruhsal hastalık tanısı alan bireyin katıldığı, sağlıklı yaşam aktiviteleri, hastalık yönetimini içeren "Sağlıklı İyileşme Eylem Planı" (Wellness Recovery Action Plan) eğitim planının iyileşmeye etkisinin değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmada, girişim sonrası 251 bireyden oluşan deney grubunda İyileşme Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ve "Kendine Güven ve Umut" ile "Hedef ve Başarıya Yönelim" alt ölçek puanlarında pozitif yönde anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır (99).

Green ve arkadaşları (2013) 177 ruhsal hastalık tanısı alan bireyle yaptıkları uzunlamasına çalışmada ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin iki yıllık süreçte hastalığını

gidişatı ve iyileşme ile ilişkisini değerlendirmişlerdir. Araştırmada hastalık gidişatı, stabil, yüksek -orta stabil, düşük-orta stabil ve düşük stabil olarak dört kategoriye ayrılmış ve her bir kategorideki bireylerin İyileşme Değerlendirme Ölçeği puanları incelenmiştir. Araştırma sonucuna göre yüksek iyileşme puanlarının yüksek stabilite ve daha az ruhsal hastalık belirtileri ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yapılan uluslararası çalışmalarda da görüldüğü üzere İyileşme Değerlendirme Ölçeği Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanında hizmet sağlayıcılar tarafından kanıta dayalı uygulamaların sonuçlarını değerlendirmek üzere kullanılmıştır. Ülkemizde de uluslararası alanda iyileşmeyi ölçen geçerli ve güvenilir geçerli bir ölçüm aracının Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği alanına dahil edilmesinin, kanıta dayalı uygulamaların değerlendirilmesi ve ölçüm sonuçlarından faydalanılarak, sağlık bakım hizmetlerinin ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin ihtiyaçlarına göre düzenlenmesi ve sunulmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

1.7.7. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMALARI

1.7.7.1. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması

Geliştirildikleri ülkelerin kültür ve dil özelliklerini gösterdikleri için ölçeklerin başka bir kültür ya da dilde uygulanabilir olması için ölçeğin yeni kültür ve dile uyarlanması gerekmektedir (100). Ölçeğin yeni dil ve kültürde de standart bir ölçüm aracı olabilmesi için yapılan anlamsal, kültürel ve istatistiksel sistematik hazırlık çalışmalarına ölçek uyarlaması denir (100). Ülkemizde ölçek uyarlanması yöntemi ile uluslararası literatürde bilinen ve yeterli bilgi birikimi olan ölçeklerin dilimize kazandırılması yaygınlaşmaktadır. Bunun nedeni ölçek uyarlamak için ayrılan zamanın yeni bir ölçek hazırlamak için geçen süreden daha kısa olmasıdır. Bu araştırmacının zamanı koruyarak, uluslararası literatürle karşılaştırmalı bilgi sağlaması bakımından yararlıdır (100,101). Uyarlanan ölçekler diğer araştırmacıların araştırmalarında hazır araç olarak kullanılacağı ve bir eksiklik olması durumunda bu durum düzeltilmezse diğer çalışmaların sonucunu etkileyeceği için ölçek uyarlama çalışmalarının titizlikle yapılması gerekmektedir (100,101). Bir ölçeğin başka bir kültürde uygulanabilmesi için Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi uyarlama çalışmaları (dil uyarlaması), psikometrik özelliklerin incelenmesi (geçerlik-güvenilirlik) ve kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması gerekmektedir (100,101).

1.7.7.2. Dil Uyarlaması

Belirli bir dil ve kültür için oluşturulmuş bir ölçeğin başka bir dile uyarlanması o ölçeğin özelliklerini değiştireceği için dil uyarlamasının titizlikle yapılması gerekmektedir. Dil uyarlaması basit bir çeviri işleminden farklıdır ve ölçeğin yeni bir kültüre ve dile

uyarlanmasıdır. Dil uyarlaması çalışmasında ölçeğin kullanılacak dile çevrilmesi ilk basamağı oluşturmaktadır (100). Dil uyarlaması yapılırken araştırmacı tarafından, çevrilen ölçek maddelerini titiz bir şekilde incelemesi, çevrilen dilde de anlamın olması ve uyarlanacak kültürün normlarına uyması için değişiklikler yapılması uyarlama işleminin diğer basamaklarını oluşturmaktadır (102). Uyarlama sırasında gerekli özen gösterilemezse bu durum ölçeğin geçerlik-güvenirlik sonuçlarını etkileyecektir. Bu nedenle dil uyarlaması, dil yeterliliği olan, her iki dili ve kültürü iyi bilen, ölçek yapısını ve nasıl kullanılacağını bilen, farklı bakış açılarına sahip çevirmen ve ekip tarafından, özen ve dikkatle yapılmalıdır (100,102).

1.7.7.3. Geçerlik

Geçerlik bir ölçeğin ölçmek istediği özelliği, diğer özelliklerden ayırt ederek doğru ölçebilme derecesidir (34). Geçerlik çalışmasının, ölçüm aracı kullanıma geçmeden önce mutlaka yapılması gerekir. Bir ölçüm aracının geçerliğini test etmek için çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Bunlar; içerik/kapsam geçerliği (content validity), ölçüt- bağımlı geçerliği (criterion-related validity) ve yapı geçerliği (construct validity) olarak üç ana başlıkta toplanmaktadır (34,103,104).

1.7.7.3.1. İçerik (Kapsam) Geçerliği

İçerik/ kapsam geçerliği ölçme aracının maddelerinin ölçülmek istenen davranışı ve/veya özelliği ölçmede niceliksel ve niteliksel olarak ne derece yeterli olduğunun göstergesidir (105). Kapsam geçerliği hem ölçeğin hazırlandığı bilim alanı hem de ölçek sorusu hazırlama teknik ve yöntemlerinde uzman kişilerin işbirliği ile değerlendirilir (103,106,107). Literatürde uzman görüşüne başvurmada uzman sayısı konusunda iki görüş vardır. Bunlardan ilki uzman sayısının 3 ile 20 arasında olması gerektiği (106), ikincisi ise uzman sayısının 5 ile 40 arasında olması gerektiği şeklindedir (34). Uzman değerlendirme formu oluşturulurken uzmanlardan beklenenler açık bir şekilde belirtilmelidir. Uzmandan beklenen, testin taslak formunda yer alan maddelerin ilgili alanı temsil edip etmediğini, ilgili davranışı değerlendirip değerlendirmedini, maddelerin yeterince sade ve açık olarak ifade edilip edilmediğini, maddelerin hedef kitle tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan uzman değerlendirme formuna kaydetmesidir (34,104). Ölçeğin daha anlaşılır olabilmesi için uzmanlardan birçok kez uzman görüşü alınarak gerekli düzeltmeler yapılabilir (34).

Uzman değerlendirme formunda maddenin uygunluğu istatistiki açıdan yorumlanabilmesi için üçlü, dördü ya da beşli derecelendirme ölçeği kullanılarak değerlendirilebilir (34,104). Dördü derecelendirme ölçütü olarak Kapsam Geçerlik İndeksi (Content Validity İndeks-CVI) sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Bu derecelendirme

ölçütünde puan değerleri A= "Uygun değil"; B= "Maddenin uygun şekilde değiştirilmesi gerek"; C="Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor"; D= "Uygun" şeklindedir. Uzmanlardan alınan görüşlere göre Kapsam Geçerlik İndeksi değeri (KGİ) hesaplanır (34). Davis tekniği KGİ kullanılarak elde edilen sonuçların değerlendirilmesinde sık kullanılan bir yöntemidir. Bu yöntemle (C) ve (D) seçeneğini işaretleyen uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünerek KGİ değeri hesaplanır. KGİ değerinin 0.80'den büyük olması beklenir (108). KGİ sonuçlarına göre oluşturulan ölçeğin son halini alabilmesi için ihtiyaç duyulması halinde yüzeysel geçerlik (Face Validity) yöntemine başvurulabilir. Yüzeysel geçerlik kapsam geçerliliğini test etmekte zayıf bir yöntem olduğu için sık kullanılan bir yöntem değildir. Yüzeysel geçerlik için örneklemin özelliklerini gösteren, daha sonra örnekleme dahil edilmeyecek gruptan anlamakta zorlandıkları maddeler, okunabilirlik açısından ölçeği değerlendirmeleri istenebilir (109,110). Gerekli çalışmalar tamamlandıktan sonra ölçeğin son hali oluşturulur.

1.7.7.3.2. Yapı (Kavram) Geçerliği

Ölçeğin, ölçülmek istenen soyut kavramı ya da kavramsal yapının tümünü ne derece doğru ölçebildiğini gösterir (104). Yapı geçerliği genellikle tutum, güdü, performans yetenek gibi doğrudan ölçülemeyen soyut yapıları tanımlayan soru formlarının ölçülmek istenen yapıyı ne derece ölçtüğünü değerlendirmek için kullanılır (34,105). Faktör analizi, yapı geçerliliğini değerlendirmekte sıklıkla kullanılan yöntemlerden biridir(34). Ölçekteki maddelerinin farklı faktörler altında toplanıp toplanmayacağını değerlendirmek için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ya da Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yöntemi kullanılır. Ölçeğin faktör yapısını ortaya çıkarmak amaçlanıyorsa Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) daha önce var olan ölçeğin faktör yapısının doğrulanması amaçlanıyorsa Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) teknikleri kullanılır (105). Literatürde, başka bir dilden Türkçe'ye ölçek uyarlama çalışmalarında Doğrulayıcı Faktör Analizi yöntemi sıklıkla başvurulan bir yöntemdir (34,103). DFA faktör yapısı daha önce belirlenen orijinal ölçeğin uyarlandığı kültür içinde faktör yapısını koruyup korumadığını değerlendirmek için kullanılan önemli bir yapısal eşitlik modeli (YEM) türüdür (103,111). DFA'nın uygulanmasında uyum indeksleri kullanılmaktadır (112,113). DFA daha önce belirlenen faktörler arasında yeterli düzeyde ilişkinin varlığını, değişkenlerin hangi faktörlerle ilişkili olduğunu, faktörlerin birbirinden bağımsız olma durumlarını, faktörlerin modeli açıklamakta yeterliliğini sınamakta kullanılır (114). DFA'nın uygulanmasında uyum indeksleri kullanılmaktadır. Uyum; daha önce oluşturulan bir modelin varyans kovaryans matrisini yeniden üretebilme kabiliyetidir (111,114). Doğrulayıcı Faktör Analizinde (DFA) genel olarak kullanılan uyum indeksleri;

Ki-Kare Test İstatistiği (χ^2 Değeri): Araştırma raporlarında en çok kullanılan uyum

indeksidir. Ki-kare istatistiği evren kovaryans matrisi ile örneklem kovaryans matrisinin uyumunu inceler, matrisler arasında fark olmadığını açıklamak için test sonucunun anlamsız çıkması gerekmektedir (111,113). χ^2 değerinin 0'a yaklaşması modelin istatistiki olarak kötü uyum sağladığını göstermektedir (111,113,114). χ^2 istatistiğine ait p değeri örneklem büyüklüğüne çok fazla duyarlıdır, çok büyük örneklem olmadıkça modelin reddedildiği sonucunu verir (115,116).

χ^2 /Sd Değeri: Yapısal eşitlik modelinde χ^2 değeri tüm modelin uygunluğunu hesaplamak için kullanılan testtir ve χ^2 istatistiğinin serbestlik derecesine bölünmesi ile elde edilir. χ^2 /sd değeri örneklem büyüklüğünden daha az etkilendiği için χ^2 istatistiği yerine tercih edilmektedir. χ^2 /sd oranının 3'ün altında olması mükemmel uyum, 5'in altında olması ise iyi uyum göstergesi kabul edilmektedir (113,114,117).

Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi [Comparative Fit Index (CFI)]: Modelin uyumunun orijinal modelin uyumu ile karşılaştırılmasına dayanır. CFI değerinin 0-1 aralığında değer alması iyi uyumu göstermektedir (113,116).

Uyum İyiliği İndeksi [Goodness of Fit Index (GFI)]: Modelin örneklemdeki kovaryans matrisini ölçme oranını gösterir (111,115). NFI uyum indeksinin güncellenmiş halidir (114). GFI değeri 0 ile 1 arasında değişir ve GFI'nın 0,90'ı geçmesi iyi bir model göstergesi olarak kabul edilir (111,113–116).

Normlaştırılmış Uyum İndeksi [Normed Fit Index (NFI)]: NFI ilgili modelin ki-kare değerinin en kötü durumda elde edilecek ki-kare oranının karşılaştırılmasıdır. NFI 0 ile 1 arasında değer alır. NFI örneklem hacminden etkilenmektedir. Değerin yüksek olması iyi uyum göstergesidir (113,114).

Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi [Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)]: Değişken sayısına göre modelin serbestlik derecesi için GFI değerini düzeltmektedir. AGFI 0 ile 1 arasında değer alır ve bu değer 1'e yaklaşması iyi uyumu göstermektedir (113,114).

Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması [Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)]: Modelden tahminlenen kovaryans matrisin örnekten elde edilen kovaryans matrisine uygunluğunu belirlemek için kullanılır. Modelin anlamlı olabilmesi için RMSEA değerinin 0,05'ten küçük olması mükemmel uyum, 0,05 ile 0,08 arasında değer alması makul uyum, 0,08 ile 0,10 arasındaki değerler alması orta düzeyde uyum göstergesi kabul edilir (113,114,116,118).

Standartlaştırılmış Kök Artık Kareler Ortalaması [Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)]: Standartlaştırılmış hataların kareköküdür. SRMR 0 ile 1 arasında değer alır, bu değer 0'a yaklaşması iyi uyum göstergesidir (114,116). SRMR'nin

0,05 ile 0,08 arasındaki değerleri kabul edilebilir değerlerdir(111,113).

1.7.7.3.3. Ölçüt Bağımlı Geçerlilik (Kestirim /Yordama Geçerliliği)

Türkçe'ye uyarlanması planlanan ölçeğin, daha önce geçerlik-güvenirliliği yapılmış ve aynı dile uyarlanmış, ölçülecek özellikle ilişkili olduğu düşünülen bir başka ölçekle birlikte uygulanmasıdır. Ölçüm sonucunda iki ölçekten alınan puanlar arasındaki korelasyon ölçüt-bağımlı geçerliliği gösterir (34,103). Kestirim (yordama) geçerliliği standart ölçümü kestirebilen test ya da değişkenlerden elde edilen ölçüm puanının kullanılarak standardın yordama derecesidir bu bakımdan uyum geçerliliğinin bir uzantısıdır. İyi bir yordama değerine ulaşabilmek için bağımsız değişken (yordayıcı) ile bağımlı değişken (yordanan) arasında korelasyon katsayısının yüksek olması gerekmektedir (34). Korelasyon katsayısı -1 ile 1 arasında değer alır ve bu değer 0' a yaklaştıkça ilişki azalır. Örneklem sayısının 100'ün üzerinde olması durumunda korelasyon katsayıları dikkate alınarak geçerlik sınaması yapılırken korelasyon katsayısının 0,49'dan az olması kabul edilemez geçerlik göstergesi, 0,50-0,69 arasındaki değerleri orta düzeyde geçerlik göstergesi, 0,70-0,79 arasındaki değerleri yüksek geçerlik göstergesi, 0,80-1,00 arasındaki değerleri mükemmel geçerlik göstergesi kabul edilir (34).

Kestirim yapmak için regresyon yöntemi kullanılabilir. Regresyon yöntemi ile kestirim değerinin ne kadar güvenilir olduğu incelenir. Regresyon yönteminde bir bağımlı değişken (y) ve bir bağımsız değişken (x) varsayıldığında x'de bir birim artış olduğunda y'deki değişiklik miktarı olan b katsayısını bulmak (katsayı kestiriminde bulunmak) amaçlanır. Bir bağımlı ve bir bağımsız değişken olmak üzere doğrusal regresyon denklemi gözlemler cinsinden $Y_i = \alpha + \beta_i * X_i + \epsilon_i$ (i=1, 2, ...,n) eşitliği ile hesaplanır. (Y:bağımlı değişken, α :kesim noktası β_i : regresyon katsayısı, X_i :bağımsız değişken, ϵ_i : hata varyansı) (34). Açıklayıcılık katsayısı (R^2) regresyon modeli ile açıklanabilen bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni açıklayabilme miktarıdır. Bağımlı değişkendeki toplam değişimin yüzde kaçının bağımsız değişken tarafından açıklanabildiğini gösterir. İki değişken arasında doğrusal ilişki bulunması durumunda açıklayıcılık katsayısı (R^2) korelasyon katsayısının karesine (r^2) eşittir. Açıklayıcılık katsayısı (R^2) 0 ile 1 arasında değer alır ve bu değer 0,13'ten büyük olması orta etki büyüklüğünün, 0,26'dan büyük olmasının büyük etki büyüklüğünün, 0,49 ve üzeri bir değer almasının ise çok büyük etki büyüklüğünün olduğunu göstermektedir (34). R^2 değerinin 1'e yaklaşması bağımlı değişkendeki değişimin büyük bir bölümünün bağımsız değişkenle açıklandığını ifade eder (34).

1.7.7.4. Güvenirlik

Bir ölçek ile aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde benzer sonuçların elde edilmesi ya da tekrarlarda tutarlılık veya kararlılık olmasıdır (34). Diğer bir deyişle güvenirlik zamana göre değişmezliktir. Eğer ölçüm aracı güvenilir bir araçsa elde edilen ölçüm sonuçlarının belirli zaman diliminde tekrarlanan ölçüm sonucundan farklı olmaması beklenir (34,103). Ölçüm hatalarının en aza indirilmesi için ölüm araçlarının test güvenirliliğinin yüksek olması gerekmektedir (103).Güvenilir bir ölçek geçerli olabilir ancak ölçeğin geçerli olabilmesi için mutlaka güvenilir olması gerekmektedir (34,103). Değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve düzeyini açıklamakta kullanılan korelasyon katsayısı güvenirliliği belirlemek için kullanılır. Güvenirlik için farklı zamanlarda yapılan ölçüm sonuçlarının ilişki düzeyi hesaplanarak korelasyon katsayısı (r) bulunur ve elde edilen (r) değer güvenirlilik derecesini belirler. (r) değeri 0 ile +1 ya da 0 ile -1 arasında değişen bir değer alır. Değer 1'e yaklaştıkça güvenirliliğin yüksek olduğu kabul edilmektedir (34,105).

1.7.7.4.1. İç Tutarlılık (İnternal Cosistency)

Bir ölçekteki tüm alt bölümlerin aynı özelliği ölçtüğünü belirleyen güvenirlilik yöntemidir (106). İç tutarlılık ölçeğin tüm alt bölümlerinin ölçeğin ölçmek istediği özelliği ne derece ölçtüğünü ve ölçek maddelerinin birbiri ile yakınlığını değerlendirmek için kullanılır .İç tutarlılığın değerlendirilmesinde; iki yarı test güvenirliliği (split-half reliability), Cronbach's Alfa güvenirlilik katsayısı, Kuder Richardson 20-21 güvenirlilik katsayısı, madde-toplam puan ölçek güvenirliliği- Kapa uyum (Cohen's Kapa) katsayısı yöntemleri kullanılmaktadır (106). Madde-toplam puan ölçek güvenirliliği maddelerin birbirleri ile yakınlığını ölçmek için kullanılmaktadır. Madde-toplam puan ölçek güvenirliliği yönteminde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısına bakılır. Ölçekteki maddelerin eşit ağırlıkta ve bağımsız birimler halinde olması durumunda her bir madde ile toplama madde puanları arasında korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir. Korelasyon katsayısının düşük olması maddenin ölçekte yer alan diğer maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğü anlamına gelmektedir (103). Madde-toplam puan korelasyon katsayısı değerinin artması güvenirliliğin yüksek olduğunu göstermektedir (103). Madde-toplam puan korelasyon katsayısının hangi değerler arasında olması gerektiği ile ilgili kesin bir görüş olmakla birlikte Aksayan ve Gözüm (2003) korelasyon katsayısının pozitif bir değer olması ve 0,20'den büyük olması gerektiğini belirtmektedir (103). Diğer görüşlere göre, örneklem sayısının 400'ün altında olduğu araştırmalarda madde-toplam puan korelasyon katsayısının kabul edilebilir en düşük değeri 0,30 olarak belirtilmektedir (119,120).

1.7.7.4.2. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı aynı derecelendirmeye sahip Likert tipi ölçeklerde, ölçekteki her bir maddenin ölçülmek istenen aynı özelliği ölçüp ölçmediğini değerlendirmek için kullanılır. Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı hesaplanarak ölçeğin iç tutarlılığı belirlenir. Cronbach Alfa katsayı'sının yüksek olması; ölçekteki maddelerin birbiriyle tutarlı olduğunu ve ölçeğin aynı özelliği ölçen maddelerden oluştuğunu diğer bir söylemle ölçeğin homojen olduğunu göstermektedir (103). Cronbach Alfa katsayısının değerlendirilmesi örneklem grubundan gelen yanıtların kendi içinde ne kadar tutarlı olduğunu gösteren bir yöntemdir. Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının alt sınırı ile ilgili kesin bir bilgi olmamakla birlikte kaynaklarda 0,70' dan büyük olması gerektiği belirtilmekte ve alfa katsayısının 1'e yakın olması istenmektedir (34,100). Şencan (2005) ve Çam ve Baysan-Arabacı (2010) sosyal bilimlerde kabul edilebilir en düşük alfa değerini 0,70 olarak belirtmiştir (119,120).

1.7.7.4.3. Zamana Karşı Değişmezlik (Test- Tekrar Test Güvenirliği)

Güvenirliğin belirlenmesinde kullanılan test-tekrar test yöntemi aynı ölçeğin belli aralıklarla aynı gruba uygulanması yöntemidir. İki ölçüm arasındaki süre önemli bir konudur. Literatürde ölçülen davranışa ve hedef gruba göre değişmekle birlikte ölçümlerin aynı denek grubuna hatırlatmaları önleyecek kadar uzun, ölçülecek özellikte değişiklik meydana gelmesine izin vermeyecek kadar kısa bir zaman diliminde tekrar yapılması önerilmektedir (34,103). Kağıt kalem kullanılarak yapılan ölçümlerin ise en az 15 gün sonra tekrarlanması gerektiği belirtilmektedir. Test-tekrar test yöntemi ile elde edilen ölçüm sonuçları arasında Pearson korelasyon katsayısı hesaplanarak güvenirlik test edilmektedir. Korelasyon katsayısının diğer bir adıyla kararlılık katsayısının 0,70'in altında olmaması beklenmekte ve katsayının yüksek olması güvenirliğin yüksek olduğuna işaret etmektedir (34).

BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin subjektif iyileşme süreçlerini kapsamlı bir şekilde değerlendirmek amacı ile geliştirilen "İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin (Recovery Assessment Scale) Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla metodolojik olarak planlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 2016 yılı içerisinde planlanmış ve 2016 yılı Temmuz ayında tez önerisi olarak sunulmuştur. Araştırma Şubat 2017 ve Mayıs 2017 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi olarak iki merkezde yürütülmüştür.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları AD bünyesinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak 2011 yılından beri hizmet vermektedir. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hem psikiyatri kliniklerinde yatan bireylere hem de merkeze kayıtlı olup hastane dışından gelen ruhsal hastalık tanısı almış bireylere psikososyal destek vermektedir. Merkezde 1 hemşire, 1 psikolog, 1 sosyal çalışmacı, 1 diyetisyen, 3 uğraş öğretmeni, 1 beden eğitimi öğretmeni, 3 personel görev yapmaktadır.

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi 2011 yılından bu yana hizmet vermektedir. Bu merkez yalnızca merkeze kayıtlı olan hastalara hem psikososyal destek hizmeti sunmakta hem de hastaların takip ve tedavilerini yapmaktadır. Merkezde 2 psikiyatrist, 4 hemşire, 1 sosyal çalışmacı ve 4 personel görev yapmaktadır. Merkezin uğraşı çalışmalarına Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nden haftanın 5 günü farklı uğraşı alanlarından öğretmenler destek vermektedir.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 420 birey (aktif olarak merkeze gelen birey sayısı aylık ortalama 200 birey) ve Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 350 birey (aktif olarak merkeze gelen birey sayısı ortalama 60 birey) ve toplamda 770 ruhsal hastalık tanısı almış yetişkin birey oluşturmaktadır.

2.4. Araştırmanın Örnekleme

Ölçek çalışmalarında örneklem hacminin belirlenmesinde örnekleme oluşturan birey sayısının ölçek-madde sayısının 5-10 olması gerektiği belirtilmektedir (34). Bu bilgiye dayanarak ulaşılmaya hedeflenen örneklem sayısı ölçek madde sayısının (24 madde) 10 katı olmak üzere 240 ruhsal hastalık tanısı alan birey olmasına karar verilmiştir. Evrene dahil bireylerin aylık ortalama olarak 260'ının aktif olarak merkeze gelmesi nedeni ile araştırma kriterlerini karşılayan 180 birey örnekleme oluşturmuştur. Araştırma kriterleri arasında, en az bir yıl önce ruhsal hastalık tanısı almış olma, araştırmaya katılmayı kabul etme, soruları anlayıp-cevap vermesini engelleyecek düzeyde fiziksel bir hastalığın olmaması, ruhsal hastalığın remisyon döneminde olma, en az bir yıldır herhangi bir psikiyatri kliniğine yatışın olmaması ve 18 yaşından büyük olma yer almaktadır.

2.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Gerekli izinler alındıktan sonra, araştırma verileri Şubat 2017- Mayıs 2017 tarihleri arasında elde edilmiştir. Araştırmanın veri toplama formları araştırmaya dahil edilen bireylere kağıt ve kalem kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Veri toplama formları bireylerden gelen cevaplar doğrultusunda araştırmacı tarafından doldurulmuştur. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin doldurulma süresi her birey için ortalama 5-10 dakika, tüm veri toplam formlarının doldurulma süresi ise ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

2.6. Veri Toplamada Kullanılan Gereçler

2.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-II)

Araştırmacı tarafından literatür araştırılarak hazırlanan "Tanıtıcı Bilgi Formu"; ismi, yaşı, doğum yeri, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumunu, mesleği, gelir düzeyini, çocuk sahibi olma durumu gibi demografik verileri içermektedir. Buna ek olarak formda ruhsal hastalık tanısı, ruhsal hastalık tanısı dışında fiziksel bir hastalığa sahip olma durumu, ruhsal hastalığa bağlı tedavi süresi, nüks etme durumu, nüks sayısı yer almaktadır. Son olarak formda Vizuel Analog Skala (VAS) şeklinde hazırlanmış bireyin; sağlık personeli, aile ve arkadaşlarının ruhsal hastalıktan iyileşme sürecine katkısının puanlandığı 3 soru yer almaktadır. Form toplamda 17 sorudan oluşmaktadır (27,28,91,92).

2.6.2. İyileşme Değerlendirme Ölçeği (Ek-IV)

İyileşme Değerlendirme Ölçeği (Recovery Assessment Scale-RAS) Giffort ve arkadaşları (1995) tarafından 41 madde olarak geliştirilmiş olup Corrigan ve arkadaşları (2004) tarafından 5 alt ölçek ve toplamda 24 madde olarak revize edilmiştir. Ölçek "1=Kesinlikle Katılmıyorum", "2=Katılmıyorum", "3=Emin Değilim", "4=Katılıyorum",

"5=Kesinlikle Katılıyorum" şeklinde 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin bakış açısından iyileşmenin çeşitli alt boyutlarını ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçekte yer alan sorular tek tek puanlanarak değerlendirilebildiği gibi toplam puan üzerinden de değerlendirme yapılabilir. Ölçekten elde edilen toplam puanın yüksek olması iyileşmenin yüksek olduğunu göstermektedir (27–29).

Ölçeğin eş zamanlı benzer yapılarla geçerliği Corrigan ve arkadaşları (1999) tarafından değerlendirilmiştir. Araştırmaya 35 ruhsal hastalık tanısı alan birey katılmıştır. Benzer yapılarla geçerliğini değerlendirmek için güçlenme, yaşam kalitesi, sosyal destek, benlik saygısı gibi iyi-oluşu ölçen ölçekler kullanılmıştır. Benzer yapılarla geçerliğinde ölçek toplam puanı benlik saygısı, öz-yönetim, sosyal destek ağının boyutu ve yaşam kalitesi ile olumlu yönde, psikiyatrik belirtiler ile olumsuz yönde ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışmada ölçeğin test-tekrar test güvenilirliğini değerlendirmek için ölçek 14 gün ara ile aynı kişilere tekrar uygulanmış ve ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği kabul edilen değer aralığında bulunmuştur ($r=0,88$, $\alpha=0,93$) (27).

Ölçeğin faktör yapısı Corrigan ve arkadaşları (2004) tarafından değerlendirilmiştir. Corrigan ve arkadaşları (2004) çalışmasında Faktör yapısını değerlendirmek için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (CFA) yapmıştır. Araştırmaya şizofreni, bipolar bozukluk ve major depresyon tanısı alan 1824 birey katılmıştır. Ölçek alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri 0.74 ile 0.87 arasında saptanmıştır. Faktör analizi sonuçlarına göre ölçek 5 faktörlü olarak sonuç vermiştir. (CFI=0.93, NFI=0.92, NNFI=0.91). Faktörler, "Kendine Güven ve Umut", "Yardım Arama Davranışı", "Hedef ve Başarıya Yönelim", "Çevredekilere Güven", "Semptomlar ile Baş Etme" olarak belirlenmiştir (28). Ölçeğin faktör grupları ve madde sayıları Tablo 3'te belirtilmiştir (29);

Tablo 3: İyileşme Değerlendirme Ölçeği Faktör Grupları

Faktör Grupları	Maddeler	Madde Sayısı
Kendine Güven ve Umut:	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 21. Maddeler	9 Madde
Yardım Arama Davranışı	18, 19 ve 20. Maddeler	3 Madde
Hedef ve Başarıya Yönelim:	1, 2, 3, 4 ve 5. Maddeler	5 Madde
Çevredekilere Güven	6, 22, 23 ve 24. Maddeler	4 Madde
Semptomlar ile Baş Etme	15, 16 ve 17. Maddeler	3 Madde

2.6.3. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (Ek-V)

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ) (Psychological Well-being Scale) Diener ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilmiş ve daha sonrasında aynı araştırmacılar tarafından kısa formu oluşturulmuştur. Ölçeğin kısa formunun Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Telef (2013) tarafından yapılmıştır. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği olumlu ilişkilerde yeterlik duygusu, başkaları tarafından saygı görme, iyimserlik, günlük aktivitelere ilgi duyma, anlamlı ve amaçlı bir yaşamın olması gibi olumlu işlevlerle ilgili bakış açısını ölçmeyi hedeflemektedir (121).

Toplam sekiz maddeden oluşan ölçek 1='Kesinlikle Katılmıyorum' "2=Katılmıyorum", 3= "Biraz Katılmıyorum", "4= Kararsızım", "5= Biraz Katılıyorum" "6=Katılıyorum", ve "7='kesinlikle katılıyorum' şeklinde 7'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan puanlar 8 ile 56 arasında değişmekte ve yüksek puan, bireyin birçok yönden psikolojik kaynak ve güce sahip olduğunu göstermektedir. Ölçek tek boyutlu olup alt boyutu yoktur. Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı 0,80 ve test-tekrar test güvenilirliği ise kabul edilebilir aralıkta ($r=0.86$, $p<0,01$) bulunmuştur (121).

2.7.Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin yapıldığı araştırmada aşağıda (Tablo 4 ve Tablo 5) belirtilen yöntemler kullanılmıştır.

Tablo 4: İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik Yöntemleri ve Kullanılan İstatistikler

Geçerlik Yöntemi	Geçerlik Yöntemi İçin Kullanılan İstatistikler
Dil Geçerliği	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Grup Çevirisi ✚ Geri Çeviri Yöntemi
İçerik/ Kapsam Geçerliği <ul style="list-style-type: none"> ✚ Uzman Görüşü ✚ Yüzeysel Geçerlik (Face Validity) 	<p>Uzman görüşlerinin alınması ve Davis tekniği ile Kapsam Geçerlik İndekslerinin (KGI) hesaplanması</p> <p>Örneklemin özelliklerini gösteren ancak örnekleme dahil edilmeyecek 15 ruhsal hastalık tanısı alan bireye ölçek maddelerinin okunabilirliği ve anlaşılabilirliği konusunda fikirlerinin alınması</p>
Yapı Geçerliği	Doğrulayıcı Faktör Analizi
Ölçüt/Bağıntılı Geçerlik <ul style="list-style-type: none"> ✚ Kestirim (Yordama) Geçerliği 	İyileşme Değerlendirme Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısının (r) ve Regresyon Katsayısı (β) ve Açıklayıcılık Katsayısının (R ²) Bulunması

Tablo 5: İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Güvenirlik Yöntemleri Ve Kullanılan İstatistikler









Güvenirlik Yöntemi	Güvenirlik Yöntemi İçin Kullanılan İstatistikler
Zamana Karşı Değişmezlik <ul style="list-style-type: none"> ✚ Test -Tekrar Test Yöntemi 	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısının Hesaplanması
İç Tutarlılık <ul style="list-style-type: none"> ✚ Madde İstatistikleri ✚ Cronbach's Alfa Güvenilirlik Katsayısı 	<p>Madde- Toplam Puan Korelasyon Katsayısına Ulaşmak İçin Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısının Hesaplanması</p> <p>Cronbach's Alfa Güvenilirlik Katsayısının Hesaplanması</p>

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Statistical Package For Social Science (SPSS 16) programı ve Linear Structural Equations Model Language (LISREL 8.8) programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dahil edilen ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin tanıtıcı bilgileri, sayı ve yzde dağılımı ile gsterilmiştir. Sağlık personeli, aile ve arkadaşlarının ruhsal hastalıktan iyileşme srecine katkılarına verdikleri puanlar ortalama ile gsterilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin olek puan ortalamaları; standart sapma ve minimum-maksimum (min-max) değerleri hesaplanarak gsterilmiştir. Oleğin dil geçerliğinin sağlanması için grup çevirisi ve geri eviri yntemi kullanılmıştır.

2.8. Sre ve Olanaklar

şubat 2016-Mayıs 2016 tarihleri arasında tez konusu belirlenmiş ve gerekli hazırlıklar yapılarak 13.07.2016 tarihinde tez önerisine girilmiştir. Araştırma için gerekli izinler alınarak şubat 2017-Mayıs 2017 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Mayıs 2017'de veriler değerlendirilerek analizi gerçekleştirilmiş ve araştırma raporu hazırlanmıştır. Araştırma raporu 13.06.2017 tarihinde yksek lisans tezi olarak sunulmuştur (şekil 1).

Şekil 1: Zaman Çizelgesi

TARİH \ SÜREÇ	Şubat- Mart 2016	Nisan- Haziran 2016	Temmuz 2016	Ağustos 2016- Şubat 2017	Şubat- Mayıs 2017	Nisan- Mayıs 2017	Nisan - Mayıs 2017	Haziran 2017
Literatür İnceleme ve Konu Seçimi								
Araştırma Planının Oluşturulması								
Tez Önerisi								
Etik Kurul İzni ve Uygulama Alanı İzni								
Veri Toplama Aşaması								
Verilerin Değerlendirilmesi- Analizi								
Tez Yazımı								
Savunma								

2.9. Etik Uygulamalar

Ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için İyileşme Değerlendirme Ölçeği'ni (Recovery Assessment Scale) 24 madde olarak revize eden ve ilk isim olan Prof. Dr. Patrick Corrigan'dan (2004) mail yoluyla yazılı kullanım izni alınmıştır (Ek-VI). Ölçüt geçerliliği için kullanılan Psikolojik İyi Oluş Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan Yrd. Doç. Dr. Baki Telef'ten (2013) mail yoluyla yazılı izin alınmıştır (Ek-VII). Araştırmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu (Ek-VII), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden (Ek-IX), Sağlık Bakanlığı Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden (Ek-X) gerekli yazılı izinler alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylere araştırmanın amacı, görüşmenin ortalama süresi ve “gizlilik” ilkesine bağlı kalınacağı konusunda bilgi verilerek yazılı onamları (Ek-I) alınmıştır.

BÖLÜM III

3. BULGULAR

Araştırma bulguları iki ana başlık altında verilmiştir

1. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması için görüşülen bireylerin tanıtıcı özelliklerine ait bulgular.
2. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik analizine ait bulgular.

3.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, iyileşme değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması için görüşülen bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.



Tablo 6: Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=180)

Özellikler	n	%
Yaş Grubu		
19-25 yaş	25	13,9
26-35 yaş	41	22,8
36-45 yaş	58	32,2
46-55 yaş	37	20,5
56 ve üzeri yaş	19	10,6
Cinsiyet Durumu		
Kadın	72	40,0
Erkek	108	60,0
Medeni Durum		
Evli	50	27,8
Bekar	106	58,9
Eşi Vefat Etmiş/Boşanmış	24	13,3
Eğitim Durumu		
İlkokul	37	20,6
Ortaokul/Lise	80	44,4
Üniversite	63	35,0
Meslek		
Emekli	47	26,1
Memur	27	15,0
İşçi	6	3,3
Serbest Meslek	15	8,3
Çalışmıyor	85	47,3
Gelir Düzeyi		
Gelir giderden az	45	25,0
Gelir gidere denk	120	66,7
Gelir giderden fazla	15	8,3
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	63	35,0
Hayır	117	65,0
TOPLAM	180	100,0

Tablo 6'da bireylerin yaş, cinsiyet durumu, medeni durumu, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi ve çocuk sahibi olma durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %32,2'sinin 36-45 yaş grubunda olduğu ve yaş ortalamasının $39,7 \pm 11,33$ olduğu, %60,0'ünün (n=108) erkek olduğu, %58,9'unun (n=106) bekar olduğu, %44,4'ünün (n=80) ortaokul ya da lise mezunu olduğu, %47,3'ünün (n=85) çalışmadığı, %66,7'sinin (n=120) gelir ve gider durumunun denk olduğu, %65,0'inin (n=117) çocuk sahibi olmadığı saptanmıştır.



Tablo 7: Bireylerin Fiziksel ve Ruhsal Hastalık Öykülerine Göre Dağılımı (n=180)

Özellikler	n	%
Bireylerin Hastalık Tanısı		
Şizofreni	103	57,2
Şizoaffektif Bozukluk	14	7,8
Bipolar Bozukluk	28	15,6
Majör Depresyon	18	10,0
Anksiyete Bozukluğu	15	8,4
Diğer (Yeme Bozukluğu)	2	1,2
Tedavi süresi		
1-5 yıl	39	21,7
6-15 yıl	82	45,5
16-25 yıl	41	22,8
26 ve üzeri yıl	18	10,0
Hastalığa Eşlik Eden Başka Bir Ruhsal Hastalık Tanısı		
Var	33	18,3
Yok	147	81,7
Ruhsal Hastalığın Tekrarlama Durumu		
Evet	162	90,0
Hayır	18	10,0
Ruhsal Hastalığın Tekrarlama Sayısı		
1-5 kez	116	64,5
6-10 kez	22	12,3
10'dan fazla	24	13,3
Hastaneye Yatma Durumu		
Evet	139	77,2
Hayır	41	22,8
Fiziksel Hastalığın Varlığı		
Var	69	38,3
Yok	111	61,7
TOPLAM	180	100,0

Tablo 7'de bireylerin % 57,2'sinin (n=103) şizofreni tanısı aldığı, %18,3'ünde (n=33) ruhsal hastalığa eşlik eden başka bir ruhsal hastalık tanısının olduğu, %45,5'nin 6-15 yıldır tedavi gördüğü ve ortalama tedavi süresinin $13,02 \pm 8,98$ olduğu, saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %90'ında (n=162) ruhsal hastalığın tekrarladığı, %64,5'inde (n=116) ruhsal hastalığın 1 ile 5 kez tekrarladığı, %77,2'sinin (n=139) daha önce en az bir kez ruhsal hastalığa bağlı hastanede yattığı, %38,3'ünün (n=69) fiziksel bir hastalığının bulunduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin sağlık personeli, aile ve arkadaşlarından ruhsal hastalıktan iyileşme sürecinde algıladıkları katkıyı 0 ile 10 arasında değerlendirmeleri istenmiş ve algılanan katkının ortalamaları verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin ruhsal hastalıktan iyileşme sürecine sağlık personelinin katkısının ortalaması $7,63 \pm 2,24$, ailenin katkısının ortalaması $7,79 \pm 2,47$, arkadaşların katkısının ortalaması $5,48 \pm 3,30$ olduğu saptanmıştır.

3.2. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarına Ait Bulgular

3.2.1. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik Çalışmalarına Ait Bulgular

3.2.1.1. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Dil Geçerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar

Ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin iyileşme süreçlerini subjektif olarak değerlendirmek amacıyla Corrigan ve arkadaşları (2004) tarafından Amerika'da geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği çalışmasında öncelikli olarak dil geçerliği çalışması yapılmıştır. Dil geçerliği için ilk olarak grup çevirisi yöntemine başvurulmuş olup iki çevirmen, bir psikolog ve iki ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği uzmanı tarafından ölçek İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir (5 uzman). Uzmanlardan gelen çeviriler araştırmacı ve tez danışmanı tarafından bağımsız olarak incelenmiş ve anlaşılabilirlik, amaca uygunluk ve ayırt edicilik bakımından en uygun ifadeler kullanılarak ölçeğin Türkçe formu oluşturulmuştur. Türkçe formu oluşturulan ölçek, ana dili İngilizce olan ve uzun süredir Türkiye'de yaşayan iki çevirmen tarafından geri çeviri yöntemi kullanılarak İngilizce'ye tekrar çevrilmiştir. Tekrar İngilizce'ye çevirisi yapılan ölçeğin ifadeleri orijinal ölçeğin ifadeleri ile karşılaştırılmış ve ölçek sahibinin de görüşleri alınarak gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra ölçeğin Türkçe hali oluşturulmuştur.

3.2.1.2. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin İçerik/Kapsam Geçerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar

Dil geçerliği çalışmaları yapılan ölçek, içerik/kapsam geçerliği için sekiz uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan her bir maddenin uygunluğunu Kapsam Geçerlik İndeksi'ne (KGİ) göre puanlamaları istenmiştir. Puanlama; A= "Uygun değil", B= "Maddenin uygun şekilde değiştirilmesi gerek", C= "Uygun, ancak ufak değişiklik gerek", D= "Uygun" şeklindedir. Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) kullanılarak elde edilen sonuçların değerlendirilmesi için Davis tekniğinden yararlanılmıştır. Buna göre her bir maddenin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) oranı belirlenmiştir. Buna göre her bir maddenin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) değeri; (C) ve (D) seçeneklerini işaretleyen uzman sayısının toplam uzman sayısına bölünmesiyle hesaplanmıştır.



Tablo 8: İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Uzman Değerlendirmeleri ve Maddelerin Kapsam Geçerlik İndeksi Değerleri (n=8)

Ölçekteki Maddeler	(A) İşaretleyen Uzman Sayısı (Madde Uygun Değil)	(B) İşaretleyen Uzman Sayısı (Maddenin Uygun Şekilde Değiştirilmesi Gerek)	(C) İşaretleyen Uzman Sayısı (Uygun, Ancak Ufak Değişiklik Gerek)	(D) İşaretleyen Uzman Sayısı (Uygun)	Kapsam Geçerlik İndeksi
Madde 1	0	0	0	8	KGİ=1.00
Madde 2	0	1	0	7	KGİ=0,88
Madde 3	0	0	1	7	KGİ=1.00
Madde 4	0	1	1	6	KGİ=0,88
Madde 5	0	0	2	6	KGİ=1.00
Madde 6	0	0	0	8	KGİ=1.00
Madde 7	0	0	0	8	KGİ=1.00
Madde 8	0	0	0	8	KGİ=1.00
Madde 9	0	0	0	8	KGİ=1.00
Madde	0	0	1	7	KGİ=1.00
Madde	0	0	0	8	KGİ=1.00
Madde	0	0	0	8	KGİ=1.00
Madde	0	0	0	8	KGİ=1.00
Madde	0	0	0	8	KGİ=1.00
Madde	0	0	2	6	KGİ=1.00
Madde	0	0	2	6	KGİ=1.00
Madde	0	1	1	6	KGİ=0,88
Madde	0	0	0	8	KGİ=1.00
Madde	1	0	0	7	KGİ=0,88
Madde	0	0	0	8	KGİ=1.00
Madde	0	0	0	8	KGİ=1.00
Madde	0	0	0	8	KGİ=1.00
Madde	0	0	1	7	KGİ=1.00
Madde	0	0	0	8	KGİ=1.00

Uzman görüşlerine göre, ölçekteki tüm maddelerin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) hesaplanmış ve oran 0,80'in üzerinde bulunmuştur. Ancak uzman görüşleri doğrultusunda 3 madde için düzeltmeler yapılmıştır. Uzmanlar tarafından 1 madde için "Madde uygun değil" (Madde 19), 3 madde için "Maddenin uygun şekilde değiştirilmesi gerek" (Madde 2, Madde 4 ve Madde 17) seçeneği işaretlenmiştir. Ölçek maddelerinin KGİ değerleri yeterli bulunmasına karşın 4. Madde ve 17. Madde'de uzmanların önerileri doğrultusunda minör değişiklikler yapılmıştır. Madde 4= "Belirlediğim hedeflerime ulaşabileceğime inanıyorum", "Hedeflerime ulaşabileceğime inanıyorum" şeklinde, Madde 17= "Hastalık belirtilerim her tekrarladığımda hayatımda daha az soruna yol açar", "Hastalık belirtilerimle daha iyi baş edebildiğim için hayatımda giderek daha az sorunla karşılaşıyorum" şeklinde düzeltilmiştir. Bir uzman tarafından 19.Maddenin ölçekten çıkartılması istenmiş ancak maddenin KGİ değeri 0,80'in üzerinde olması nedeniyle maddenin ölçekte kalmasına karar verilmiştir. Madde 16, iki uzman tarafından "Uygun ancak ufak değişiklik gerek" şeklinde değerlendirilmiş ve uzman görüşleri doğrultusunda Madde 16= "Ruhsal hastalığının belirtileri yaşamımı giderek daha az etkiler", "Ruhsal hastalığının belirtileri yaşamımı giderek daha az etkiliyor" şeklinde düzeltilmiştir. Yapılan değişikliklerden sonra örneklemin özelliklerine uygun araştırma kapsamına dahil edilmeyen ruhsal hastalık tanısı almış 15 bireyle ön uygulama yapılmıştır. Yapılan yüzeysel geçerlik yöntemi ile bireylerden maddelerin anlaşılabilirliği ve okunabilirlik açısından değerlendirmeleri istenmiştir. 15 bireyin yorumları doğrultusunda Madde 19= "Ruhsal hastalığının belirtileriyle başa çıkmak artık hayatımın en önemli konusu değil", "Ruhsal hastalığının belirtileriyle başa çıkmak artık hayatımın en önemli konusu olmaktan çıktı" olarak değiştirilmiştir. Yapılan değişikliklerden sonra İyileşme Değerlendirme Ölçeği son halini almıştır.

3.2.1.3. İyileşme Değerlendirme Ölçeğinin Yapı Geçerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar

Bu bölümde İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin yapı geçerliği sonuçları yer almaktadır. Yapı geçerliğinin sınanması için Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) yöntemine başvurulmuştur. Ölçeğin yapı geçerliğinin incelenmesi için faktör analizi yapılmadan önce örneklemin büyüklüğü, yeterliliği ve gücü belirlenmiştir. Örneklemin faktör analizi için yeterliliğini incelemek amacı ile Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO- Örneklem Yeterliliği Ölçüsü), Faktör analizi için Örneklemin uygunluğunu değerlendirmek için Barlett's Test of Sphericity Analizi ve örneklemin gücünü belirlemek için Power Analiz yapılmıştır. Analiz Sonuçları Tablo 9'da belirtilmiştir.

Tablo 9: Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği Ölçüsü, Barlett's Test of Sphericity Analizi ve Power Analizi Sonuçları

Testler (n= 180)	Sonuçlar
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği Ölçüsü	,70
Barlett's Test of Sphericity χ^2	1578
Df	210
p	,00
Power Analiz (Örneklem Grubunun Cinsiyet Durumuna Göre)	%95

3.2.1.3.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin orijinal dildeki gibi beş faktörlü bir yapı geçerliğine sahip olup olmadığını test etmek amacı ile oluşturulan teorik model Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılarak test edilmiştir. Teorik model orijinal modelin alt boyutları olan "Kendine Güven ve Umut" boyutu (7,8,9,10,11,12,13,14,ve 21. Maddeler), "Yardım Arama Davranışı" boyutu (18,19 ve 20. Maddeler), "Hedef ve Başarıya Yönelim" boyutu (1,2,3,4 ve 5 maddeler), "Çevredekilere Güven" boyutu (6, 22, 23 ve 24. Maddeler) ve "Semptomlar ile Baş Etme" boyutu (15, 16ve 17. Maddeler) ile oluşturulmuş ve kurulan model, model-veri uyumu olup olmadığını belirlemek amacı ile test edilmiştir. Model veri uyumu için χ^2/Sd indeksi, Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması [Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)], Standartlaştırılmış Kök Artık Kareler Ortalaması [Standardised Root Mean Square Residual (SRMR)], Uyum İyiliği İndeksi [Goodness of Fit Index (GFI)], Karşılaştırmalı Uyum İndeksi [Comparative Fit Index (CFI)], Ölçekleştirilmiş Uyum İndeksi [Normed Fit Index (NFI)] ve Düzeltilmiş Uyum İyiliği [Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)] indekslerine ait değerler aşağıdaki tabloda verilen ölçütlere göre değerlendirilmiştir.

Tablo10:Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

İndeks	Mükemmel Uyum Ölçütü	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütü	Araştırma Bulgusu	Sonuç
χ^2/Sd	0-3	3-5	1,98	Mükemmel Uyum
RMSEA	$0.00 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.10$	0,07	İyi Uyum
SRMR	$0.00 \leq SRMR \leq .05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.08$	0,06	İyi Uyum
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,98	Mükemmel Uyum
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	1,00	Mükemmel Uyum
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	1,00	Mükemmel Uyum
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1.00$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$	0,97	Mükemmel Uyum

DFA'da öncelikli olarak Ki-kare (χ^2) uyumluluk indeksi incelenmiş ve bu değer $\chi^2=479,35$ olarak saptanmıştır. Daha sonra ki-kare (χ^2) uyum istatistiğinin serbestlik derecesine oranı incelenmiştir. Araştırmada χ^2/Sd oranı 1,98 ve $p=0,000$ olarak saptanmıştır. (Tablo 9). DFA'da incelenen diğer uyum indeksi değerleri incelendiğinde; RMSEA değeri 0,07, SRMR değeri 0,06, GFI değeri 0,98, CFI değeri 1,00, NFI değeri 1,00, AGFI değeri 0,97 olarak saptanmıştır.

Ölçekte yer alan maddelere ait faktör yükleri Tablo 11'de verilmektedir.

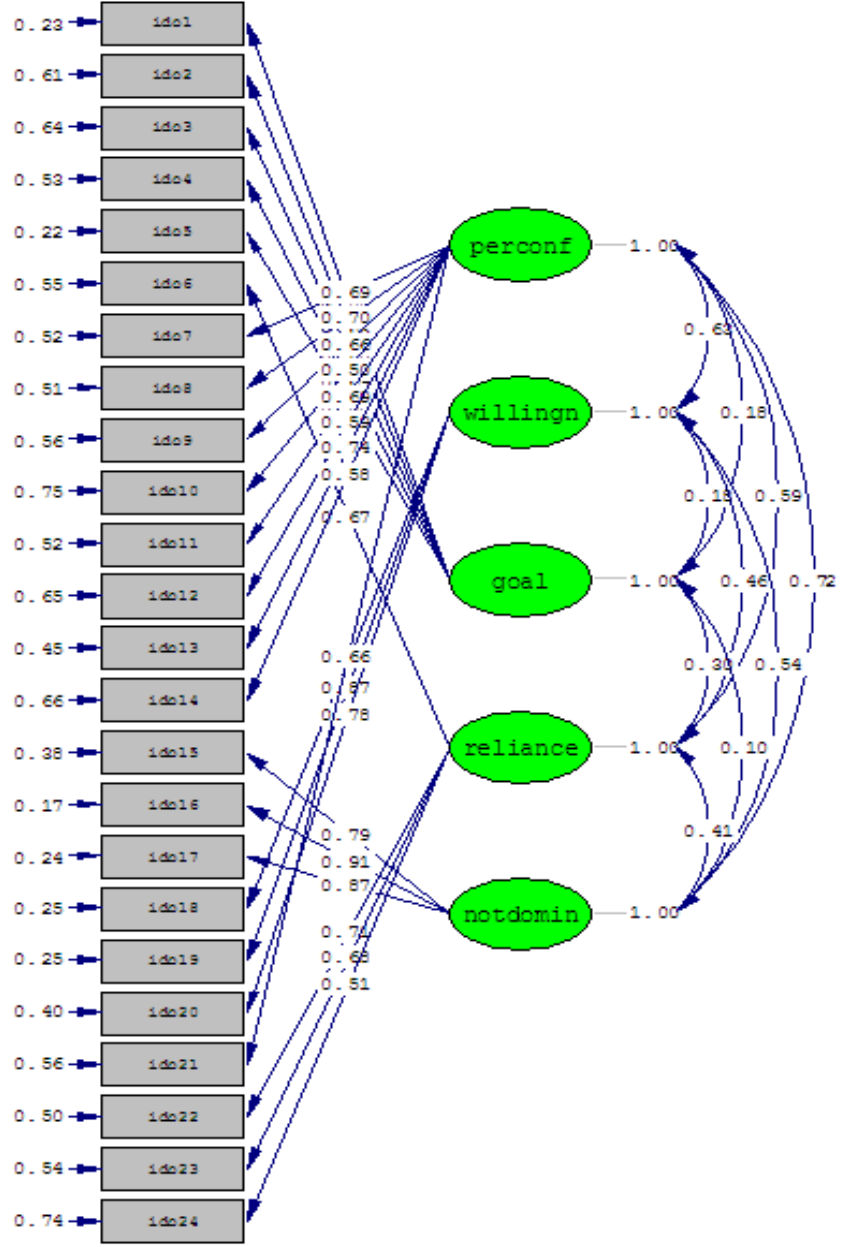
Tablo 11: İyileşme Değerlendirme Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları
(Standardize Faktör Yükleri, Hata Varyansları, R² ve t değerleri)

Maddeler	Hedef ve Başarıya Yönelim	Kendine Güven ve Umut	Semptomlarla Baş etme	Yardım Arama Davranışı	Çevredekilere Güven			
	Faktör Yükleri (λ_x)					Hata Varyansı (δ)	R ²	t
M1	0,44	-	-	-	-	0,23	0,77	5,10*
M2	0,39	-	-	-	-	0,61	0,39	4,70*
M3	0,34	-	-	-	-	0,64	0,36	4,32*
M4	0,40	-	-	-	-	0,22	0,78	4,88*
M5	0,39	-	-	-	-	0,55	0,45	4,79*
M6	-	-	-	-	0,62	0,55	0,45	13,00*
M7	-	0,82	-	-	-	0,52	0,48	25,26*
M8	-	0,76	-	-	-	0,51	0,49	23,60*
M9	-	0,68	-	-	-	0,56	0,44	21,59*
M10	-	0,47	-	-	-	0,75	0,25	15,33*
M11	-	0,69	-	-	-	0,52	0,48	21,61*
M12	-	0,50	-	-	-	0,65	0,35	16,13*
M13	-	0,68	-	-	-	0,45	0,55	21,57*
M14	-	0,65	-	-	-	0,66	0,34	20,85*
M15	-	-	0,94	-	-	0,38	0,62	24,06*
M16	-	-	0,98	-	-	0,17	0,83	24,34*
M17	-	-	0,93	-	-	0,24	0,76	23,85*
M18	-	-	-	0,66	-	0,25	0,75	14,09*
M19	-	-	-	0,74	-	0,25	0,75	15,06*
M20	-	-	-	0,62	-	0,40	0,60	13,66*
M21	-	0,68	-	-	-	0,56	0,44	21,68*
M22	-	-	-	-	0,68	0,50	0,50	13,69*
M23	-	-	-	-	0,60	0,54	0,46	12,83*
M24	-	-	-	-	0,37	0,74	0,26	8,66*

p < 0,01

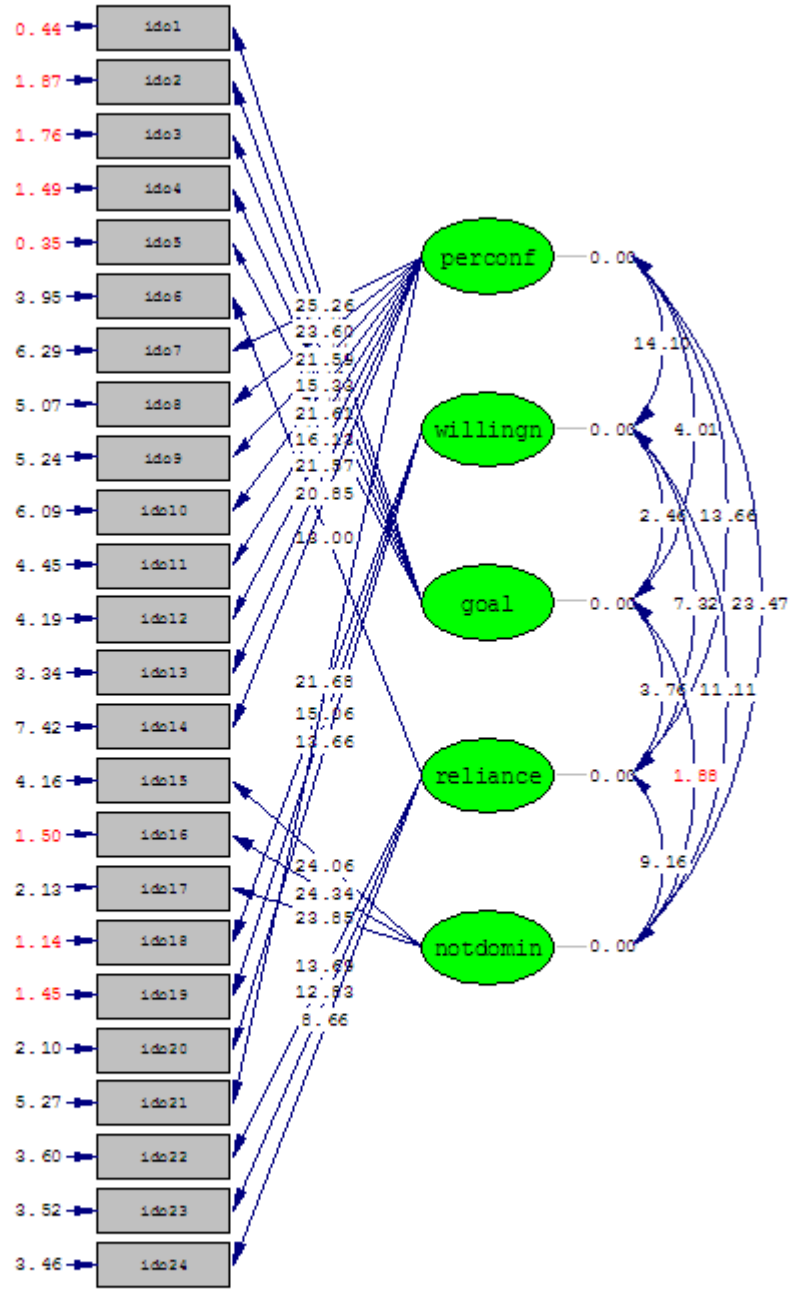
Tablo11'de İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin dokuz maddeden oluşan "Kendine Güven ve Umut" boyutuna ait maddelerin faktör yüklerinin 0,47 ile 0,82 arasında, üç maddeden oluşan "Yardım Arama Davranışı" alt boyutundaki maddelerin faktör yüklerinin ise 0,62 ile 0,74 arasında değiştiği görülmektedir. Beş maddeden oluşan "Hedef ve Başarıya Yönelim" alt boyutundaki maddelerin faktör yüklerinin 0,34 ile 0,44 arasında, dört maddeden oluşan "Çevredekilere Güven" alt boyutundaki maddelerin faktör yüklerinin ise 0,37 ile 0,68 arasında değerler aldığı görülmektedir. Üç maddeden oluşan "Semptomlarla Baş Etme" alt boyutundaki maddelerin faktör yüklerinin ise 0,93 ile 0,98 arasında değiştiği ve tüm maddelerin faktör yüklerine ait t değerlerinin $p < 0,01$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Ölçekteki tüm maddelere ait madde güvenirliği (R^2) değerlerinin 0,25 ile 0,83 arasında olduğu gözlenmiştir.

Doğrulayıcı Faktör Analizi'ne göre İyileşme Değerlendirme Ölçeği'ne ait iz (path) diyagramı standart değerler (Diyagram 1) ve standardize t değerleri ile birlikte (Diyagram 2) aşağıda verilmektedir.



Chi-Square=479.35, df=242, P-value=0.00000, RMSEA=0.074

Diyagram 1: İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Standardize Değerleri ile Doğrulayıcı Faktör Analizi'ne Ait İz Diyagramı



Chi-Square=479.35, df=242, P-value=0.00000, RMSEA=0.074

Diyagram 2: İyileşme Değerlendirme Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizine Ait İz Diyagramı (Standardize t Değerleri İle)

3.2.1.4. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Ölçüt Bağımlı Geçerlik (Kestirim/Yordama Geçerliği) Sonuçları

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin bir ölçüte göre geçerliğini test etmek için İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nden elde edilen puanlar ile Psikolojik İyi Oluş Ölçeği puanları arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı (r) hesaplanarak incelenmiştir. Daha sonra İyileşme Değerlendirme Ölçeği puanları yordayıcı (kestirici/bağımsız) değişken Psikolojik İyi Oluş Ölçeği puanları ise yordanan (kestirilen/bağımlı/ölçüt) değişken olacak şekilde regresyon denklemi kurulmuş ve açıklayıcılık katsayısı (R^2) hesaplanmıştır.

Tablo 12:İyileşme Değerlendirme Ölçeği ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği'nin Birbirleriyle Korelasyonu

	İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ)	Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ)
İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ)	1	0,864** (0,000)
Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ)	0,864** (0,000)	1

**p<0,01

İyileşme Değerlendirme Ölçeği ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği'nin birbirleriyle ilişkilerinin incelenmesi için Pearson-Momentler Çarpımı Korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonucunda Pearson-Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısının 0,864 olduğu ($p>0,00$) olduğu ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği toplam puanları ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde, anlamlı ve çok yüksek derecede ilişki olduğu tespit edilmiştir.

İyileşme değerlendirme Ölçeği ile Psikolojik İyi Oluş Ölçeği arasında bulunan kestirim değerinin güvenilirliğini değerlendirmek için regresyon denklemi kurulmuştur.

Kurulan Regresyon Denklemi;

$$Y_i = \beta_i * X_i + \epsilon_i$$

Bağımlı Değişken (Y_i): Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

Regresyon Katsayısı (β_i) = 0,71

Bağımsız Değişken (X_i): İyileşme Değerlendirme Ölçeği

Hata Varyansı (ε_i) = 0,49

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği = 0,71 * İyileşme Değerlendirme Ölçeği + Hata Varyansı

Açıklayıcılık Katsayısı (R²) = 0,50

Regresyon denklemine göre İyileşme Değerlendirme Ölçeği toplam puanındaki 1 birimlik artış Psikolojik İyi Oluş Ölçeği toplam puanında 0,71 birimlik artışa yol açmaktadır. Regresyon denklemine göre İyileşme Değerlendirme Ölçeği'ne ait puanların Psikolojik İyi Oluş Ölçeği'nden elde edilen puanların istatistiki olarak anlamlı bir yordayıcısı olduğu gözlenmiştir (t= 6,53 p<0,01). Açıklayıcılık katsayısı (R²) 0,50 olarak saptamıştır. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nden elde edilen puanlar Psikolojik İyi Oluş Ölçeği puanlarındaki varyansın % 50'sini açıklamaktadır.

3.2.2. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Güvenirlik Çalışmalarına Ait Bulgular

Bu bölümde İyileşme Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının iç tutarlılık analizleri Cronbach alfa katsayıları ve zamana karşı değişmezlik (Test-Tekrar Test Güvenirliği) analizlerinin sonuçları yer almaktadır.

3.2.2.1. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin İç Tutarlılık Analizleri

Tablo 13: İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Madde Ortalama ve Standart Sapma Dağılımı

Maddeler	1 Kesinlikle Katılmıyorum		2		3		4		5 Kesinlikle Katılıyorum		Art Ort.	Standart Sapma
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	\bar{X}	SS
Madde 1	-	-	-	-	5	2,7	24	13,3	151	83,9	4,82	0,437
Madde 2	-	-	1	0,6	11	6,1	29	16,1	139	77,2	4,71	0,571
Madde 3	-	-	-	-	11	6,1	29	16,1	140	77,8	4,71	0,571
Madde 4	-	-	1	0,6	10	5,6	27	15	142	78,9	4,72	0,589
Madde 5	-	-	-	-	3	1,7	29	16,1	148	82,2	4,80	0,437
Madde 6	3	1,7	11	6,1	20	11,1	80	44,4	66	36,7	4,08	0,932
Madde 7	11	6,1	37	20,6	29	16,1	68	37,8	35	19,4	3,43	1,191
Madde 8	4	2,2	29	16,1	41	22,8	64	35,6	42	23,3	3,61	1,079
Madde 9	6	3,3	10	5,6	21	11,7	66	36,7	77	42,8	4,10	1,030
Madde 10	-	-	-	-	12	6,7	29	16,1	39	21,1	4,70	0,585
Madde 11	3	1,7	16	8,9	26	14,4	76	42,2	59	32,8	3,95	0,990
Madde 12	1	0,6	8	4,4	24	13,3	83	46,1	64	35,6	4,11	0,840
Madde 13	2	1,1	11	6,1	28	15,6	79	43,9	60	33,3	4,02	0,915
Madde 14	8	4,4	25	13,9	23	12,8	78	43,3	46	25,6	3,71	1,125
Madde 15	10	5,6	34	18,9	34	18,9	61	33,9	41	22,8	3,49	1,193
Madde 16	8	4,4	18	10,0	30	16,7	80	44,4	44	24,4	3,74	1,073
Madde 17	6	3,3	29	16,1	33	18,3	79	43,9	33	18,3	3,57	1,067
Madde 18	1	0,6	4	2,2	14	7,8	81	45,0	80	44,4	4,30	0,755
Madde 19	1	0,6	7	3,9	24	13,3	69	38,3	79	43,9	4,21	0,858
Madde 20	1	0,6	5	2,8	17	9,4	74	41,1	83	46,1	4,29	0,795
Madde 21	7	3,9	26	14,4	39	21,7	82	45,6	26	14,4	3,52	1,032
Madde 22	3	1,7	9	5,0	18	10,0	69	38,3	81	45,0	4,19	0,951
Madde 23	2	1,1	10	5,6	18	10,0	84	46,7	66	36,7	4,12	0,882
Madde 24	1	0,6	2	1,1	12	6,7	44	24,4	121	67,2	4,56	0,717

İyileşme Değerlendirme Ölçeği maddelerinin standart sapma, ortalama ve maddelere "Kesinlikle Katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Emin Değilim", "Katılıyorum", "Kesinlikle Katılıyorum" şeklinde cevap veren kişi sayıları ve yüzdeleri Tablo 13'te görülmektedir. Maddelerin aritmetik ortalamaları $\bar{X} = 3,43 \pm 1,191$ ile $4,50 \pm 0,497$ arasında değişmektedir.

Tablo14: İyileşme Değerlendirme Ölçeği Madde Analizi

Maddeler	Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı	Madde Ölçek Toplam Korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Ölçek Alfası
Madde 1	18,9778	2,972	,777	,772
Madde 2	19,0833	2,870	,615	,816
Madde 3	19,1000	3,163	,522	,839
Madde 4	19,0944	3,036	,570	,827
Madde 5	19,0111	3,117	,806	,774
Madde 6	12,8833	3,880	,580	,650
Madde 7	31,7556	26,197	,605	,819
Madde 8	31,5778	26,312	,679	,809
Madde 9	31,0944	27,539	,591	,720
Madde 10	30,4889	34,117	,078	,858
Madde 11	31,2389	27,099	,671	,811
Madde 12	31,0778	29,167	,564	,824
Madde 13	31,1722	27,529	,690	,810
Madde 14	31,4778	27,558	,523	,828
Madde 15	7,3222	4,041	,764	,866
Madde 16	7,0722	4,369	,805	,826
Madde 17	7,2389	4,440	,790	,839
Madde 18	8,5056	2,408	,716	,861
Madde 19	8,6000	2,029	,773	,813
Madde 20	8,5167	2,162	,795	,790
Madde 21	31,6722	28,300	,512	,829
Madde 22	12,7722	3,976	,527	,684
Madde 23	12,8444	4,020	,589	,645
Madde 24	12,4000	4,956	,441	,727

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin madde analizleri sonucunda Madde 10'un madde ölçek toplam korelasyon değeri 0,30'un altında bulunmuştur. Madde 10'un ölçekten çıkarılması durumunda Cronbach alfa katsayısında 0,047 oranında artış olduğu görülmektedir (Tablo 14).

Tablo 15: İyileşme Değerlendirme Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyonları

Maddeler	r	p
Madde 1	,198	,008**
Madde 2	,088	,242
Madde 3	,141	,059
Madde 4	,161	,031*
Madde 5	,188	,011*
Madde 6	,459	,000**
Madde 7	,608	,000**
Madde 8	,620	,000**
Madde 9	,557	,000**
Madde 10	,125	,094
Madde 11	,615	,000**
Madde 12	,530	,000**
Madde 13	,633	,000**
Madde 14	,535	,000**
Madde 15	,586	,000**
Madde 16	,626	,000**
Madde 17	,596	,000**
Madde 18	,567	,000**
Madde 19	,570	,000**
Madde 20	,511	,000**
Madde 21	,590	,000**
Madde 22	,466	,000**
Madde 23	,489	,000**
Madde 24	,367	,000**

(**p<0,01,*p<0,05)

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin madde-toplam puan korelasyon değeri incelendiğinde; Madde 1, Madde 2, Madde 3, Madde 4, Madde 5, Madde 10'un madde-toplam puan korelasyon değeri 0,30'un altında bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyon değeri 0,30'un altında olan Madde 2, Madde 3, Madde 10 dışındaki tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyonu için hesaplanan p değerlerinin istatistiki açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Ölçek maddelerinin-alt ölçek toplam puan korelasyon katsayıları Tablo 16' da verilmiştir.

Tablo 16: Ölçek Maddelerinin -Alt Ölçek Toplam Puan Korelasyonları

Maddeler	Hedef ve Başarıya Yönelim	Kendine Güven ve Umut	Semptomlar ile Baş etme	Yardım Arama Davranışı	Çevredekilere Güven
	Madde-Alt Ölçek Toplam Puan Korelasyon Katsayıları				
M1	,777	-	-	-	-
M2	,615	-	-	-	-
M3	,522	-	-	-	-
M4	,570	-	-	-	-
M5	,806	-	-	-	-
M6	-	-	-	-	,580
M7	-	,605	-	-	-
M8	-	,679	-	-	-
M9	-	,591	-	-	-
M10	-	,078	-	-	-
M11	-	,671	-	-	-
M12	-	,564	-	-	-
M13	-	,690	-	-	-
M14	-	,523	-	-	-
M15	-	-	,764	-	-
M16	-	-	,805	-	-
M17	-	-	,790	-	-
M18	-	-	-	,716	-
M19	-	-	-	,773	-
M20	-	-	-	,795	-
M21	-	,512	-	-	-
M22	-	-	-	-	,527
M23	-	-	-	-	,589
M24	-	-	-	-	,441

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin madde- alt ölçek toplam puan korelasyon değeri incelendiğinde; Madde 10'un madde-alt ölçek toplam puan korelasyon değeri 0,30'un altında bulunmuştur. Madde 10 dışındaki tüm maddelerin madde- alt ölçek toplam puan korelasyon katsayıları 0,30'un üzerinde bulunmuştur.

3.2.2.2. İyileşme Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Katsayıları

Tablo 17: İyileşme Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Katsayıları

Ölçek ve Ölçek Alt Boyutları	Ölçek Maddeleri	Madde Sayısı	Cronbach Alfa Katsayısı
Hedef ve Başarıya Yönelim	1,2,3,4,5	5	0,84
Kendine Güven ve Umut	7,8,9,10,11,12,13,14,21	9	0,84
Çevredekilere Güven	6,22,23,24	4	0,74
Semptomlar ile Baş Etme	15,16,17	3	0,89
Yardım Arama Davranışı	18,19,20	3	0,87
İyileşme Değerlendirme Ölçeği	Tüm maddeler	24	0,90

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Cronbach alfa katsayıları, "Hedef ve Başarıya Yönelim" alt boyutu için 0,84, "Kendine Güven ve Umut" alt boyutu için 0,84, "Çevredekilere Güven" alt boyutu için 0,74, "Semptomlar ile Baş Etme" alt boyutu için 0,89, "Yardım Arama Davranışı" alt boyutu için 0,87 olarak saptanmıştır. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Cronbach alfa katsayısı ise 0,90 olarak bulunmuştur (Tablo17).

Tablo18: İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Madde Sayısı, Ölçekten Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puan Aralığı, Ortalama, Standart Sapma, Varyans, Minimum ve Maksimum Değerler

Ölçek ve Ölçek Alt Boyutları	Ölçek Maddeleri	Alınabilecek En Düşük-En Yüksek Puan	\bar{X}	SS	Varyans	Min.	Max.
Hedef ve Başarıya Yönelim	1,2,3,4,5	5 - 25	21,45	2,589	6,707	11	25
Kendine Güven ve Umut	7,8,9,10, 11,12, 13,14,21	9 - 45	30,77	5,661	32,051	13	40
Çevredekilere Güven	6,22,23, 24	4 - 20	16,96	2,623	6,882	4	20
Semptomlarla Baş Etme	15,16,17	3 - 15	10,81	3,022	9,134	3	15
Yardım Arama Davranışı	18,19,20	3 - 15	12,81	2,157	4,657	3	15
İyileşme Değerlendirme Ölçeği	Tüm maddeler	24 - 120	92,90	12,811	164,146	56	119

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyut puanları incelendiğinde "Hedef ve Başarıya Yönelim" alt boyutu ortalamasının $21,45 \pm 2,589$ olduğu ve ölçekten alınan puanların 11 ile 25 arasında değiştiği saptanmıştır. "Kendine Güven ve Umut" alt boyutu ortalamasının $30,77 \pm 5,661$ olduğu ve ölçekten alınan puanların 13 ile 40 arasında değiştiği bulunmuştur. "Çevredekilere Güven" alt boyutu ortalamasının $16,96 \pm 2,623$ olduğu ve ölçekten alınan puanların 4 ile 20 arasında değiştiği saptanmıştır. "Semptomlar ile Baş Etme" alt boyutu ortalamasının $10,81 \pm 3,022$ olduğu ve ölçekten alınan puanların 3 ile 15 arasında değiştiği saptanmıştır. "Yardım Arama Davranışı" alt boyutunun ortalaması $12,81 \pm 2,157$ olduğu ve ölçekten alınan puanların 3 ile 15 arasında değiştiği bulunmuştur. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin toplam puanının ortalaması $92,90 \pm 12,811$ olduğu ve ölçekten alınan en düşük puanın 56, en yüksek puanın 119 olduğu saptanmıştır (Tablo 18).

3.2.2.3 İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Zamana Karşı Değişmezliğinin Belirlenmesi (Test-Tekrar Test Güvenirliği)

Tablo19:İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin ve Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları (n=35)

Birinci ve İkinci Uygulama Ölçek Alt Boyutları ve Toplam Puan Arasındaki İlişki (n=35)	Soru Sayısı	r	p
Hedef ve Başarıya Yönelim	5	,86	,000**
Kendine Güven ve Umut	9	,91	,000**
Çevredekilere Güven	4	,88	,000**
Semptomlarla Baş Etme	3	,90	,000**
Yardım Arama Davranışı	3	,75	,000**
İyileşme Değerlendirme Ölçeği	24	,96	,000**

(**p<0,01,*p<0,05)

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için test-tekrar test güvenirliğinde ölçeğin birinci ve ikinci uygulama alt ölçek toplam puan ve ölçek toplam puan korelasyonları karşılaştırılmış ve ölçek ve ölçeğe ait tüm faktörlerin ön test son test korelasyon değerlerinin 0,75 ile 0,96 arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 19). Ölçeğin test-tekrar test puanları arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür (**p<0,01) ().

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA

Araştırmanın tartışma bölümünde, İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik sonuçları incelenmiştir.

4.1.İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Sonuçlarının İncelenmesi

4.1.1. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik Sonuçlarının İncelenmesi

Geçerlik bir ölçeğin ölçmek istediği özelliği, diğer özelliklerden ayırt ederek doğru ölçebilme derecesidir(34). Bu araştırmada İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin geçerliğini sınamak için içerik/kapsam geçerliği (content validity), yüzeysel geçerlik (face validity), ölçüt-bağıntılı geçerlik (criterion-related validity) ve yapı geçerlik (construct validity) çalışması yapılmıştır.

4.1.1.1.İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Dil Geçerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmaların İncelenmesi

Belirli bir dil ve kültür için oluşturulmuş bir ölçeğin başka bir dile uyarlanması o ölçeğin özelliklerini değiştirmektedir. Dil uyarlaması basit bir çeviri işleminden öte yeni bir kültüre ve dile uyarlama çalışmasıdır ve bir kaç basamaktan oluşmaktadır. Dil uyarlaması için ilk olarak ölçeğin kullanılacak dile çevrilmesi gerekmektedir. Aksayan ve Gözüm (2002) kültürler arası ölçek uyarlaması çalışmasında iki tür çeviri yönteminin olduğunu belirtmektedir. Birincisi, her iki dili de bilen iki veya daha fazla kişinin birlikte ya da ayrı olarak ölçeği çevirdiği yöntemdir. Grup üyeleri ya da bağımsız gözlemciler tarafından çeviriler üzerinde ortak bir fikir birliği sağlanır. İyileşme değerlendirme ölçeğinin grup çevirisi iki çevirmen, bir psikolog ve iki Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği uzmanı ile birlikte 5 kişiden oluşan bir grup tarafından İngilizce'den Türkçe'ye yapılmıştır. Grup çeviri yöntemi ile beş uzman tarafından çevrilen ölçek bağımsız gözlemciler olarak araştırmacı ve tez danışmanı tarafından incelenmiş ve ölçeğin Türkçe formu için anlaşılabilirlik, ayırt edicilik ve amaca uygunluk açısından en uygun maddeler seçilmiştir. Literatürde dil geçerliği çalışması için grup çevirisi yönteminin tek başına yeterli olmadığı belirtilmektedir (100,106,122). Bu nedenle grup çeviri yöntemine ek olarak diğer bir çeviri yöntemi olan geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Geri çeviri çalışması iki bağımsız çevirmen tarafından yapılmalıdır. Geri çeviri çalışması yapıldıktan sonra her iki çevirmenden de görüş alınarak

çevirmenlerin görüş birliğine ulaşması gerekmektedir. Bu yöntemde orijinal diline tekrar çevrilen ölçek maddelerinin, orijinal ölçekteki maddelerin anlamlarını karşılayıp karşılamadığı incelenir (100,106). İyileşme Değerlendirme Ölçeğinin geri çevirisi, grup çevirisi yöntemi kullanılarak Türkçe formu oluşturulduktan sonra yapılmıştır. Ölçeğin geri çevirisi ana dili İngilizce olan ve uzun süredir Türkiye'de yaşayan iki çevirmen tarafından Türkçe'den İngilizce'ye yapılmıştır. Tekrar İngilizce'ye çevirisi yapılan ölçeğin ifadeleri çevirmenlerin ortak görüşleri alındıktan sonra yine araştırmacı ve tez danışmanı tarafından orijinal ölçeğin ifadeleri ile karşılaştırılmış ve ölçek sahibinin de görüşleri alınarak gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra ölçeğin Türkçe hali oluşturulmuştur. Gerekli düzeltmelerden sonra Türkçe'si oluşturulan ölçek içerik/kapsam geçerliğinin değerlendirmek üzere 8 uzmanın görüşüne sunulmuştur.

4.1.1.2.İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin İçerik/Kapsam Geçerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmaların İncelenmesi

Kapsam geçerliği, ölçme aracının maddelerinin ölçülmek istenen davranışı ve/veya özelliği ölçmede niceliksel ve niteliksel olarak ne derece yeterli olduğunun göstergesidir (105). Kapsam geçerliğinin değerlendirilmesinde çoğul uzman görüşüne yönelik içerik analizi kullanılmıştır. Uzman görüşü alınmasında amaç, hem konu alanında hem de ölçek hazırlama teknik ve yöntemlerinde uzman kişiler tarafından, ölçeğin taslak formunda yer alan maddelerin ilgili alanı temsil edip etmediğinin, ilgili davranışı değerlendirip değerlendirmedeğinin, maddelerin yeterince sade ve açık olarak ifade edilip edilmediğinin, maddelerin hedef kitle tarafından anlaşılıp anlaşılmadığının değerlendirilmesidir (34,104,105,107). Literatürde uzman görüşüne başvurmada uzman sayısı konusunda iki farklı görüş vardır. Bunlardan ilki uzman sayısının 3 ile 20 arasında olması gerektiği (106), ikincisi ise uzman sayısının 5 ile 40 arasında olması gerektiği şeklindedir (34). Bu çalışmada uzman görüşleri bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında uzman hemşire, bir psikiyatrist, altı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği öğretim üyesi olarak toplamda 8 uzmandan alınmıştır. Uzman görüşlerinin alınmasında Kapsam Geçerlik İndeksi (Content Validity İndeks-CVI) kullanılmıştır. Bu derecelendirme ölçütünde puan değerleri A= Uygun değil; B= Maddenin uygun şekilde değiştirilmesi gerek; C=Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor; D=Çok uygun şeklindedir. Uzmanlardan alınan görüşler sonucunda Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) oranı Davis tekniği kullanılarak değerlendirilmiştir (34). Bu yöntemle (C) ve (D) seçeneğini işaretleyen uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünerek KGİ değeri hesaplanmıştır. Ölçek maddelerinin KGİ değerleri en düşük istendik değer olan

0,80'nin üzerinde bulunmuştur (Tablo 7). Ancak uzman görüşleri doğrultusunda ölçekte yer alan üç madde için (Madde 4, Madde 16, Madde 17) düzeltmeler yapılmıştır.

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin yapılan değişikliklerden sonra içerik/kapsam geçerlik çalışmaları tamamlanmıştır.

Yüzeysel geçerlik, ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında sık başvurulan bir yöntem değildir. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin yüzeysel geçerlik çalışması için örneklemin özelliklerine uygun ancak araştırma kapsamına dahil edilmeyen ruhsal hastalık tanısı almış 15 bireyle ön uygulama yapılmıştır. Yapılan yüzeysel geçerlik çalışmasında, bireylerden maddelerin anlaşılabilirliği ve okunabilirlik açısından değerlendirmeleri istenmiştir. 15 bireyin yorumları doğrultusunda Madde 19 için minör değişiklik yapılmıştır. Yapılan değişikliklerden sonra İyileşme Değerlendirme Ölçeği son halini almıştır.

4.1.1.3. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Yapı Geçerliği Sonuçlarının İncelenmesi

Faktör analizi, yapı geçerliliğini değerlendirmekte sıklıkla kullanılan yöntemlerden biridir (34). Daha önce var olan bir ölçeğin faktör yapısının doğrulanması amaçlanıyorsa önemli bir Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) türü olan Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) teknikleri tercih edilmektedir (105). Son yıllarda, kültürlerarası ölçek uyarlama çalışmalarında Doğrulayıcı Faktör Analizi yöntemi sıklıkla başvurulan bir yöntemdir (34,103). Bu çalışmada İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin belirlenen daha önce kuramsal bilgi ve teoriye dayanarak belirlenen faktörleri arasında yeterli düzeyde ilişkinin varlığını, değişkenlerin hangi faktörlerle ilişkili olduğunu, faktörlerin birbirinden bağımsız olma durumlarını, faktörlerin modeli açıklamakta yeterliliğini sınamak için DFA kullanmıştır (114).

Faktör analizi yapılmadan önce örneklem büyüklüğünün yeterliliğinin sınanması gerekmektedir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları bir evrene genellenmeyeceği için genel bir çalışma evreni belirlenmez. Ancak analizlerin yapılabilmesi için yeterli sayıda bireye ulaşılması gerekmektedir. Literatürde metodolojik çalışmalarda örneklem sayısının ölçekteki toplam madde sayısının 5-10 katına ulaşılması gerektiği belirtilmektedir (34,106,124). İyileşme Değerlendirme Ölçeği 24 maddeden oluşmaktadır ve araştırmada 180 kişilik örnekleme ulaşılmıştır. Araştırmanın örneklemini literatürdeki bilgileri destekler niteliktedir.

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Ölçeğin yapı geçerliğinin incelenmesi için faktör analizi yapılmadan önce örneklemin büyüklüğü, yeterliliği, gücü belirlenmiştir. Örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını incelemek amacı ile Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO- Örneklem Yeterliliği) analizi, Faktör analizi için Örneklemin

uygunluğunu değerlendirmek için Barlett's Test of Sphericity Analizi ve örneklemin gücünü belirlemek için Power Analiz yapılmıştır (Tablo 8).

Örneklemin faktör analizi için uygunluğunu değerlendirmek için kullanılan Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO-Örneklem Yeterliliği) katsayısı için 0,90-1,00 arası değer çok iyi, 0,80-0,89 arası değer iyi, 0,70-0,79 arası değer orta, 0,60-0,69 arası kötü ve 0,50-0,59 arası çok kötü değer olarak kabul edilmektedir. KMO'nun 0,60'ın üzerinde olması durumunda çoğu zaman örneklemin yeterli olduğu kabul edilmektedir (34). İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı 0,70 olarak bulunmuştur ve örneklemin sınırda iyi düzeyde değer aldığı görölmektedir. Bu değer doğrultusunda bu örneklemin ölçeğin faktör analizinin yapılmasına uygun olduğu düşünülebilir.

Korelasyon matrisinin tümel anlamlılığının incelenmesi için kullanılan Barlett's Test of Sphericity Analizi örneklemin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek için uygulanır. Barlett's Test of Sphericity Analizi sonucunda bu çalışmada p değeri 0,000 bulunmuştur. Barlett's Test of Sphericity Analizinde çıkan p değerinin 0,05'ten küçük olması korelasyon matrisinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (34).Bu çalışmada örneklemin faktör analizi için uygun olduğu görölmüştür. ($p=0,000$).

Power analizi yöntemi örneklemin gücünü belirlemek amacı ile yapılmaktadır. Örneklemin gücü 0,00- 1,00 arasında değişmektedir ve gücün artması ölçümün farkı bulmak için daha da hassas olduğu anlamına gelmektedir. Literatürde örneklem gücünün 0,80'nin üzerinde olması gerektiği ifade edilmektedir (34,111). İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin toplam puan ortalamaları ile kadın ve erkekler arasında bağımsız gruplarda t testi uygulanarak etki genişliği 0,50 (orta etki) ve %5 yanılma düzeyinde karşılaştırıldığında % 95'lik güç verdiği sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre örneklem grubunun, yapılan testler sonucunda geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin yapılabilmesi için uygun özelliklere sahip olduğu görölmüştür.

Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) programı olan LISREL'de DFA'da faktörler arası ilişkiler, faktör yükleri, karşılaştırmalı modeller gibi örtük değişkenler sınanabilir ve oluşturulan modelin uygunluk derecesi elde edilebilir (113). Yapı geçerliği çalışmasında DFA'nın uygulanmasında uyum indeksleri kullanılmaktadır. LISREL programı modelin orijinal veriye uyumunun farklı yönlerini farklı ölçütlerle değerlendiren çok sayıda uyum indeksi ortaya koymaktadır. Bu araştırmada DFA analizi için test edilecek model, orijinal ölçek ile benzer şekilde 5 faktörlü olarak kurulmuştur. Oluşturulan 5 faktörlü yapısal model test edilmiş ve modele ilişkin uyum indeksleri ve Schumacker ve Lomax (2004) tarafından belirlenen uyum indekslerinin kabul edilebilir değerleri Tablo 10'da belirtilmiştir (113).

DFA'da incelenen ki-kare test istatistiği (χ^2 değeri); araştırma raporlarında en çok kullanılan uyum indeksidir. Ki-kare istatistiği evren kovaryans matrisi ile örneklem kovaryans matrisinin uyumunu incelemektedir, matrisler arasında fark olmadığını açıklamak için test sonucunun anlamsız çıkması gerekmektedir (111,113). Ki kare değerinin (χ^2 değeri) 0'a yaklaşması modelin istatistiki olarak kötü uyum gösterdiğini belirtmektedir (111,113,114). DFA'da beklenen/evren kovaryans matrisi ile gözlenen/örneklem kovaryans matrisi arasındaki uyumun incelenmesi için p değeri gerekmektedir. Bu çalışmada beklenen kovaryans matrisi ile gözlenen kovaryans matrisi arasındaki uyum indeksi değeri $\chi^2=479,35$ p=0,000 olarak tespit edilmiştir.(p<0,001) Beklenen kovaryans matrisi ile gözlenen kovaryans matrisi arasındaki farkın anlamsız olduğu ve buna göre modelin iyi uyum gösterdiği görülmüştür.

DFA'da öncelikli olarak ki-kare (χ^2) uyumluluk indeksi incelenmiş ($\chi^2=479,35$) ve daha sonra ki-kare (χ^2) uyum istatistiğinin serbestlik derecesine oranı incelenmiştir. χ^2/Sd oranının 3'ün altında olması mükemmel uyuma 3 ile 5 arasında olması iyi uyuma işaret etmektedir (114,116,117). Bu çalışmada χ^2/Sd oranı 1,98 olarak saptanmış ve χ^2/Sd değeri 3'ün altında değer olarak mükemmel uyum göstermiştir.

DFA 'da incelenen CFI ilgilenilen modelin uyumunun orijinal modelin uyumu ile karşılaştırılmasına dayanır. CFI 0-1 aralığında değer alır ve CFI'nın 0,90 ile 0,95 arasında değer alması kabul edilebilir uyum, 0,95 ile 1,00 arasında değer alması mükemmel uyum göstergesi kabul edilir(113,116). Bu araştırma için CFI değeri 1,00 olarak saptanmış ve modelin mükemmel uyum gösterdiği kabul edilmiştir.

DFA' da incelenen GFI ilgilenilen modelin örneklemdaki kovaryans matrisini ölçme oranını göstermektedir(111,115). DFA'da incelenen GFI diğer bir uyum indeksi olan NFI'nın güncellenmiş halidir(114). GFI değeri de CFI gibi 0 ile 1 arasında değişir ve GFI'nın 0,90'ı geçmesi iyi bir model göstergesi ve 0,95 ile 1,00 arasında değer alması mükemmel uyum göstergesi kabul edilir (111,113–116). Bu araştırma için GFI değeri 0,98 olarak saptanmış ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin orijinal ölçekte olduğu gibi beş faktörlü bir yapıya sahip olduğu görülmüştür.

DFA'da incelenen diğer bir uyum indeksi AGFI; değişken sayısına göre modelin serbestlik derecesi için düzenlenmiş uyum indeksidir. AGFI 0 ile 1 arasında değer alır ve bu değer 1'e yaklaşması iyi uyumu göstermektedir (114). Bu çalışmada AGFI değeri kabul edilen değer aralığında 0,97 olarak bulunmuş ve modelin mükemmel uyum sağladığı görülmüştür.

DFA da incelen diğer bir uyum indeksi NFI; ilgili modelin ki-kare değerinin en kötü durumda elde edilecek ki-kare oranı ile karşılaştırılmasıdır. NFI, 0 ile 1 arasında değer

almakta ve değerin yüksek olması iyi uyum göstergesi kabul edilmektedir (113,114). NFI'nin 0,90'ı geçmesi iyi bir model göstergesi ve 0,95 ile 1,00 arasında değer alması mükemmelen uyum göstergesi kabul edilmektedir. Bu alışmada NFI 1,00 değer olarak modelin iyi düzeyde uyum gösterdiği kanıtlanmıştır.

DFA'da incelenen diğer bir uyum indeksi RMSEA değeri hata karelerinin ortalamasının kareköküdür ve modelin anlamlı olabilmesi, NFI ve GFI'nın aksine bu değerin 0'a yakın değerler alması istenmektedir. RMSEA değerinin 0,05'ten küçük olması mükemmelen uyum, 0,05 ile 0,08 arasındaki değerler alması iyi uyum, 0,08 ile 0,10 arasındaki değerleri orta düzeyde uyum göstergesi kabul edilmektedir (113,114,116). Bu araştırmada RMSEA değeri 0,07 olarak saptanmıştır ve bu değer 0,05 ile 0,08 aralığında yer alarak modelin iyi uyum gösterdiğini kanıtlamıştır.

DFA'da incelenen SRMR değeri standartlaştırılmış hataların kareköküdür. SRMR 0 ile 1 arasında değer alır. RMSEA gibi bu değerin de 0'a yaklaşması iyi uyum göstergesi kabul edilmektedir (114,116). SRMR'nin 0,05 ile 0,08 arasındaki değerleri kabul edilebilir değerlerdir (111,113). Bu araştırmada SRMR değeri 0,06 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada elde edilen SRMR değeri kabul edilebilir değerler arasında bulunmuş ve model iyi uyum göstermektedir. DFA'da incelenen uyum indeksi değerleri test edilen modelin model-veri uyumunu sağladığını göstermektedir.

İyileşme Değerlendirme leği'nin madde faktör analizlerine ait DFA sonuçlarına göre birinci alt boyut olan "Kendine Güven ve Umut" boyutuna ait maddelerin faktör yüklerinin 0,47 ile 0,82 aralığında değiştiği, "Yardıma Arama Davranışı" alt boyutundaki maddelerin faktör yüklerinin 0,62 ile 0,74 aralığında değiştiği, "Hedef ve Başarıya Yönelim" boyutundaki maddelerin faktör yüklerinin 0,34 ile 0,44 aralığında değiştiği, "evredekilere Güven" alt boyutundaki maddelerin faktör yüklerinin 0,37 ile 0,68 aralığında değiştiği ve "Semptomlarla Baş Etme" alt boyutundaki maddelerin faktör yüklerinin ise 0,93 ile 0,98 aralığında değiştiği ve tüm maddelerin faktör yüklerine ait t değerlerinin kabul edilen en düşük değer olan 1,96'dan yüksek olduğu ve bu değerlerin $p < 0,01$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı olduğu ve ölçekteki tüm maddelere ait madde güvenirlikleri ya da açıklayıcılık katsayıları (R^2) değerlerinin oldukça yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 11).

Alpar (2016) faktör yapısını açıklamak için 0,30-0,40 arasındaki faktör yüklerini kabul edilebilir en düşük düzeydeki yükler, 0,50 ve üzerindeki yük değerlerini uygulama anlamlılığı olan yükler ve 0,70 ve üzeri yk değerlerini yapıyı iyi açıklayabilen yükler olarak tanımlamaktadır (34). Bu bağlamda, bu çalışmada "Hedef ve Başarıya Yönelim" ve "evredekilere Güven" alt boyutlarında kabul edilebilir en düşük düzeyde faktör yükleri olan maddelerin olduğu, "Kendine Güven ve Umut" alt boyutu ile "Yardıma Arama Davranışı" alt

boyutlarında uygulama anlamlılığı olan faktör yüklerine sahip maddelerin olduğu ve "Semptomlarla Baş Etme" alt boyutundaki maddelerin yapıyı iyi açıklayan yük değerlerinin olduğu görülmektedir.

Etki büyüklüğü uygulama anlamlılığının bir göstergesidir ve test sonucunda doğru olarak saptanmak istenen minimum değişiklik miktarıdır (34). Farklı testlerde farklı etki büyüklüğü ölçüleri kullanılmaktadır. Basit regresyon analizlerinde açıklayıcılık katsayısı (R^2) etki büyüklüğünü ifade etmektedir. Açıklayıcılık katsayısı 0 ile 1 arasında değer alır ve bu değer 0,13'ten büyük olması orta etki büyüklüğünün, 0,26'dan büyük olmasının büyük etki büyüklüğünün, 0,49 ve üzeri bir değer almasının ise çok büyük etki büyüklüğünün olduğunu göstermektedir(34). Bu araştırmada ölçekte yer alan Madde 10'un 0,25 değer olarak orta düzeyde etki büyüklüğüne sahip olduğu ve Madde 10 dışındaki tüm maddelerin etki büyüklüklerinin 0,26 ile 0,77 arasında değerler aldığı ve madde güvenilirliklerinin yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 11).

Yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda incelenen uyum indeksleri (Tablo 10), ve İyileşme Değerlendirme Ölçeğinin 24 maddelik Türkçe formunun doğrulanan 5 faktörlü modeline göre (Diyagram1,Tablo11), tanımlanan modelin İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin orijinal modeli ile iyi uyum gösterdiği ve ölçeğin orijinal faktör yapısının uyarlanan ölçeğin faktör yapısıyla uyum gösterdiği görülmüştür.

4.1.1.4 Ölçüt Bağımlı Geçerlilik (Kestirim/Yordama Geçerliliği)

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin bir ölçüte göre geçerliğini test etmek için İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nden elde edilen toplam puan ile Psikolojik İyi Oluş Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı (r) hesaplanarak incelenmiştir. Daha sonra İyileşme Değerlendirme Ölçeği puanları yordayıcı (kestirici/bağımsız) değişken, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği puanları ise yordanan (kestirilen/bağımlı/ölçüt) değişken olacak şekilde regresyon denklemi kurulmuş, regresyon katsayısı ve açıklayıcılık katsayısı (R^2) hesaplanmıştır.

Korelasyon katsayısı iki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin yönü ve derecesi konusunda bilgi verir. Korelasyon katsayısı -1 ile 1 arasında değer alır ve bu değer 0' a yaklaştıkça ilişki azalır. Örneklem sayısının 100'ün üzerinde olması durumunda Korelasyon katsayıları dikkate alınarak geçerlik sınaması yapılırken bu değer 0,49 dan az olması kabul edilemez geçerlik göstergesi, 0,50-0,69 arasındaki değerleri orta düzeyde geçerlik göstergesi, 0,70-0,79 arasındaki değerleri yüksek geçerlik göstergesi, 0,80-1,00 arasındaki değerleri mükemmel geçerlik göstergesi kabul edilmektedir (34). Bu çalışmada İyileşme

Değerlendirme Ölçeği ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği'nin birbirleriyle ilişkilerinin incelendiği korelasyon analizi sonucunda Pearson-Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısının 0,864 olduğu ($p<0,01$) olduğu ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği toplam puanları ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde, anlamlı ve mükemmel derecede ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 12). Bu durum bize İyileşme Değerlendirme Ölçeği'ndeki puan artışının Psikolojik İyi Oluş Ölçeği'nde de puan artışına yol açacağını göstermektedir.

Regresyon katsayısı (β) bağımsız değişkende bir birimlik değişimin ardından bağımlı değişkende meydana gelecek ortalama değişiklik miktarıdır. Regresyon modeline göre açıklayıcılık katsayısı (R^2) bağımlı değişkendeki toplam değişimin yüzde kaçının bağımsız değişken tarafından açıklanabildiğini gösterir. Açıklayıcılık katsayısı (R^2) 0 ile 1 arasında değer alır ve R^2 değerinin 1'e yaklaşması bağımlı değişkendeki değişimin büyük bir bölümünün bağımsız değişkenle açıklandığını ifade eder (34). Bu araştırmada regresyon katsayısı 0,71 olarak saptanmıştır. Regresyon denkleminde göre İyileşme Değerlendirme Ölçeği toplam puanındaki 1 birimlik artış Psikolojik İyi Oluş Ölçeği toplam puanında 0, 71 birimlik artışa yol açmaktadır. Regresyon denkleminde göre İyileşme Değerlendirme Ölçeği'ne ait puanların Psikolojik İyi Oluş puanlarının istatistiki olarak anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür ($t= 6,53$ $p<0,01$). Bu araştırmada açıklayıcılık katsayısı (R^2) 0,50 olarak saptanmıştır. Buna göre İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nden elde edilen puanlar Psikolojik İyi Oluş ölçeği puanlarındaki varyansın % 50'sini açıklamaktadır. Araştırma bulguları, İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin ölçüt bağımlı geçerlik yöntemlerinden kestirim (yordama) geçerliğine sahip olduğunu destekler niteliktedir.

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik çalışması için yapılan dil geçerliği, içerik/kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve ölçüt/bağımlı (yordama/kestirim) geçerlik çalışmaları sonucunda İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin geçerli bir ölçme aracı olduğu kanıtlanmıştır.

4.1.2. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Güvenirlik Sonuçlarının İncelenmesi

Güvenirlik, bir ölçek ile aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde benzer sonuçların elde edilmesi ya da tekrarlayan uygulamalarda tutarlılık veya kararlılık olmasıdır (34). Eğer ölçüm aracı güvenilir bir araçsa elde edilen ölçüm sonuçlarının belirli zaman diliminde tekrarlanması sonucunda ölçüm sonucunun farklı olmaması beklenir (34,103). Ölçüm hatalarının en aza indirilmesi için ölüm araçlarının test güvenilirliğinin yüksek olması gerekmektedir (103). Güvenilir bir ölçek geçerli olabilir ancak ölçeğin geçerli olabilmesi için mutlaka güvenilir olması gerekmektedir (34,103).

4.1.2.1. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin İç Tutarlık Analizlerine İlişkin Sonuçların İncelenmesi

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin madde ölçek toplam korelasyon değerleri incelendiğinde (r) değerlerinin 0,078 ile 0,806 arasında değiştiği görülmüştür. Literatürde Madde ölçek toplam korelasyon değerlerinin 0,30 ve üzeri olması ve madde ölçek toplam korelasyon değerleri arasında istatistiki açıdan anlamlı ilişkinin ($p < 0,05$) bulunması gerektiği belirtilmektedir (34,103,119,120). İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin madde ölçek toplam korelasyon değerleri incelendiğinde madde ölçek toplam korelasyon değeri 0,30'un altında olan bir tane maddenin olduğu (Madde 10) görülmüştür (Tablo 14). Madde 10'un ölçekten çıkarılması durumunda Cronbach alfa katsayısında 0,047 oranında artış olduğu görülmektedir. Madde 10 ölçekten çıkartıldığında Cronbach alfa katsayısında büyük oranda değişiklik olmadığı görülmüştür.

Madde-toplam puan korelasyon katsayısı örneklem büyüklüğünden etkilenmektedir. Örneklem büyüklüğünün 400'den az olması durumunda bu değer 0,30 ve üzeri olması gerekmektedir (119,120). Daha büyük örneklem gruplarında bu değer için alt sınır 0,20 olarak da kabul edilebilmektedir (119). Bu araştırmada örneklem büyüklüğü 180 olduğu için alt sınır 0,30 olarak kabul edilmiştir. Ölçekler tek boyutlu ya da çok boyutlu olabilir. Çok boyutlu ölçeklerde genel toplam puan ile maddeler arasında korelasyon değerlerine bakıldığında bir çok madde için bu değer istenen değerden düşük olduğu görülebilir. Eğer çalışılan ölçek alt ölçeklerden oluşan bir batarya şeklinde ise madde analizinin alt ölçeğin toplam puanları ile ölçeğe ait maddeler arasında yapılması gerekir. Tek boyuttan oluşan ölçeklerde madde-toplam puan korelasyon değerleri yüksek bulunur (119). İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin öncelikli olarak madde-toplam puan korelasyon değerleri incelenmiş bu değerlerin 0,088 ile 0,633 arasında olduğu görülmüştür. Ölçekte yer alan altı maddenin (Madde 1, Madde 2, Madde 3, Madde 4, Madde 5, Madde 10) madde-toplam puan korelasyon değerinin 0,30'un altında olduğu görülmüştür (Tablo 15). Madde-toplam puan korelasyon değeri 0,30'un altında olan maddelerden Madde 2, Madde 3, Madde 10 dışındaki tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyonu için hesaplanan p değerlerinin istatistiki açıdan 0,05'ten küçük ve anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 15).

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin çok boyutlu olması nedeni ile daha sonra madde-alt ölçek toplam puan korelasyon değeri incelenmiştir. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nde yer alan, daha önce madde-toplam puan korelasyon değeri 0,30'dan düşük olan altı maddeden (Madde 1, Madde 2, Madde 3, Madde 4, Madde 5, Madde 10) yalnızca bir tanesinin (Madde 10) madde-alt ölçek toplam puan korelasyon değeri 0,078 bulunmuş ve

kabul edilebilir alt sınır olan 0,30'dan düşük olduğu görülmüştür. Madde-toplam puan korelasyon değeri 0,30'dan düşük olan Madde 2 ve Madde 3'ün, madde ölçek toplam korelasyon değerinin ve madde-alt ölçek toplam puan korelasyon değerinin 0,30'dan yüksek olması ve ölçekten bu maddelerin çıkartılması durumunda ölçek alfa katsayısında anlamlı değişim olmaması nedeni ile bu maddeler ölçekten çıkarılmamıştır. "Kendine Güven ve Umut" alt boyunda yer alan Madde 10'un ölçek toplam korelasyon değeri, madde-toplam puan korelasyon değeri ve madde-alt ölçek toplam puan korelasyon değerinin 0,30'un altında olduğu ve p değerinin istatistiki açıdan 0,05'ten büyük olduğu görülmüştür. Çüm ve Koç'un (2013) Türkiye'de psikoloji ve eğitim bilimleri dergilerinde yayımlanan ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarını inceledikleri araştırmada, daha önce geliştirilmiş bir ölçeğin bir başka kültüre uyarlanması çalışmasında madde çıkarma yönteminin ölçeğin faktör yapısını değiştirdiği ve madde çıkarılması ile ölçeğin özgün formundan uzaklaşarak farklı bir ölçek haline getirildiğini belirtilmiştir. Bu nedenle ölçek uyarlama çalışmalarına başlamadan önce ölçeğin dil ve kültürel yönden yapısal eşdeğerliğinin titizlikle incelenmesi gerektiğini belirtmişlerdir (125). Bu çalışmada İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin uyarlanmasına, ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin iyileşme süreçlerinin değerlendirilmesinde kültürler arası farklılığın çok fazla olmayacağı düşünülerek karar verilmiştir. Dil geçerliğinin sağlanmasında grup çevirisi ve geri çeviri yöntemlerine başvurularak kültürler arası ölçek uyarlama çalışmalarında çıkabilecek sorunlara yönelik önlemler alınmış olmasına karşın "İnsanlar beni gerçekten tanısalar, severler" (Madde 10) maddesi için beklenen korelasyon değerine ulaşamamıştır. İyileşme Değerlendirme ölçeğinde yer alan madde 10'un ölçülen özellik açısından kritik önemli bir davranışı ölçmesi ve yapılan DFA sonucunda madde faktör yükünün en düşük istendik değer olan 1,96'dan büyük olması nedeni ile ölçek sahibinin de görüşü alınarak maddenin ölçekte kalarak kavramsal yapının bozulmamasının uygun olduğu düşünülmüştür.

4.1.2.2. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Cronbach Alfa Güvenirlik Analizi Sonuçlarının İncelenmesi

İyileşme Değerlendirme Ölçeği Likert tipi bir değerlendirmeye sahip olduğu için ölçeğin iç tutarlığının belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Bu değer birbirleri ile yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeklerde yüksek olmaktadır(119). İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Cronbach alfa katsayıları, "Hedef ve Başarıya Yönelim" alt boyutu için 0,84, "Kendine Güven ve Umut" alt boyutu için 0,84, "Çevredekilere Güven" alt boyutu için 0,74, "Semptomlarla Baş Etme" alt boyutu için 0,89, "Yardım Arama Davranışı" alt boyutu için 0,87 olarak saptanmıştır. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı'nın

yüksek olması ölçekteki maddelerin birbiriyle tutarlı olduğunu ve ölçeğin aynı özelliği ölçen maddelerden oluştuğunu göstermektedir (34,103). Alpar (2016) Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0,40'tan küçük olması durumunda ölçeğin güvenilirlik değerleri içinde yer almadığını, 0,40-0,59 aralığındaki değerleri için ölçeğin güvenilirliğinin düşük olduğunu, 0,60-0,79 aralığındaki değerler için ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu, 0,80-1,00 aralığındaki değerler için ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu belirtmektedir (34). İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Cronbach alfa katsayısı ise 0,90 olarak saptanmış ve ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğu kanıtlanmıştır. Corrigan ve arkadaşları (1999) İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin psikolojik yapısını inceledikleri çalışmada Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,93 olarak belirlemişlerdir (27). Chiba ve arkadaşları (2010) İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Japonca versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,89 olarak saptamıştır (91). Yapılan araştırmalarda Cronbach alfa güvenilirlik katsayılarının bu araştırmaya benzer şekilde, yüksek güvenilirlik göstergesi olan 0,80'ile1,00 arasında değer aldığı görülmüştür.

4.1.2.3. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Zamana Karşı Değişmezlik (Test-Tekrar Test Güvenirliği) Sonuçlarının İncelenmesi

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin zamana karşı değişmezliğinin değerlendirilmesi için test-tekrar test güvenilirlik analizi yapılmıştır. Bu analizler için araştırmaya katılan 35 kişiye ilk uygulamadan iki hafta sonra ölçek tekrar uygulanmıştır. Test-tekrar test güvenilirliğinin yapılabilmesinde iki ölçüm arasındaki süre önemli bir konudur. Literatürde ölçülen davranışa ve hedef gruba göre değişmekle birlikte ölçümlerin aynı denek grubuna hatırlatmaları önleyecek kadar uzun, ölçülecek özellikte değişiklik meydana gelmesine izin vermeyecek kadar kısa bir zaman diliminde tekrar yapılması ve kâğıt kalem kullanılarak yapılan ölçümlerin en az 15 gün sonra tekrarlanması gerektiği belirtilmektedir (34,103). Bu bilgiler doğrultusunda İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin test-tekrar test güvenilirliğini belirlemek için araştırmaya katılan 35 kişiye ilk uygulamadan iki hafta sonra ölçek tekrar uygulanmıştır. Test-tekrar test güvenilirliği yöntemi ile elde edilen ölçüm sonuçları arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı hesaplanarak incelenmiştir. Korelasyon katsayısı değerinin 0,70'in altında olmaması ve negatif bir değer almaması gerekmektedir(34,119). Korelasyon katsayısı değerinin +1'e yaklaşması güvenilirliğin yüksek olduğunu göstermektedir (34).

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için test-tekrar test güvenilirliğinde ölçeğin birinci ve ikinci uygulama alt ölçek toplam puan ve ölçek toplam puan korelasyonları karşılaştırılmıştır. İyileşme Değerlendirme Ölçeğinin test-tekrar

test sonuçları arasında korelasyon katsayıları incelendiğinde ölçeğin tüm alt boyutları için korelasyon katsayısı (r) değerinin 0,75 ile 0,91 arasında değiştiği ve 0,70'den büyük değerler aldığı görülmüştür. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin toplam ölçek puanı test-tekrar test sonuçları arasındaki korelasyon katsayısı 0,96 olarak belirlenmiş ve bu değerin ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,01$). Chiba ve arkadaşları (2010) İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Japonca versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışmasında test-tekrar test korelasyon katsayısını 0,81 olarak saptamıştır(91). Yapılan araştırmada bu çalışma ile benzer olarak test-tekrar test puanları arasındaki korelasyon katsayısının pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür.

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin güvenirlik çalışması için incelenen iç tutarlılık, Cronbach alfa güvenirlik katsayısının belirlenmesi, zamana karşı değişmezlik çalışmaları sonucunda İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin güvenilir bir ölçme aracı olduğu kanıtlanmıştır.

BÖLÜM V

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 SONUÇ

İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçlarına göre;

5.1.1 Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Sonuçlar

- ✚ Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında; %32,2'sinin 36-45 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamasının $39,7 \pm 11,33$ olduğu, %60'ının erkek olduğu, %58,9'unun bekar, %44,4'ünün ortaokul/lise mezunu, %47,3'ünün herhangi bir işte çalışmadığı, %66,7'sinin gelirinin giderine denk olduğu, %65'inin çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir.
- ✚ Bireylerin fiziksel ve ruhsal hastalık öykülerine bakıldığında %57,2'sinin şizofreni, tanısı aldığı, %45,5'inin 6-15 yıldır tedavi gördüğü ve ortalama tedavi süresinin $13,0 \pm 8,98$ olduğu, %18,3'ünün var olan ruhsal hastalığına eşlik eden başka bir ruhsal hastalık tanısının olduğu, %90'ında ruhsal hastalığın tekrarladığı, %64,5'inin 1-5 kez nüks yaşadığı, %77,2'sinin ruhsal hastalığına bağlı en az bir kez hastanede yattığı, %38,3'ünün fiziksel bir hastalığının olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- ✚ Bireylerin ruhsal hastalıktan iyileşme sürecine sağlık personeli, aile, arkadaş katkısının ortalaması 10 üzerinden değerlendirilerek sağlık personelinin $7,63 \pm 2,24$, ailenin $7,79 \pm 2,47$, arkadaşların $5,48 \pm 3,30$ olduğu görülmüştür.

5.1.2. Geçerlik Analizleri Sonuçları

- ✚ İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin dil uyarlaması kapsamında grup çevirisi ve geri çeviri yöntemleri kullanılmıştır. Ölçek Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında beş uzman tarafından bağımsız olarak İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. İki araştırmacı tarafından Türkçeye çevrilen ölçekteki her madde dil, anlam uygunluğu ve kavramda eşdeğerlik açısından değerlendirilmiş ve ölçeğin Türkçe metni oluşturulmuştur. Daha sonra ölçek geri çeviri yöntemi ile her iki dili de iyi bilen iki dilbilimci tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiş ve çevrilen metin orijinal dili ile karşılaştırılmıştır. Uygun olmayan ifadeler gözden geçirilerek dil geçerliği sağlanmıştır.
- ✚ İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin içerik/kapsam geçerliğinin sağlanmasına yönelik uzman görüşlerine başvurulmuş ve sekiz uzmandan görüş alınmıştır. Tüm maddelerin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) değerleri hesaplanmış ve bu değerler 0,80'in üzerinde bulunmuş ve içerik/kapsam geçerliği sağlanmıştır.

- ✚ İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin yapı geçerliğinin sağlanmasına yönelik Doğrulamalı Faktör Analizi yapılarak tanımlanan modelin orijinal model ile uyum gösterip göstermediği test edilmiştir. Doğrulamalı Faktör Analizi sonuçlarına göre uyum indeksi değerleri; $\chi^2/Sd=1,98$, RMSEA=0,07, SRMR=0,06, GFI=0,98, CFI=1,00, NFI=1,00, AGFI=0,97'dir. Türkçesi tanımlanan modelin, ölçmeyi amaçladığı yapıyı orijinal modelde tanımlanan 5 alt boyutuyla yapısal olarak geçerli bir şekilde ölçebildiği kanıtlanmıştır.
- ✚ İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin faktör yüklerine bakıldığında "Kendine Güven ve Umut" alt boyutuna ait maddelerin faktör yüklerinin 0,47 ile 0,82 aralığında değiştiği, "Yardım Arama Davranışı" alt boyutuna ait maddelerin faktör yüklerinin 0,62 ile 0,74 aralığında değiştiği, "Hedef ve Başarıya Yönelim" boyutuna ait maddelerin faktör yüklerinin 0,34 ile 0,44 aralığında değiştiği, "Çevredekilere Güven" alt boyutuna ait maddelerin faktör yüklerinin 0,37 ile 0,68 aralığında değiştiği ve "Semptomlarla Baş Etme" boyutuna ait maddelerin faktör yüklerinin ise 0,93 ile 0,98 aralığında değiştiği ve tüm maddelerin faktör yüklerine ait t değerlerinin $p<0,01$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı olduğu gözlemlenmiştir. Ölçekteki tüm maddelere ait madde güvenilirlikleri (R^2) değerlerinin yüksek olduğu saptanmıştır.
- ✚ Ölçeğin ölçüt geçerliği için İyileşme Değerlendirme Ölçeği ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği arasındaki ilişki korelasyon katsayısı, regresyon katsayısı ve açıklayıcılık katsayısı hesaplanarak değerlendirilmiştir. İki ölçek arasındaki ilişkinin incelenmesinde korelasyon katsayısı 0,864 olarak saptanmış ve pozitif yönde, anlamlı ve çok yüksek ilişki bulunmuştur. İyileşme Değerlendirme Ölçeği ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği arasında kurulan regresyon denkleminde göre İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Psikolojik İyi Oluş Ölçeği'nin anlamlı bir yordayıcısı olduğu ($\beta= 0,71$, $t= 6,53$ $p<0,01$) ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nden elde edilen puanların Psikolojik İyi Oluş puanlarındaki varyansın % 50 sini açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan analizlerde İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin kapsam ve ölçüt geçerliği sınılanmış ve ölçeğin geçerli bir ölçüm aracı olduğu kanıtlanmıştır.

5.1.3. Güvenirlik Analizleri Sonuçları

- ✚ İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Güvenirlik çalışması için madde analizi yapılmış ve madde ölçek toplam korelasyonu ve madde- toplam puan korelasyon değerleri ve madde-alt ölçek toplam puan korelasyon değerleri belirlenmiştir. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyon sonucuna göre altı maddenin (Madde 1, Madde 2, Madde 3 Madde 4, Madde 5, Madde 10) madde-toplam puan korelasyon değeri 0,30'un altında bulunmuştur. Madde 1 ve Madde 4 ve Madde 5'in madde-toplam puan korelasyon değerleri istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur. Madde 2, Madde 3 ve Madde 10'un

madde-toplam puan korelasyon değerinde istatistiki açıdan anlamlı ilişki bulunmamıŐtır. Ölçeğin çok boyutlu olması nedeni ile madde-alt ölçek toplam puan korelasyon değerleri incelenmiş ve buna göre Madde 10 dışındaki tüm maddelerin madde-alt ölçek toplam puan korelasyon değeri 0,30'un üzerinde bulunmuştur. Ölçülen zellik açısından bu maddenin önemli bir davranışı ölçmesi ve yapılan DFA sonucunda madde faktör yükünün en düşük istendik değer olan 1,96'dan büyük olması nedeni ile orijinal ölçeğin kuramsal yapısını bozmamak adına ölçek sahibi ile görüŐülerek ölçekten madde çıkarma iŐlemi yapılmamıŐ ve ölçeğin orijinalindeki 24 maddelik yapısına sadık kalınmıŐtır.

- ✚ İyileşme Değerlendirme leği'nin Cronbach alfa değeri 0,90 ve ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa değerlerinin ise 0,74 ile 0,89 arasında olduğu ve bu değerlerin kabul edilebilir aralıktadır olduğu görülmüştür ($\alpha > 0,70$).
- ✚ İyileşme Değerlendirme leği'nin zamana karşı değişmezliğinin değerlendirilmesi için ölçek araştırmaya katılan 35 kişiye ilk uygulamadan iki hafta sonra tekrar uygulanmıştır. Ölçeğin birinci ve ikinci uygulama alt ölçek toplam puan ve ölçek toplam puan korelasyonları karşılaştırılmış ve aralarında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$).

5.2. ÖNERİLER

İyileşme Değerlendirme leği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalıŐmasından elde edilen sonuçlara göre;

- ✚ ölçekte yer alan Madde 10: "İnsanlar beni gerçekten tanısalar, severler" maddesinin madde ölçek toplam korelasyonu ve madde-toplam puan korelasyonu değeri ve madde- alt ölçek toplam puan korelasyon değeri 0,30'un altında bulunmuş ve madde-toplam puan korelasyon değerinde istatistiki açıdan anlamlı ilişki bulunmamıŐtır. İç tutarlılık açısından bu maddelerin tekrar değerlendirilmesi daha geniş örneklem gruplarında yeni araştırmaların yapılması önerilmektedir.
- ✚ Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin öznel iyileşme süreçlerini değerlendirmek ve buna uygun bakımın sağlanması için ruh sağlığı profesyonelleri tarafından ölçeğin farklı ve daha büyük örneklem gruplarında uygulanması önerilmektedir.
- ✚ ölçekten yararlanılarak ruhsal hastalık tanısı alan bireylerde iyileşmeye yönelik yapılan giriŐimlerin sonuçlarının değerlendirilmesi önerilmektedir.
- ✚ ölçekten yararlanılarak yapılan çalışma sonuçlarının genellenebilmesi ve uluslararası çalıŐmalarla karŐılaŐtırabilmesi için meta-analiz alıŐmalarının yapılması nerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine J. ve ark. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama* 2004; 291(21):2581-2590.
2. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Burffaerts R, Brugha TS, Bryson H, ve ark. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;109(420):21-7.
3. Ünal B, Ergör G. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2013.
4. Kılıç C, Erol N, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusla ilgili sonuçlar. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları; 1998.
5. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N. Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü; 2006.
6. Common mental health disorders: the NICE guideline on identification and pathways to care. London: RCPsych; 2011.
7. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2197-223.
8. World report on disability. Geneva: 2011.
9. Köse MR, Başara BB, Güler C, Soyutun İ, Aygün A, Özdemir TA. ve ark. Sağlık istatistikleri yılı 2015. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2016.
10. Thompson VLS, Bazile A, Akbar M. African Americans' Perceptions of Psychotherapy and Psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2004;35(1):19-26.
11. Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi. *Nöro psikiyatr arşivi*; 2013;50(4):344-51.
12. International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease; publ. for trial purposes in accordance with resolution WHA29. 35 for the Twenty-ninth World Health Assembly. World Health Organization; 1986.

13. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993;16(4):11–23.
14. Liberman RP Yetiyitiminden iyileşmeye: psikiyatrik iyileştirim el kitabı. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC: 2008; (Çev. ed. Yıldız, M). Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği; 2011.
15. Whitwell D. The myth of recovery from mental illness. *Psychiatric Bulletin*. 1999;24(2):74–5.
16. Watkins PN. Recovery: a guide for mental health practitioners. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2007.
17. Davidson L, O'connell MJ, Tondora J, Lawless M, Evans AC. Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Professional psychology: research and practice*. 2005;36(5):480–7.
18. Jacobson N, Greenley D. What is recovery? a conceptual model and explication. *psychiatric services*. 2001;52(4):482–5.
19. Mccranie A. Recovery in mental illness: The roots, meanings, and implementations of a “new” services movement. *The SAGE Handbook of Mental Health and Illness*. 2010:471–89.
20. Harding CM, Zahniser JH. Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;90:140–6.
21. Repper J, Perkins R. Social inclusion and recovery: a model for mental health practice. Edinburgh: Baillière Tindall; 2007.
22. Deegan PE. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1988;11(4):11–9.
23. Davidson L, Strauss JS. Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*. 1992;65(2):131–45.
24. Jacobson N, Curtis L. Recovery as policy in mental health services: strategies emerging from the states. *Psychiatr Rehabil J*. 2000;23(4):0–8.
25. Drake RE, Noel VA, Deegan PE. Measuring recovery as an outcome. *Die Psychiatr* 2015;12(5):174–9.
26. Scheyett A, Deluca J, Morgan C. Recovery in severe mental illnesses: A literature review of recovery measures. *Soc Work Res*. 2013;37(3):286–303.
27. Corrigan PW, Giffort D, Rashid F, Leary M, Okeke I. Recovery as a psychological construct. *Community Ment Health J* 1999;35(3):231–9.
28. Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO, Sangster Y, Keck L. Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophr Bull* 2004;30(4):1035–41.

29. Corrigan PW. A toolkit for evaluating programs meant to erase the stigma of mental illness. 2012.
30. Salzer MS, Brusilovskiy E. Advancing recovery science: reliability and validity properties of the Recovery Assessment Scale. *Psychiatr Serv* 2014;65(4):442–53.
31. Sklar M, Groessl EJ, O’Connell M, Davidson L, Aarons GA. Instruments for measuring mental health recovery: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2013;33(8):1082–95.
32. Barker P. The tidal model: the lived-experience in person-centred mental health nursing care. *Nurs Philos* 2001;2(3):213–223
33. Watson J. Caring as the essence and science of nursing and health care. *O Mundo da Saúde*. 2009;33(2):143–9.
34. Alpar R. Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlilik: spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle. Ankara: Detay Yayıncılık; 2016.
35. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed). Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
36. Mental health: a state of well-being [Internet]. WHO. World Health Organization; [Erişim tarihi 27 Mart 2017]. Erişim adresi: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en
37. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara; 2010.
38. Çam O, Engin E. editörler. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi; 2014.
39. Butcher JN, Mineka S, Hooley JM. Anormal psikoloji: Temel kavramlar. Okhan Gündüz çev. İstanbul: Kaknüs Yayınları; 2013.
40. Kessler RC, Aguilar-gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, ve ark. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. 2009;18(1):23–33.
41. Cavalcoli M. Why Are We Still Whispering About Disabilities? *American Water Works Association*. 2011;103(5):52.
42. Data and statistics [Internet]. World Health Organization; [Erişim tarihi 21 Mart 2017]. Erişim adresi: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>
43. Estimates for 2000–2012 [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; [Erişim tarihi 20 Mart 2017]. Erişim adresi: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html
44. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*. 2005;2(5):0413–33.

45. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of mortality in individuals with schizophrenia: preliminary results. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;40(2):A134.
46. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. World Health Organization; [Erişim tarihi 22 Mart 2017]. Erişim adresi: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>.
47. Global Health Estimates 2015: Burden of disease by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015. [Internet]. World Health Organization; [Erişim tarihi 21 Mart 2017]. Erişim adresi: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html
48. Saxena S, Krug EG, Chestnov O. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
49. Atagun MI, Balaban OD, Atagun Z, Elagoz M, Ozpolat AY. Kronik hastalarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011;3(3):513–52.
50. Ahern L, Fisher D. Personal Assistance in Community Existence : a recovery guide. National Empowerment Center; 1999.
51. Leete E. A consumer perspective on psychosocial treatment. *Psychosoc Rehabil J* 1988;12(2):45–52.
52. Onken SJ, Craig CM, Ridgway P, Ralph RO, Cook JA. An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatr Rehabil J*. 2007;31(1):9–22.
53. SAMSHA's national consensus statement on mental health recovery. 2008.
54. Ralph RO. Recovery. *Psychiatr Rehabil Ski* 2000;4(3):480–517.
55. Hall A, Wren M, Kirby SD. Care planning in mental health: promoting recovery. Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons Inc.; 2013.
56. Farkas M, Gagne C, Anthony W, Chamberlin J. Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Ment Health J*. 2005;41(2):141–58.
57. Clement JA. Managed care and recovery: opportunities and challenges for psychiatric nursing. *Arch Psychiatr Nurs*. 1997;11(5):231–7.
58. Caldwell BA, Sclafani M, Swarbrick M, Piren K. Psychiatric nursing practice & the recovery model of care. *J Psychosoc Nurs*. 2010;48(7):42–8.
59. Cummings J, Bennett V. Compassion in practice: Nursing, midwifery and care staff: Our vision and strategy. 2012.

60. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry* 2007;6(2):68–74.
61. Barker P. The Tidal Model : developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001;8:233–40.
62. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. 2007;16(1):129–35.
63. Buchanan-Barker P, Barker PJ. The Tidal Commitments : extending the value base of mental health recovery. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008;15:93–100.
64. Tidal Model [Internet]. [Erişim tarihi 8 Nisan 2017]. Erişim adresi: <http://www.tidal-model.com/What is the Tidal Model.html>
65. Tidal Model history [Internet]. [Erişim tarihi 2 Nisan 2017]. Erişim adresi: <http://www.tidal-model.com/history.html>
66. Barker PJ, Buchanan-Barker P. Mental Health Nursing and the Politics of Recovery: A Global Reflection. *Arch Psychiatr Nurs* 2011;25(5):350–8.
67. Arslan-Özkan İ, Okumuş H. Bakım ve iyileşmenin kesiştiği bir model: Watson'ın insan bakım modeli. *HEMAR-G* 2012;2:61–72.
68. Tektaş P. Watson insan bakım modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının gebelik kaybı yaşayan gebelerin ruh sağlığına etkisi. 2015.
69. Fitzpatrick JJ, McCarthy G. *Nursing Concept Analysis: Applications to Research and Practice*. Springer Publishing Company; 2016.
70. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003;37(5):586–94.
71. Norman IJ, Rylie I. *The art and science of mental health nursing : principles and practice*. UK: McGraw-Hill Higher Education; 2013.
72. Young SL, Ensing DS. *Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities*. 1999.
73. Chamberlin J. *Confessions of a noncompliant patient*. 1998.
74. Russinova Z. Providers' hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes. *J Rehabil*. 1999;65(4):50–7.
75. Oliver MI, Pearson N, Coe N, Gunnell D. Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;186(4):297–301.

76. Topkaya N. Factors influencing psychological help seeking in adults: A qualitative study. *Kuram ve Uygulamada Egit Bilim*. 2015;15(1):21–31.
77. Corrigan P. How Stigma Interferes With Mental Health Care. *Am Psychol*. 2004;59(7):614–25.
78. Yıldız M. Şizofreni hastaları için ruhsal toplumsal beceri eğitimi eğitici elkitabı. 2. bs. Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları; 2011.
79. Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses : a review of evidence and experience. 2012;123–8.
80. Pernice-Duca F. Family network support and mental health recovery. *J Marital Fam Ther*. 2010;36(1):13–27.
81. Schön UK, Denhov A, Topor A. Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *Int J Soc Psychiatry* 2009;55(4):336–47.
82. Corrigan PW, Phelan SM. Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Ment Health J*. 2004;40(6):513–23.
83. Goldberg RW, Rollins AL, Lehman AF. Social network correlates among people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J*. 2003;26(4):393–402.
84. Resnick SG, Rosenheck RA, Lehman AF. An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatr Serv* 2004;55(5):540–7.
85. Slade M, Longden E. Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry* 2015;15(1):285.
86. Adams CE. Schizophrenia. Full National Clinical Guideline on Core Interventions in Primary and Secondary Care National Collaborating Centre for Mental Health. *Psychiatr Bull* 2004;28(9):351–351.
87. May R. [Internet]. [Erişim tarihi 28 Nisan 2017]. Erişim adresi: <http://www.rufusmay.com/index.php/resources/30-understanding-psychotic-experience-and-working-towards-recovery>
88. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):445–52.
89. Andresen R, Caputi P, Oades LG. Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery? *Psychiatry Res* 2010;177(3):309–17.
90. Clarke SP, Oades LG, Crowe TP, Caputi P, Deane FP. The role of symptom distress and goal attainment in promoting aspects of psychological recovery for consumers with enduring mental illness. *J Ment Heal*. 2009;18(5):389–97.

91. Chiba R, Miyamoto Y, Kawakami N. Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale (RAS) for people with chronic mental illness: Scale development. *Int J Nurs Stud* 2010;47(3):314–22.
92. Jorge-Monteiro MF, Ornelas JH. Recovery Assessment Scale: Testing validity with Portuguese community-based mental health organization users. *Psychol Assess* 2016;28(3):e1–11.
93. Cavelti M, Wirtz M, Corrigan P, Vauth R. Recovery assessment scale: Examining the factor structure of the German version (RAS-G) in people with schizophrenia spectrum disorders. *Eur Psychiatry* 2017;41:60–7.
94. McNaught M, Caputi P, Oades LG, Deane FP. Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41(5):450–7.
95. Corrigan PW. Recovery from schizophrenia and the role of evidence-based psychosocial interventions. *Expert Rev Neurother*. 2006;6(7):993–1004.
96. Cook JA, Steigman P, Pickett S, Diehl S, Fox A, Shipley P, et al. Randomized controlled trial of peer-led recovery education using Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES). *Schizophr Res*. 2012;136(1–3):36–42.
97. Hendryx M, Green CA, Perrin NA. Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *J Behav Heal Serv Res*. 2009;36(3):320–9.
98. Kukla M, Salyers MP, Lysaker PH. Levels of Patient Activation Among Adults With Schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(4):339–44.
99. Cook JA, Copeland ME, Floyd CB, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano L, et al. A Randomized Controlled Trial of Effects of Wellness Recovery Action Planning on Depression, Anxiety, and Recovery. *Psychiatr Serv*. 2012;63(6):541–7.
100. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Derg*. 2002;4(1):9–14.
101. Şahin N. Psikoloji araştırmalarında ölçek kullanımı. *Türk Psikol Derg*. 1994;9(33).
102. Savaşır I. Ölçek uyarlamasındaki sorunlar ve bazı çözüm yolları. *Türk Psikol Derg*. 1994;9(33):27–32.
103. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Gelistirme Derg*. 2003;1:3–14.
104. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı istatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum. Ankara: Pegem Akademi; 2014.

105. Büyüköztürk Ş, Çakmak EK, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. Bilimsel araştırma yöntemleri. Pegem Akademi; 2012.
106. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, editörler. Hemşirelikte araştırma: süreç, uygulama ve kritik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
107. Aker S, Dünder C, Pekfien Y. Ölçme araçlarında iki yaşamsal kavram: Geçerlik ve güvenilirlik. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Derg. 2005;22(1):50–60.
108. Yurdugül H. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. XIV Ulus Eğitim Bilim Kongresi. 2005;1–6.
109. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2004;30(3):211–6.
110. Drost EA. Validity and Reliability in Social Science Research. Educ Res Perspect. 2011;38(1):105–23.
111. Çapık C. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg. 2014;17(3):196–205.
112. Jöreskog KG, Sörbom D. LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language. 1993.
113. Schumacker RE, Lomax RG. A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling. 2010.
114. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Confirmatory Factor Analysis and Fit Indices: Review. Türkiye Klin J Med Sci 2013;33(1):210–23.
115. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing and health research. New York: Springer Publishing Company; 2010.
116. Çelik HE, Yılmaz V. LISREL 9.1 ile yapısal eşitlik modellemesi, temel kavramlar-uygulamalar-programlama. Ankara: Anı Yayıncılık; 2013.
117. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. The Guilford Press. 2011.
118. Fan X, Sivo SA. Sensitivity of Fit Indexes to Misspecified Structural or Measurement Model Components: Rationale of Two-Index Strategy Revisited. Struct Equ Model A Multidiscip J. 2005;12(3):343–67.
119. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. 1. bs. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.
120. Çam MO, Baysan Arabacı L. Tutum ölçeği hazırlamada nitel ve nicel adımlar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg. 2010;59–71.
121. Telef B, Psikolojik iyi oluş ölçeği : türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg. 2013;28(3):374–84.

122. Deniz KZ. The Adaptation of Psychological Scales. Ankara Univ J Fac Educ Sci. 2007;40,(1):1–16.
123. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, editorler. Hemşirelikte araştırma: süreç, uygulama ve kritik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
124. Karakoç Y, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitimi Dünyası. 2014;40:39–49.
125. Çüm S, Koç N. Türkiye’de psikoloji ve eğitim bilimleri dergilerinde yayımlanan ölçek geliştirme ve uygulama çalışmalarının incelenmesi. Eğitim Bilim ve Uygul. 2013;12(24):115–35.



EKLER

Ek-I: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Çalışmanın Başlığı: İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliği

Araştırmacılar: Arş. Gör. Cansu Güler, Yrd. Doç. Dr. Ayça Gürkan

Yukarıdaki araştırmacılar tarafından Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Sağlık Bakanlığı Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde ayaktan tedavi gören hastalar üzerinde İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliği konulu bir çalışma planlanmıştır. Bu çalışmada İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçek olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Hastalar sadece araştırmacı tarafından sorulan sorulara yanıt verecek ve araştırmacılar Tanıtıcı Bilgi Formu, İyileşme Değerlendirme Ölçeği ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği'ni dolduracaktır. Araştırmaya katılmanız durumunda yanıtlarınızın gizliliği korunacak ve bireysel yanıtlarınız kimseyle paylaşılmayacaktır.

Bu çalışma konusunda sorularım yanıtlandı ve yukarıda yer aldığı gibi yeterince aydınlatıldım. Bu çalışmayı kabul ettiğim takdirde istediğim zaman araştırmadan ayrılacağımı biliyorum. Gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım.

Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum.

Tarih:

Katılımcının Adı-Soyadı ve İmzası:

Tanıgın Adı- Soyadı ve İmzası:

Araştırmacının Adı- Soyadı ve İmzası

Çalıştığı Kurum:

Ek-II: Tanıtıcı Bilgi Formu

Sayın Katılımcı, bu araştırma “**İyileşme Değerlendirme Ölçeği**”nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Sizden alınan bilgiler başka amaçla kullanılmayacak, sonuçlar toplu halde analiz edilecek ve isminiz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır. İstemediğiniz takdirde bu araştırmaya katılmak zorunda değilsiniz. Bu bilimsel araştırmaya desteğiniz için teşekkür ederiz.

1. **Ad- Soyad:**

2. **Yaşınız:**

3. **Doğum yeriniz (Lütfen Belirtiniz)**

4. **Cinsiyet:**

1. Kadın

2. Erkek

5. **Medeni durumunuz:**

1. Evli

2. Bekar

3. Eşi vefat etmiş/Boşanmış

6. **Eğitim durumunuz:**

1() Okur-Yazar Değil

2() İlkokul

3() Ortaokul-Lise

4() Üniversite

7. **Mesleğiniz:**

1() Emekli

2() Memur

3() İşçi

4() Çiftçi

5() Serbest Meslek

6() Çalışmıyor

8. **Gelir Düzeyiniz:**

1. Gelir giderden az

2. Gelir gidere denk

3. Gelir giderden fazla

9. **Çocuğunuz var mı? Cevabınız evet ise sayısını belirtiniz.**

1. Evet.....

2. Hayır

10. **Ruhsal hastalık tanınız (Lütfen belirtiniz)**.....

11. **Ruhsal hastalığınız dışında fiziksel bir rahatsızlığınız var mı? Cevabınız "Evet" ise belirtiniz.**

1.Evet.....

2. Hayır

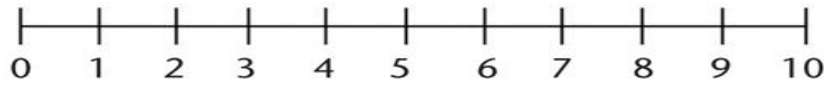
12. Ne kadar süredir ruhsal hastalığa bağlı tedavi görüyorsunuz? (Lütfen Belirtiniz)

13. Ruhsal hastalığınızın tekrarladı mı? Cevabınız "Evet" ise kaç kez tekrarladığımı lütfen belirtiniz.ç

1.Evet.....

2. Hayır

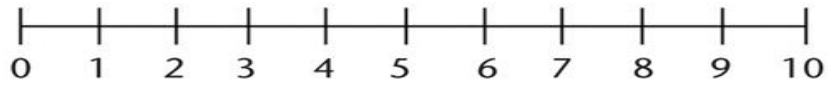
14. Sağlık personelinin, ruhsal hastalıktan iyileşmenize destek olma düzeyini puanlayınız.



15. Ailenizin, ruhsal hastalıktan iyileşmenize destek olma düzeyini puanlayınız.



16. Arkadaşlarınızın, ruhsal hastalıktan iyileşmenize destek olma düzeyini puanlayınız.



Ek-III: Recovery Assessment Scale (Ölçeğin Orjinal Formu)

Name or ID Number _____ Date _____

PLEASE ANSWER THESE ITEMS ON AN AGREEMENT SCALE WHERE 1 IS “STRONGLY DISAGREE” AND 5 IS “STRONGLY AGREE.”

	Strongly Disagree	Disagree	Not Sure	Agree	Strongly Agree
1. I have a desire to succeed.	1	2	3	4	5
2. I have my own plan for how to stay or become well.	1	2	3	4	5
3. I have goals in life that I want to reach.	1	2	3	4	5
4. I believe that I can meet my current personal goals.	1	2	3	4	5
5. I have a purpose in life.	1	2	3	4	5
6. Even when I don't care about myself, other people do.	1	2	3	4	5
7. Fear doesn't stop me from living the way I want to.	1	2	3	4	5
8. I can handle what happens in my life.	1	2	3	4	5
9. I like myself.	1	2	3	4	5
10. If people really knew me, they would like me.	1	2	3	4	5
11. I have an idea of who I want to become.	1	2	3	4	5
12. Something good will eventually happen.	1	2	3	4	5
13. I'm hopeful about my future.	1	2	3	4	5
14. I continue to have new interests.	1	2	3	4	5
15. Coping with my mental illness is no longer the main focus of my life.	1	2	3	4	5

	Strongly Disagree	Disagree	Not Sure	Agree	Strongly Agree
16. My symptoms interfere less and less with my life.	1	2	3	4	5
17. My symptoms seem to be a problem for shorter periods of time each time they occur.	1	2	3	4	5
18. I know when to ask for help.	1	2	3	4	5
19. I am willing to ask for help.	1	2	3	4	5
20. I ask for help when I need it.	1	2	3	4	5
21. I can handle stress.	1	2	3	4	5
22. I have people I can count on.	1	2	3	4	5
23. Even when I don't believe in myself, other people do.	1	2	3	4	5
24. It is important to have a variety of friends.	1	2	3	4	5

The RAS-R Score Sheet

Name or ID Number _____ Date _____

Factor scores are obtained by adding up the parenthetical items which load into each factor.

_____ Personal Confidence and Hope (Sum of items 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, & 21)

_____ Willingness to Ask for Help (Sum of items 18, 19, & 20)

_____ Goal and Success Orientation (Sum of items 1, 2, 3, 4, & 5)

_____ Reliance on Others (Sum of items 6, 22, 23, & 24)

_____ Not Dominated by Symptoms (Sum of items 15, 16, & 17)

Ek-IV: İyileşme Değerlendirme Ölçeği

Aşağıda 24 cümle ve her bir cümlenin yanında cevaplarını işaretlemeniz için 1'den 5'e kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar uygun olduğunu belirtmek için o cümlenin yanındaki rakamlardan **yalnız bir tanesini** daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 24 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	İyileşmek istiyorum	1	2	3	4	5
2	Nasıl iyileşeceğim ya da iyi kalacağım konusunda kendime ait fikirlerim var	1	2	3	4	5
3	Hayatta ulaşmak istediğim hedeflerim var	1	2	3	4	5
4	Hedeflerime ulaşabileceğime inanıyorum	1	2	3	4	5
5	Bir yaşam amacım var	1	2	3	4	5
6	Kendimi önemsemediğim zamanlarda bile çevremdeki insanlar beni önemser	1	2	3	4	5
7	Korkularım, hayatımı istediğim şekilde yaşamamı engellemez	1	2	3	4	5
8	Hayatta başıma her ne gelirse gelsin üstesinden gelebilirim	1	2	3	4	5
9	Kendimi seviyorum	1	2	3	4	5
10	İnsanlar beni gerçekten tanısalar, severler	1	2	3	4	5
11	İdealimdeki kişi olma yolunda kendime güveniyorum	1	2	3	4	5
12	İyi şeylerin er ya da geç gerçekleşeceğine inanırım	1	2	3	4	5
13	Geleceğimden umutluyum	1	2	3	4	5
14	Kendim için yeni uğraşlar (hobiler) edinirim	1	2	3	4	5
15	Ruhsal hastalığımanın belirtileri ile baş etmek artık hayatımın en önemli	1	2	3	4	5

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	konusu olmaktan çıktı					
16	Ruhsal hastalığımın belirtileri yaşamımı giderek daha az etkiliyor	1	2	3	4	5
17	Hastalık belirtilerimle daha iyi baş edebildiğim için hayatımda giderek daha az sorunla karşılaşıyorum	1	2	3	4	5
18	Yardım isteyeceğim zamanları bilirim	1	2	3	4	5
19	Yardım istemekten çekinmem	1	2	3	4	5
20	İhtiyacım olduğunda yardım isterim	1	2	3	4	5
21	Stresimle baş edebilirim	1	2	3	4	5
22	Çevremde güvенеbileceğim insanlar var	1	2	3	4	5
23	İyileşeceğime inanmadığımda bile çevremdeki insanlar buna inanır	1	2	3	4	5
24	Çevremde beni destekleyen insanların olması önemlidir (tanıdık, arkadaş, dost)	1	2	3	4	5

Ek-V: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

Aşağıda katılıp ya da katılamayacağınız 8 ifade vardır. 1–7 arasındaki derecelendirmeyi kullanarak, her bir madde için uygun olan cevabınızı belirtiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

1. Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum
2. Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatmin edicidir
3. Günlük aktivitelere bağlı ve ilgiliyim
4. Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıda bulunurum
5. Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim
6. Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum
7. Geleceğim hakkında iyimserim
8. İnsanlar bana saygı duyar

Ek-VI: Recovery Assessment Scale Ölçek Kullanım İzni (Patrick W. Corrigan)

Ege Üniversitesi

cansu.guler@ege.edu.tr

Recovery Assessment Scale

Kimden : cansu guler <cansu.guler@ege.edu.tr>

23 Haz 2016 Per 20:42

Konu : Recovery Assessment Scale

Kime : Corrigan@iit.edu

Dear Corrigan,

I am writing to you from Turkey.

My name is Cansu. I am working Faculty of Nursing Psychiatric Nursing Department as a research assistant. I'm writing about Recovery Assessment Scale (RAS) which you and your friends studied. We (with my lecturer) want to adapt it into Turkish for a research and then use for psychiatric clients in Turkey. We would like your permission to do so. Also we need the original of the RAS and information about it. We'll be pleased if you can help.

Thank you in advance for your interest...

Ege Üniversitesi

cansu.guler@ege.edu.tr

Kimden : Alessandra Torres <atorre15@iit.edu>

23 Haz 2016 Per 21:42

Konu : RE: Cansu Güler sent you a message on ResearchGate

 1 ek

Kime : cansu guler <cansu.guler@ege.edu.tr>

Kk : Patrick Corrigan <corrigan@iit.edu>

Hello Cansu,

Thank you for your interest in research. Please see the attached toolkit for using the RAS measure. We unfortunately do not have the RAS in Turkish. You have our permission to translate the measure. We just ask if you can provide us a copy for our records. Please also refer to our website: National Consortium on Stigma and

Empowerment (www.NCSE1.org) that contains publications in reference to RAS.

Thank you and best of luck on your research,

Ali

Alessandra (Ali) Torres

Project Manager

Illinois Institute of Technology

3424 S. State Street

Chicago, IL 60616

Phone: [\(312\)567-3637](tel:3125673637)

atorre15@iit.edu



corrigan_outcome_measures_toolkit_2-3-13-1.doc
291 KB

Ek-VII: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Kullanım İzni (Bülent Baki Telef)

Ege Üniversitesi

cansu.guler@ege.edu.tr

Re: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Kullanım İzni Hakkında

Kimden : Bulent Baki Telef <bakitelef@gmail.com>

08 May 2016 Paz 22:53

Konu : Re: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Kullanım İzni Hakkında

2 ek

Kime : cansu guler <cansu.guler@ege.edu.tr>

Merhabalar,Ekte ölçeği, geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını ile ilgili bilgileri gönderiyorum. İyi çalışmalar.
Yrd. Doç. Dr. Bülent Baki TELEF
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Bölümü
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı
Tel: (+90 286) 218 00 18
Dahili No: 3539

 **Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, Geçerlik ve Güvenirliği.doc**
36 KB

 **Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.pdf**
347 KB

8 Mayıs 2016 19:46 tarihinde <cansu.guler@ege.edu.tr> yazdı:

Merhaba Baki Bey,

Ben Cansu Güler, Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde araştırma görevlisiyim. Yüksek lisans tezimde Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Psikolojik İyi Oluş Ölçeğinize ihtiyacım var. Eğer izniniz olursa çalışmamda ölçeğinizi kullanmak istiyorum.

Cevabınız için şimdiden teşekkür ederim.

İyi günler.

Ek-VIII: Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu İzni



**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
(BİLİMSEL ETİK KURULU)**

SAYI : 2016 – 264
KONU : Araştırma Kararı

Bornova /İZMİR
04.10.2016

E.Ü. HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

Fakültemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim elemanı Yard.Doç.Dr. Ayça GÜRKAN ve Araş.Gör. Cansu GÜLER sorumluluğunda 30 Ekim 2016 – Mayıs 2017 tarihinde yapılması planlanan “İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliliği” konulu araştırma 04.10.2016 tarihinde **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve “**Araştırmanın Yürütülmesi Uygun**” bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Hatice
Doç.Dr.Hatice BAL YILMAZ
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

**Ek-IX: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
Araştırma İzni**

Ege Üniv. Evrak Tarih ve Sayısı: 09/11/2016-E.225938



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi



Sayı : 69631334-100
Konu : Cansu GÜLER

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE


İlgi : 20/10/2016 tarihli ve 208470 sayılı yazı.

Enstitünüz Psikiyatri Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Cansu GÜLER'in "İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliği" konulu araştırmasını 30.10.2016 – 30.05.2017 tarihleri arasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Hikmet Hakan AYDIN
Başhekim V.


Ek:Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalından gelen 218062 sayılı yazı.

Ek-X: Sağlık Bakanlığı Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Araştırma İzni



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELER BİRLİĞİ KURUMU
Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**

MANISA İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - MANISA İLİ KURUMSAL EĞİTİM VE AR-GE
BİRİMİ
14.11.2016/13.18. 72782165. 663.08. E.1079
0033149123



Sayı : 72782165/663.08
Konu : Cansu Güler/Araştırma İzni Hak.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Cansu GÜLER'in 24/10/2016 tarihli araştırma izni yazısı

İlgi dilekçeye istinaden; Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinin de Yüksek Lisans öğrencisi Cansu GÜLER 'in Hastanemiz bünyesinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezin de Ekim 2016- Mayıs2017 tarihleri arasında yürütülmek üzere "İyileştirme Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliliği" konulu Bireysel Araştırma Tez Çalışması başvuru talebi 08/11/2016 tarihinde Genel Sekreterliğimizde toplanan Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu tarafından incelenmiş olup uygun görülmüştür.

Ancak Bilimsel Araştırma çalışmasını, hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın gizliliğinin korunmasına özen gösterilmesi, araştırmacının amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırmacı metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler de göz önünde bulundurularak, çalışma sonucunda kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonuç raporunu, araştırmacının tamamlanmasının öngörüldüğü tarihten itibaren 30 (otuz) gün içerisinde Genel Sekreterliğimiz Eğitim Birimi'ne iletilmesi ve Bilimsel Araştırma çalışmasını Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden izin almaksızın yayınlanmaması gerekmektedir.

Kurumun izni dışında yayımlanması ve sonuç raporunun Kurumumuza iletilmemesi durumunda yasal işlem yapılabileceği ve Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Tesislerinde bundan sonra talep edeceğimiz çalışmalara izin verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Ayhan KORKMAZ
Genel Sekreter

Ek : Araştırma Dosyası
Dağıtım :
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinin de Yüksek Lisans Öğrencisi (Syn.Cansu GÜLER)
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Bu evrakın elektronik ortamda imzalandığına dair belge kaydedilmiştir. 24/10/2016
ADLI SEC ADL
Evrak Kayıt Unvanı
İmzası

Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sakarya M. Atatürk B. No:58
Faks No:02362316530
e-Posta:meral.saglam@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Meral SAĞLAM
meral.saglam@saglik.gov.tr 0 236 239 16 19/106
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f1b16334-c911-495b-aab3-92b203c4d0f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Meral SAĞLAM
Unvan:UZMAN
Telefon No:

Ek-XI: Ölçek Sahinden Alınan Görüş (Patrick W. Corrigan)

From: cansu.guler@ege.edu.tr [mailto:cansu.guler@ege.edu.tr]

Sent: Tuesday, June 20, 2017 7:02 AM

To: Corrigan <Corrigan@iit.edu>

Subject: Recovery Assessment Scale

Dear Patrick and Katherine

I writing about RAS. I share with you some results of our validity and reliability research of Turkish version of RAS.

For the construct validity of the scale, Confirmative Factor Analysis (CFA) method was used in the direction of literature. The values of fit indices examined in the CFA were found to be among the accepted values for construct validity ($\chi^2 / Sd = 1.98$, RMSEA = 0.07, SRMR = 0.06, GFI = 0.98, CFI = 1.00, NFI = 1.00, AGFI = 0.97). When factor loads related to the subscales of the scale were examined, it was found that the factor loadings of the items varied between 0,34 and 0,98 and between the desired values ($p < 0.01$). LOOKS GOOD

The Cronbach alpha coefficient of the Recovery Assessment Scale was found 0.90. REPORT ALPHA FOR EACH OF THE RAS SUBSCALES

For the reliability evaluation of the RAS, item scale total correlation values (r) was examined and it was seen that these values changed between 0.078 and 0.806. item-total score correlation values and item-sub-dimension total score correlation values were then examined. The p-values calculated for the item-total score correlation of Item 2, Item 3, Item 10 were below the lowest desired value of 0.20, and also item- sub-dimension total score correlation values of Item 10 was below the lowest desired value of 0.20. For reliability, value of item 10 was not found sufficient. For the reliability of Turkish version of RAS, if you have your permission, we want to extract the Item 10 from the scale. THIS SEEMS UNNECESSARY SINCE THE CFA IS THE TEST OF FACTOR STRUCTURE

Thank you in advance for your interest.

Cansu

Kimden: "Corrigan"

<corrigan@iit.edu>

Kime: "cansu guler"

<cansu.guler@ege.edu.tr>

Kk: "Katherine Nieweglowski"

<knieweg1@hawk.iit.edu>

Gönderilenler: 20 Haziran Salı

2017 14:48:33

Konu: RE: Recovery Assessment Scale

Hi Cansu

Please see CAPs

Seems like some of you analyses are redundant

Pat

Patrick W. Corrigan

Distinguished Professor of Psychology

Illinois Institute of Technology

312 567-6751

Honest, Open, Proud to Erase the Stigma of Mental Illness (www.HOPprogram.org)

National Consortium on Stigma and Empowerment (www.NCSE1.org)

Stigma and Health, an APA journal (www.apa.org/pubs/journals/sah/)

Chicago Health Disparities (www.ChicagoHealthDisparities.org)

From: cansu.guler@ege.edu.tr [mailto:cansu.guler@ege.edu.tr]

Sent: Tuesday, June 20, 2017 8:44 AM

To: Corrigan <corrigan@iit.edu>

Subject: Re: Recovery Assessment Scale

Hi again Patrick,
I got help from a statistician for statistics context of literature. I don't understand which analyses redundant

Please, could you explain me?

Thank you in advance.

Kimden : Patrick Corrigan <corrigan@iit.edu> 20 Haz 2017 Sal 17:15

Konu : RE: Recovery Assessment Scale

Kime : cansu guler <cansu.guler@ege.edu.tr>

The purpose of the CFA is to validate the factor structure found in our earlier research

Do items load into factors for the Turkish version in a manner similar to the English version

The fit indicators say YES!!!

An item analysis really is pretty much the same thing

And does so in a much less sophisticated manner

So not needed

Pat

Patrick W. Corrigan

Distinguished Professor of Psychology

Illinois Institute of Technology

Chicago, IL, USA

312 567-6751

National Consortium on Stigma and Empowerment (www.NCSE1.org)

Honest, Open, Proud to Erase the Stigma of Mental Illness (www.HOPprogram.org)

Stigma and Health, an APA Journal (www.apa.org/pubs/journals/sah/)

Chicago Health Disparities (www.chicagohealthdisparities.org)

ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Muğla/Fethiye'de doğdu. İlkokulu Paşalı Köyü İlköğretim Okulu ve Ören Vali Ahmet Cemil Serhatlı İlköğretim Okulunda ve Lise eğitimini Fethiye Yabancı Dil Ağırlıklı Lise'de tamamladı. 2008 yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Hemşirelik lisans eğitimine başladı. 2009 yılında Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesinde Bilgi ve Belge Yönetimi Çift Anadal Programına başladı. Hemşirelik lisans eğitiminden 2012 yılında ve Bilgi ve Belge Yönetimi Bölümü'nden 2009 yılında mezun oldu. Hemşirelik lisans eğitiminden mezun olduktan sonra 2012-2014 yıllarında İstanbul TEV Sultanbeyli Devlet Hastanesi'nde hemşire olarak görev yaptı.

2014 yılında Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı (ÖYP) kapsamında Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakülte'si Hemşirelik Anabilim Dalı'na Araştırma Görevlisi olarak atandı. ÖYP kapsamında görevlendirilerek 2014 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda göreve başladı. Halen Ege Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktadır.

Ar. Gör. Cansu GÜLER

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

cansu.guler@ege.edu.tr