

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN
BİREYLERDE CAMBERWELL GEREKSİNİM
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
KISA FORMU/ÖZ BİLDİRİM FORMUNUN
TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

GÜLSÜM ZEKIYE TUNCER

**PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2018

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2015970162

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN
BİREYLERDE CAMBERWELL GEREKSİNİM
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
KISA FORMU/ÖZ BİLDİRİM FORMUNUN
TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

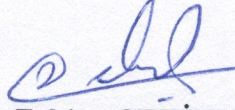
**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

GÜLSÜM ZEKİYE TUNCER

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2015970162

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Gülsüm Zekiye TUNCER'in
**'Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Camberwell Gereksinim Değerlendirme
Ölçeği Kısa Formu/Öz Bildirim Formunun Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve
Güvenirlilik Çalışması'** konulu Yüksek Lisans tezini 26.06.2018 tarihinde başarılı
olarak tamamlamıştır.

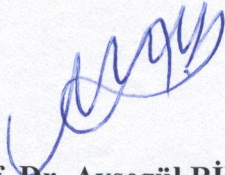


Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

BAŞKAN

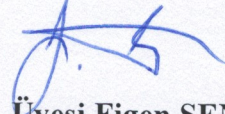


Prof. Dr. Ayşegül BİLGE

Ege Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

ÜYE



Dr. Öğr. Üyesi Figen ŞENGÜN İNAN

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

ÜYE

Doç. Dr. Şeyda DÜLGERLER

Ege Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

YEDEK ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Sibel COŞKUN CENK

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

YEDEK ÜYE

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇİNDEKİLER	I
TABLO DİZİNİ	V
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
KISALTMALAR	VIII
ÖZET	1
ABSTARCT	2
1 GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2 Araştırmanın Amacı	7
2 GENEL BİLGİLER	8
2.1 Kronik Ruhsal Bozukluk	8
2.1.1 Kronik Ruhsal Bozukluk Tanımı	8
2.1.2 Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Birey ve Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	9
2.1.3 Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Gereksinimleri	9
2.1.4 Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Gereksinim Değerlendirilmesi ve Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımındaki Yeri	14
2.1.5 Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Gereksinim Değerlendirme Araçları	15
2.1.5.1 Kronik Ruhsal Bozukluğu olan Bireylerde Camberwell Gereksinim Değerlendirme Araçları / Camberwell Assessment Of Needs (CAN, CANSAS, CANSAS-P)	15
2.1.5.2 MRC Need for Care Assessment Schedule (NCA)/ The Cardinal Needs Schedule	16
2.1.5.3 Inventory of Needs and Demands for Community Psychiatric Rehabilitation (INDCPR)	17
2.1.5.4 Need of Support and Service Questionnaire (NSSQ)	18
2.2 Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması	19
2.2.1 Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi	20
2.2.2 Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi (Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları)	21
2.2.2.1 Geçerlik	21

2.2.2.1.1	Yüzey geçerliği	22
2.2.2.1.2	İçerik (Kapsam) Geçerliği	23
2.2.2.1.3	Ölçüt/Bağıntılı Geçerlilik	24
2.2.2.1.3.1	Yordama Geçerliği	24
2.2.2.1.3.2	Eşzaman Geçerliği	24
2.2.2.1.4	Yapı Geçerliliği	25
2.2.2.1.4.1	Hipotez Sınanması	25
2.2.2.1.4.2	Benzer – Zıt Grup Karşılaştırılması	26
2.2.2.1.4.3	Yapısal Eşitlik Modellemesi	26
2.2.2.1.4.4	Faktör Analizi	26
2.2.2.2	Güvenirlik	28
2.2.2.2.1	Bağımsız Gözlemciler Arası İç Uyum	28
2.2.2.2.2	Değişmezlik	28
2.2.2.2.2.1	Zamana Karşı Değişmezlik(Test- Tekrar Test Güvenirliği)	29
2.2.2.2.2.2	Paralel Formlar Güvenirliği	30
2.2.2.2.3	İç tutarlılık	30
2.2.2.2.3.1	İki Yarım Test Güvenirliği	30
2.2.2.2.3.2	Kuder Richardson 20 Güvenirliği	30
2.2.2.2.3.3	Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı	31
2.2.2.2.3.4	Madde-Toplam Puan Korelasyonları	31
3	GEREÇ ve YÖNTEM	32
3.1	Araştırmanın Tipi	32
3.2	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	32
3.3	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.4	Çalışma Materyali	33
3.5	Araştırmanın Değişkenleri	33
3.6	Veri Toplama Araçları	34
3.7	Araştırma Planı ve Takvimi	39
3.8	Verilerin Değerlendirilmesi	39
3.9	Araştırmanın Sınırlılıkları	40
3.10	Etik Kurul Onayı	41

4	BULGULAR	42
4.1	Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular	43
4.2	Geçerlik Analizleri Bulguları	45
4.2.1	Psikolinguistik Geçerlilik	45
4.2.2	İçerik (Kapsam) Geçerliği	45
4.2.3	Yapı Geçerliği / Faktör Analizi	49
4.2.3.1	Açıklayıcı Faktör Analizi	49
4.2.3.2	Doğrulayıcı Faktör Analizi	53
4.2.4	Yordama Geçerliği / Eş Zaman Geçerliği	57
4.3	Güvenirlik Analizleri Bulguları	60
4.3.1	Bağımsız Gözlemciler Arası İç Uyum	60
4.3.2	Test Tekrar Test Güvenirliği	61
4.3.3	Paralel Form Güvenirliği	65
5	TARTIŞMA	67
5.1	CGD Kısa ve Öz Bildirim Formu Geçerlik Analizleri Bulgularının İncelenmesi	68
5.1.1	CGD Kısa Formu ve Öz Bildirim Formu Kapsam Geçerliğinin İncelenmesi	68
5.1.2	CGD Kısa Formu ve Öz Bildirim Formu Yapı Geçerliğinin İncelenmesi	69
5.1.3	CGD Kısa Formu ve Öz Bildirim Formu Eş Zaman Geçerliğinin İncelenmesi	73
5.2	CGD Kısa ve Öz Bildirim Formu Güvenirlik Analizleri Bulgularının İncelenmesi	75
5.2.1	Bağımsız Gözlemciler Arası İç Uyum Analizlerinin İncelenmesi	75
5.2.2	Test Tekrar Test Analizlerinin İncelenmesi	76
5.2.3	Paralel Form Güvenirliğinin İncelenmesi	77
6	SONUÇ VE ÖNERİLER	79
6.1	Sonuçlar	79
6.2	Öneriler	81
7	KAYNAKLAR	82
8	EKLER	89

Ek 1: Hasta Tanıtım Formu	89
Ek 2: Camberwell Gereksinim Değerlendirme – Kısa Formu (Taslak)	90
Ek 3: Camberwell Gereksinim Değerlendirme – Kısa Formu	92
Ek 4: Camberwell Gereksinim Değerlendirme – Öz Bildirim Formu	95
Ek 5: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi – Kısa Formu	97
Ek 6: Camberwell Gereksinim Değerlendirme Kısa ve Öz Bildirim Formu Kullanım İzni.....	99
Ek 7: Veri Toplama Aracının Hazırlanmasında Değerlendirmeye Katkı Veren Uzmanlar	101
Ek 8: Camberwell Gereksinim Değerlendirme Kısa Formu Gözlemci Eğitimi	102
Ek 9: Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu- Şartlı Etik Kurul Yazısı	110
Ek 10: İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma İzni	112
Ek 11: İzmir Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma İzni	113
Ek 12: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Uygulama İzni	114
Ek 13: Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu - Etik Kurul Yazısı	115
Ek 14: Bilgilendirilmiş Olur Formu (Hemşire ve Psikolog)	117
Ek 15: Bilgilendirilmiş Olur Formu (Hasta)	118
Ek 16: Araştırmacı Özgeçmişi	119

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	43
Tablo 2. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine Göre Takip Edilen Dağılımı	44
Tablo 3. Birinci Uzman Görüşü Değerlendirmesi Kapsam Geçerlik İndeksi ve Oranı	46
Tablo 4. İkinci Uzman Görüşü Değerlendirmesi Kapsam Geçerlik İndeksi ve Oranı	47
Tablo 5. CGD Kısa Formu Açıklayıcı Faktör Analizi Varsayımları	49
Tablo 6. CGD Kısa Formu Açıklayıcı Faktör Analizi Madde Faktör Yüklerinin Dağılımı	50
Tablo 7. CGD Öz Bildirim Formu Açıklayıcı Faktör Analizi Varsayımları	51
Tablo 8. CGD Öz Bildirim Formu Açıklayıcı Faktör Analizi Madde Faktör Yüklerinin Dağılımı	52
Tablo 9. Modifikasyon Öncesi ve Modifikasyon Sonrası CGD Kısa Formunun Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri	53
Tablo 10. Modifikasyon Öncesi ve Modifikasyon Sonrası CGD Öz Bildirim Formunun Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri	55
Tablo 11. DSÖ Yaşam Kalitesi ile CGD Kısa Formu Arasındaki İlişkisi	57
Tablo 12. CGD Kısa Formu Uygulamasının Araştırmacı ve Gözlemciler Arası Uyumu	60
Tablo 13. CGD Kısa Formu Test, Tekrar Test Uygulaması Maddenin Kendi Öz Maddesi Arasındaki İlişki	61
Tablo 14. CGD Kısa Formu Test, Tekrar Test Gereksinim Düzeyleri Arasındaki İlişki	62
Tablo 15. CGD Öz Bildirim Formu Test, Tekrar Test Uygulaması Maddenin Kendi Öz Maddesi Arasındaki İlişki	63
Tablo 16. CGD Öz Bildirim Formu Test, Tekrar Test Gereksinim Düzeyleri Arasındaki İlişki	64

Tablo 17. CGD Öz Bildirim Formu ve CGD Kısa Formunun Paralel Form Güvenirliği Karşılaştırması Maddenin Kendi Öz Maddesi ile İlişkisi65

Tablo 18. CGD Öz Bildirim Formu ve CGD Kısa Formunun Paralel Form Güvenirliği Gereksinim Düzeyi Değerleri66



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1: CGD Kısa Formu Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model54

Şekil 2: CGD Öz Bildirim Formu Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model56



KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

CAN: Camberwell Assessment Of Needs

CANSAS: Camberwell Assessment of Need - Short Appraisal Schedule

CANSAS-P: Patient-rated Version of the Camberwell Assessment Need Short Appraisal Schedule

CGD: Camberwell Gereksinim Değerlendirme

NCA: MRC Need for Care Assessment Schedule

INDCPR: Inventory of Needs and Demands for Community Psychiatric Rehabilitation

NSSQ: Need of Support and Service Questionnaire

KGI: Kapsam Geçerlik İndeksi

KGO: Kapsam Geçerlik Oranı

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation

SRMR: Standardized Root-Meansquare Residual

CFI: Comperative Fit İndex

NNFI: Non-normed Fit İndex

GFI: Goodness of Fit İndex

KR-20: Kuder Richardson 20

SPSS: Statistical Package for the Social Science

AMOS: Analysis of Moment Structures

İKÇÜ: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi

TEŐEKKÜR

Tez alıőmamın süresince Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde tezimi yapabilmem için tezimin konusunun oluőturulmasından tez savunmama kadar yanımda olan, beni yönlendiren ve desteklerini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Zekiye etinkaya Duman'a,

CGD Aracını kullanmam için önerileriyle beni destekleyen ve cesaretlendiren hocalarım Doç. Dr. Neslihan Günüşen ve Dr. Öğr. Üyesi Figen Şengün İnan'a,

Aracın dil ve kapsam geçerliği için görüş ve önerileriyle aracın düzenlenmesine büyük katkıları olan değerli hocalarıma,

Veri toplama sürecinde verdiği destekler için Psikolog Tuba Şahin'e, Psikolog Hülya Kırbıyıkomba'ya, Uzman Hemşire Gülçin Süğün'e, Hemşire Mehri Kulatu'ya, Hemşire Gülseren Selamanoğulları ve tüm TRSM'lerin ekiplerine,

Hayatımın her anında olduğu gibi, bu süreçte de bana yol gösteren, dinleyen ve sevgiyle destekleyen ablam Őeyma Damlarkaya Turan ile aileme,

Tüm yaőamımı paylaőtıėım, bu süreci benimle birlikte yaşayan, hayat arkadaşım, yoldaőtım, eőtım Metin Tuncer'e sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Gülsüm Zekiye Tuncer

Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Camberwell Gereksinim Değerlendirme Ölçeği Kısa Formu/Öz Bildirim Formunun Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması

Gülsüm Zekiye TUNCER

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

gulsumdamlarkaya@gmail.com

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerini değerlendirme aracı Camberwell Gereksinim Değerlendirme Ölçeği (CGD) – Kısa Formu ve Öz Bildirim Formunu Türkçeye uyarlamak, geçerlik ve güvenilirliğini test etmektir.

Yöntem: Çalışma metodolojik olarak tasarlanmıştır. Örneklem, TRSM'den takip edilen, 18-65 yaş arasında kronik ruhsal bozukluğu olan 111 birey alınmıştır. Verilerin toplanması iki görüşme ile yapılmıştır. Her iki görüşmede CGD Kısa Formu değerlendirilmiş ve katılımcı CGD Öz Bildirim Formunu tamamlamıştır. İlk görüşmede CGD Kısa Formu Gözlemci tarafından da değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesi test tekrar test, paralel form güvenilirliği, yapı geçerliği kapsamında yapılmıştır. Verilerin analizinde; sayı ve yüzde analizi, içerik geçerlik indeksi analizi, madde analizi, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, Pearson Korelasyon katsayısı, Cronbach alfa ve Kappa analizi kullanılmıştır.

Bulgular: CGD Kısa ve Öz Bildirim Formunun kapsam geçerlik indeksi 0,84 bulunmuştur. Açıklayıcı faktör analizinde CGD Kısa ve Öz Bildirim Formu KMO değeri 0,68 ile 0,65, Barlett Testi ise $\chi^2:1224,660$ ve $\chi^2:797,257$ anlamlı ve varsayıma uygun olarak bulunmuştur. CGD Kısa ve Öz Bildirim Formunun doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indekslerinin RMSEA 0,075 ve 0,054 kabul edilebilir düzeyde olduğu bulunmuştur. CGD Kısa Formunun bağımsız gözlemciler arası uyum analizi toplam gereksinimler Kappa değeri 0,621 bulunmuştur. Paralel form güvenilirliği, iki formun gereksinim düzeyleri 0,431 ve 0,936 arasında değiştiği bulunmuştur.

Sonuç: Bu sonuçlar CGD Kısa ve Öz Bildirim Formunun geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir. CGD Kısa Formunun TRSM de çalışan ruh sağlığı ekibi; CGD Öz bildirim formunun da kronik ruhsal bozukluğu olan birey tarafından kullanılması ile müdahaleleri planlamada işbirlikçi bir hizmet anlayışını oluşturmada yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Kronik Ruhsal Bozukluk, Camberwell Gereksinim Değerlendirme, Gereksinim Değerlendirme, Geçerlik ve Güvenirlik

Adaptation of the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule / Self-rated version to Turkish in Individuals with Severe Mental Disorder= Validity and Reliability Study

Gülsüm Zekiye TUNCER

Dokuz Eylül University Faculty of Nursing

gulsumdamlarkaya@gmail.com

ABSTRACT

Objective: The study aimed to adaptation of the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule / Self-rated version to Turkish and to test the validity and reliability in individuals with severe mental disorders.

Method: The study is methodologically designed. The sample was taken from 111 individuals with severe mental disorders between the ages of 18-65. The gathering of the data was done by two interviews. In both interviews, the CANSAS was evaluated by the researcher and the participant completed the CANSAS-P. In addition, the participants completed the CANSAS on both meeting. The CANSAS was also assessed by the observer at the first meeting.

Results: For the individuals with severe mental disorders, the content validity index of CANSAS and CANSAS-P was found to be 0,84. The explanatory factor analysis, the CANSAS and CANSAS-P were found to be significant respectively KMO values 0,68 and 0,65 Barlett Test, χ^2 : 1224,660 and χ^2 : 797,257. The confirmatory factor analysis of the CANSAS and CANSAS-P, the compliance indices were found to acceptable at RMSEA 0.075 and 0.054. The CANSAS compliance analysis between independent observers found a total need of Kappa value of 0.621. For parallel form reliability, two form need levels were found to between 0,431 and 0,936.

Conclusion: It was indicated that the adaptation of CANSAS and CANSAS-P to Turkish is valid and reliable in individuals with severe mental disorders. It is recommended that tools be used to assess the needs of individuals with severe mental disorders, used community-based mental health services.

Key Words: Severe Mental Disorders, Camberwell Assessment of Need, Need Assessment, Reliability and Validity

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada 17 ülkeyi kapsayan araştırmalarda son bir yılda ruhsal bozukluk varlığı % 4.5-26 arasında olduğu bulunmuştur (Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması 2017). Ülkemizde ise Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında nüfusun %18'inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği bulunmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı 1998). Ruhsal bozuklukların sık görülmelerinin yanında ciddi yeti yitimine neden olmaktadır. Özellikle toplumsal ve işlevsel yetilerde kayba yol açmaktadır. Yeti yitimi yol açan hastalıklar kapsamında ilk 20 sağlık durumunun içinde şizofreni ve bipolar ile ilişkili bozukluklar gibi kronik ruhsal bozukluklar yer almaktadır (Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması 2017). Bu durum ruh sağlığı hizmetlerinin, kronik ruhsal bozuklukların bakım ve rehabilitasyonuna yönelik olarak geliştirilmesine yönlendirmektedir.

Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerin belirlenmesi, doğru bakımın verilebilmesi için ruh sağlığı hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır (Phelan ve ark. 1995). Hastaların gereksinimlerinin sürekli ve doğru bir şekilde belirlenmesi, hastalara bütüncül bakımın verilmesini sağlamaktadır (Phelan ve ark. 1995; Hansson ve ark. 2003).

Ruh sağlığı hizmetlerinde hastaların, gereksinimlere temellendirilmiş bakım ve tedaviye katılımlarının sağlanması, bakımın niteliğini yükseltmektedir. Böylece hastaların gereksinimlerine göre şekillenen ideal bakım ve rehabilitasyon ortamı oluşmaktadır (Phelan ve ark. 1995; Hansson ve ark. 2003). Hastalarının gereksinimlerine yönelik hizmetlerin sunulabileceği en ideal ortam ise toplumun içinde konumlanan toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri olmaktadır. Bu doğrultuda gereksinimleri belirleyebilmek, toplum temelli hizmetlerinin gereksinime ve hasta özelliklerinin farklılığına dayalı olabilmesi için kritik öneme sahiptir. Ayrıca kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin gereksinimleri psikososyal bakımla belirli ölçüde değiştirilebilir. Bu nedenle gereksinimlerin belirlenmesi psikososyal bakımın sunulduğu Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin (TRSM) hizmetlerini ve müdahale programlarını oluşturmaya yol gösterici olacaktır (Wiersma 2006).

Kronik ruhsal bozukluğa sahip bireyler topluma uyumlarının sağlanması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için bütüncül bakıma gereksinim duymaktadırlar (Cleary ve ark. 2006; Joska ve Flisher 2005). Bu noktada toplum ruh sağlığı hizmetleri hastalara ulaşmada önemli bir yapıyı oluşturmaktadır. Mojtabai ve ark yaptıkları çalışmada ABD hastaların en az %40'ının ruh sağlığı hizmetlerine olan damgalama nedeniyle hayatlarının hiçbir döneminde herhangi bir sağlık bakımı ve tedavisi almadan toplumda yaşadıkları ve gereksinimleri

karşılanmadığı saptanmıştır (Mojtabai ve ark. 2009). Tedaviye kısmi uyumlu hastalar ise, hizmetleri tam alan hastalarla karşılaştırıldığında daha fazla karşılanmamış gereksinime sahip olduğu bulunmuştur (Mojtabai ve ark. 2009). Hastaların toplum içindeki gereksinimleri farklılık göstermesine rağmen (Phelan ve ark. 1995) TRSM'lerden takip edilen hastalarla yapılan dört yıllık izlem çalışmasında karşılanmayan sağlık ve sosyal gereksinimlerinde azalmanın dışında büyük bir değişim olmadığı saptanmıştır (Lasalvia 2007). Bu durum kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplumda da hastanedeki kadar önemli gereksinimleri olduklarını göstermektedir. Bu nedenle hastaların tedavilerine katılımlarının sağlanması ve destekleyici toplum tedavisi, toplum temelli bakıma eklendiğinde karşılanmayan gereksinimlerinde bir azalma olmaktadır (Torres-Gonzalez ve ark. 2014). Bir başka çalışmada toplum ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan kronik ruhsal bozukluğu olan 76 hastanın 18 ay boyunca klinik ve sosyal değişimleri incelenmiştir. Araştırmanın sonucunda psikiyatrik semptom ve gereksinimlerde azalma ve yaşam kalitesinde artma saptanmıştır (Wennström 2006). Yine toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan kronik ruhsal bozukluğa olan 171 hasta alınarak ikişer yıl arayla değerlendirildiği bir çalışmada gereksinimlerinin karşılanma oranının 10 yıl sonra arttığı görülmüştür. (Arvidsson 2008). Kapsamlı EPSILON araştırmasında günlük aktiviteler, sosyal ve yakın ilişkiler gibi psikososyal gereksinimlerin çoğunlukla karşılanmadığı bulunmuştur. (McCrone ve ark. 2001). İsveç'te kronik ruhsal bozukluğu olan 1290 hastayla yapılan bir çalışmada hastaların yarısından fazlasının günlük aktivitelerde desteğe ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir (Jansson 2005). Ayrıca hastalarda toplumda yaşayan hastalarda sıklıkla durum ve tedavi hakkında bilgi, psikotik semptomlar hakkında bilgi, günlük aktiviteleri yerine getirmede, fiziksel sağlığın korunması gibi gereksinimleri olduğu saptanmıştır (Bensgtsson-Tops ve Hansson 2003; Werner 2006).

Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimleri, hastalıklarının farklı dönemlerinde farklılıklar göstermektedir (Ochoa ve ark. 2005; Wiersma ve ark. 2006; Grinshpoon ve Ponizovsky 2008). Hastaların semptomların şiddeti hastanın gereksinimlerinde belirleyici faktörü oluşturmaktadır (Ochoa ve ark. 2005). Bu da gereksinimlerinin değerlendirmesinde süreklilik gerektiren bir durumu oluşturmaktadır. Hastaların gereksinimlerinin belirlenmesi tedavinin başarısını ve yaşam kalitesini arttırmakta (Wiersma 2006; Yeh ve ark. 2011; Fleury ve ark. 2013) hastaların sosyal fonksiyonları ve işlevselliğinin yükseltilmesi ve sürdürülmesini sağlamaktadır (McCrone ve ark. 2001). Ayrıca kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimleri belirleyen ve etkileyen faktörlerin başında çaresizlik,

sosyal bütünleşme, işlevsel beceriler ve kişilerarası ilişkiler olduğu görülmektedir (Fleury ve ark. 2013).

Tüm bu bilgiler ışığında görüldüğü gibi kronik ruhsal bozukluğu olan bireylere bütüncül bakım verebilmek, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilebilmesi için gereksinimlerin değerlendirilmesi önemli bir veri kaynağını oluşturmaktadır. Bu bireylerde gereksinimlerin değerlendirilmesi amacıyla MRC Bakım Gereksinimleri Değerlendirme Skalası (MRC Need for Care Assessment Schedule (NCA)), Camberwell Gereksinim Değerlendirme (Camberwell Assessment Of Needs Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule, Self-rated version of the Camberwell Assessment of Need (CAN, CANSAS, CANSAS-P)), Toplum Psikiyatrik Rehabilitasyonu için Gereksinim ve İstek Envanteri (Inventory of Needs and Demands for Community Psychiatric Rehabilitation (INDCPR)), Ruh Sağlığı Destek ve Hizmet Gereksinim Ölçeği (Need of Support and Service Questionnaire (NSSQ)) araçları geliştirilmiştir (Phelan ve ark. 1995; Slade ve ark. 1999; Slade ve ark 2005; Marshall ve ark. 1995; Yeh ve ark. 2011; Jansson ve ark. 2005). En yaygın olarak CAN-CANSAS-CANSAS-P ardından ikinci sırada NCA kullanılmaktadır (Joska ve Flisher 2005; Yeh ve ark. 2011). Tüm dünyada 27 dile çevrilmiş olan Camberwell Assessment of Need araçları doğru psikometrik ölçütleri bulunmakta, hasta ve profesyonellerin perspektifinden gereksinimleri geniş kapsamlı olarak değerlendirebilmektedir (McCrone ve ark. 2001). Bu araçlar kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerini belirleyerek bu doğrultuda yeterli ve doğru bakımı planlamaya yön vermektedir (McCrone ve ark. 2001; Joska ve Flisher 2005). Böylece kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerinin pratik ve sürekli olarak uygulanabilecek araçlarla belirlenmesi özellikle yeni yapılanan toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerin gereksinime ve hasta özelliklerine dayalı olmasını sağlayacaktır (Ochoa ve ark. 2005; Fleury ve ark. 2013).

Ülkemizde şizofreni hastalarının eğitim gereksinimlerini belirlemeye yönelik çalışmalar mevcuttur (Gümüş 2006). Fakat toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin merkezinde sadece şizofreni hastaları değil kronik ruhsal bozukluğu olan diğer hastalar da yer almaktadır. Bu nedenle toplum ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan ve toplumda yaşayan tüm hastaların sadece eğitim gereksinimlerinin değil tüm gereksinimlerinin kapsamlı ve çok boyutlu olarak belirlenmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak ülkemizde sağlık sistemi içinde sayıları artmaya başlayan TRSM'lerin kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerini belirlemeye yönelik bir araca ulaşılamamıştır. CANSAS ve CANSAS-P araçlarının geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması ve bu aracın ülkemize kazandırılması TRSM'lerden takip edilen hastaların gereksinimlerinin belirlenmesi ve gereksinimlere temelli hizmetlerinin

uygulanmasını sağlayacaktır (Ochoa ve ark. 2005; Wiersma 2006; Yeh ve ark. 2011; Fleury ve ark. 2013). Ayrıca bu çalışma ile hem uzmanın hem hastanın gereksinimleri değerlendireceği bir araçla; uzman ve hastanın ortak karar almaya ve bakımı birlikte planlamaya yönelik bir hizmetmodeli oluşturmada rehber olacağı düşünülmektedir.



1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerini değerlendirme aracı ‘‘Camberwell Gereksinim Değerlendirme ˆleęi – Kısa Formu (CGD Kısa Formu)’’ ve ‘‘Camberwell Gereksinim Değerlendirme ˆleęi – ˆz Bildirim Formu (CGD ˆz Bildirim Formu)’’nu Türkçeye uyarlamak geçerlik ve güvenilirliğini test etmektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Ruhsal Bozukluk

2.1.1. Kronik Ruhsal Bozukluk Tanımı

Kronik ruhsal bozukluk, bireyin biliş, duygu düzenlemesi ve davranışlarında klinik açıdan bir bozukluk olmasıyla belirgin, süreğen ve tekrarlayan alevlenmeler ile yenileyen sendromdur. Kronik ruhsal bozukluk bireylerde toplumsal ya da işlevsellik alanlarında yetersizlikler neden olmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014).

Kronik ruhsal bozukluklar içinde şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar ile iki uçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar yer almaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014). Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar kapsamının içine; şizotipal bozukluk, sanrılı bozukluk, şizofreniform bozukluk, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, psikoz bozukluğu, maddenin yol açtığı psikoz bozukluğu, tanımlanmış/tanımlanmamış şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar girmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014). İkiuçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar kapsamının içine; Bipolar I bozukluğu, bipolar II bozukluğu, siklotimi bozukluğu, maddenin yol açtığı ikiuçlu ve ilişkili bozukluk, tanımlanmış/tanımlanmamış ikiuçlu ve ilişkili bozuklukları girmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014).

Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar, genç yaşta başlayan, bireyin sosyal ilişki ve gerçeklerden uzaklaşarak kendine özgü içe kapanım dünyasında yaşadığı; düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü ağır ruhsal bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014; Öztürk 2015). İki uçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar aralıklarla depresif ve mani dönemlerinin olduğu duygudurum bozukluğudur (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014; Öztürk 2015). Her iki hastalık grubunda bireyler klinik semptomların yanı sıra bilişsel, işlevsel ve sosyal alanlarda ciddi zorluklarla karşı karşıya kalırlar. Bu sorunlar arasında bilişsel işlevsellikte azalma, eğitim ve istihdam sağlayamama; sosyal becerilerde kayıp ve sosyal ağlarda engeller, bir bakım vericiye bağımlılık; güvenli konut edinme ve sürdürme güçlükleri yer almaktadır (Öztürk 2015).

2.1.2. Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Birey ve Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastaneye yatışlarında amaç çoğunlukla akut dönem belirtilerini yatıştırmak ve ilaç tedavisini düzenlemekle sınırlı kalmaktadır. Bu bireylerin hastaneden taburcu olduktan sonra da toplum içinde tedavi, bakım ve rehabilitasyon yönünden desteklenmeleri gerekmektedir (Gümüş 2006). Hastane temelli yaklaşımda toplumsal yaşama hazırlanmadan taburcu edilen bireyler, kısa bir süre sonra yeniden hastalanmakta ve tekrar hastaneye yatırılmaktadır (Saruç ve Kaya Kılıç 2015). Bu bireylere bütüncül yaklaşımli toplum temelli bakım planı uygulanmasıyla tekrarlı yatış sayıları azalmaktadır (İçel ve ark. 2016).

Toplum temelli bakım, kronik ruhsal bozukluğu olan bireyleri bir bütün olarak değerlendirerek ekip anlayışı içinde güçlendirme ve toplumla bütünleşmesini hedef alan rehabilitasyon hizmetleri ile hastalık durumlarının değerlendirilmesi, tedavi edilmesi, izlenmesi ve hasta yakınlarına eğitim verilmesini hedeflemektedir (Sağlık Bakanlığı 2014). Böylece kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerine yönelik ilaç tedavisi, fiziksel sağlık hizmeti, psikoeğitim ve danışmalık desteği, iş-uğraş terapisi, sosyal beceri eğitimi, bireysel ve grup terapilerinden oluşan, psikososyal müdahaleleri içeren bütüncül bakım verilebilmektedir.

2.1.3. Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Gereksinimleri

Gereksinim fiziksel ve psikososyal kayıplara bağlı bakım, desteğe ve yeterli hizmete erişime ihtiyaç duymak olarak tanımlanmaktadır (Phelan ve ark. 1995, Hansson ve ark. 2003). Gereksinimlerin belirlenmesi psikiyatrik bakımın ortak amacını oluşturmaktadır (Phelan ve ark. 1995). Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimleri doğrutusunda yeterli ve etkili terapötik müdahale içerikleri oluşturulabilmektedir. Böylece bireylerin gereksinimlere göre şekillenen ideal bakım ve rehabilitasyon ortamı sağlanabilmektedir.

Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimleri sahip oldukları hastalığın doğası, bilişsel, sosyal ve işlevsel yeti yitimlerinin neden olduğu sorunlar bireysel ailesel ve toplumsal karşı karşıya kaldığı duruma göre farklılıklar göstermektedir. Bu durum bireylerin sadece var olan hastalığın dışında birbirinden farklı birçok alanda, değişik gereksinimlere sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu bireylerin gereksinimleri hastalıklarının farklı dönemlerinde farklılıklar göstermektedir (Ochoa ve ark. 2005; Grinshpoon ve Ponizovsky 2008; Wiersma ve ark. 2009). Hastalık semptomlarının şiddeti hastanın gereksinimlerinde belirleyici faktörü oluşturmaktadır (Ochoa ve ark. 2005). Bunlar toplumda yaşayan remisyondaki hastaların gereksinimlerinin farklı olabileceğinin göstergesi olmaktadır.

Kronik ruhsal bozukluğa sahip bireyler karmaşık gereksinimlerinin karşılanması, topluma uyumlarının sağlanması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için bütüncül bakıma gereksinim duymaktadırlar (Gümüş 2006). Kanada’da 18 TRSM ile yürütülen çalışmada 351 kronik ruhsal bozukluğu olan bireyin sosyodemografik, sosyoekonomik, yaşam olayları, sosyal destek ve klinik özelliklerin gereksinim algı düzeyleri ile ilişkisi incelenmiştir. Gereksinimleri belirleyen ve etkileyen faktörler olarak çaresizlik, sosyal bütünleşme, işlevsel beceriler ve kişilerarası ilişkiler bulunmuştur (Fleury ve ark. 2013). 10 İskandinav şehrinde 418 kronik ruhsal bozukluğu olan hasta ile yapılan kapsamlı bir çalışmada karşılanmamış gereksinimler kötü yaşam kalitesiyle ilişkili olarak bulunmuştur. Ayrıca hastaların yarısından fazlasının sosyal gereksinimleri karşılanmamış olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmada sosyal ve kişiler arası gereksinimlerin yüksek oranda karşılanmadığı görülmüştür. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan hastalarda psikotik semptomların ve psikolojik sıkıntı, kendi ve başkalarının güvenliği alanlarında daha az gereksinim bildirmişlerdir. Ayrıca araştırmada gereksinimlerinin büyük bir çoğunluğunun hastanın ailesi ve akrabaları tarafından karşılandığı bulunmuştur (Middelboe ve ark. 2001). Amsterdam, Kopenhag, Londra, Santander ve Verona’da yapılan kapsamlı EPSILON araştırmasında 755 kronik ruhsal bozukluğu olan hastanın gereksinimleri karşılaştırılmıştır. Londra ve Amsterdam gibi gelişmiş olan şehirlerde karşılanmayan gereksinimlerin oranı daha fazla bulunmuştur. Bunlar içerisinde en çok işsizlik, düşük gelir düzeyi ve sosyal problemleri içermektedir. Ayrıca çalışmada günlük aktiviteler, arkadaşlık ve yakın ilişkiler gibi psikososyal gereksinimlerin çoğunlukla karşılanmadığı bulunmuştur. (McCrone ve ark. 2001). Hindistan’da yapılan bir çalışmada hastaların üçte ikisinin özellikle psikotik semptom kontrolü, psikososyal stres, bilgilendirme ve ekonomik alanlardaki gereksinimleri karşılanmadığı saptanmıştır (Kulhara ve ark. 2010).

Barselona’da 219 şizofrenik bozukluğu olan hasta ile yapılan çalışmada ise sosyal etkileşim, evde bakım, semptomların verdiği rahatsızlık gibi karşılanmayan gereksinimler düşük sosyoekonomik düzey, psikotik semptom varlığı, ileri yaşla ilişkili bulunmuştur. Çalışmada şizofrenik bozukluğu olan, düşük ya da çok düşük sosyoekonomik statüleri olan ve ileri yaşta olan hastalardaki toplam gereksinim sayısı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmıştır. Daha kötü işlevsellik ve daha uzun hastalık süresi de toplam gereksinimi artırmış olsa da, bu etki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ayrıca çalışmada, düşük veya çok düşük sosyoekonomik statü, daha genç yaş, daha kötü işlevsellik ve daha uzun hastalık süresi olan hastalarda karşılanmamış gereksinimlerin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Olivas ve ark. 2013). İsveç’te 1290 kronik ruhsal bozukluğu olan hastayla yapılan bir çalışmada hastaların

yarısından fazlasının günlük aktivitelerde desteğe gereksinim duyduğu belirlenmiştir. Yalnızca psikiyatrik bakım alan grup, sosyal yardım ve hem sosyal yardım, hem psikiyatrik bakım alan gruplara göre daha az destek gereksinimi göstermiştir. Yalnızca sosyal hizmet alan grup ulaşım, telefon alanında daha fazla destek gereksinimi bildirmişlerdir. Hem sosyal hizmet hem psikiyatrik bakım alan hastalar kişiler arası ilişkiler konusunda daha fazla destek gereksinimi bildirmişlerdir. Ayrıca hem sosyal hizmet hem psikiyatrik bakım alan hastalar daha fazla karşılanmamış gereksinim belirtmişlerdir. (Joska ve Flisher 2005). İtalya'nın Verona kentinde toplumda yaşayan 268 kronik ruhsal bozukluğu olan hasta ile yapılan çalışmada erkek cinsiyet, işsiz olma, şiddetli semptomatoloji, yetersizlikler, işlevsel fonksiyonların ve yaşam kalitesi düşük olan hastaların %67'sinin gereksinimleri daha fazla oranda bulunmuştur (Ruggeri ve ark. 2004). Hastaların toplum içindeki gereksinimleri farklılık göstermesine rağmen (Phelan ve ark. 1995) toplum ruh sağlığı merkezlerinden takip edilen hastalarla yapılan 4 yıllık izlem çalışmasında karşılanmayan sağlık ve sosyal gereksinimlerinde azalmanın dışında büyük bir değişim olmadığı saptanmıştır (Lasalvia ve ark. 2007). Bu çalışmada 251 hasta alınmış ve 4 yıllık izlem araştırması sonucunda gereksinimleri değerlendirilmiştir. Çalışmada 4 yıl sonunda toplam gereksinimlerde bir değişim olmamıştır. Ancak 4 yıl içinde işlevsellikte bir düşüş ve karşılanmamış gereksinimlerde bir artış bulunmuştur (Lasalvia ve ark. 2007). Ancak kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde vaka yönetimi, destekleyici toplum tedavisi toplum temelli bakıma dahil edildiğinde karşılanmayan gereksinimlerinde bir azalma olmaktadır (Torres-Gonzalez ve ark. 2014).

Hastaların yaşadıkları ortam ve çalışma durumuna göre gereksinimleri değişmektedir. Avustralya'da hastanede yatan ve toplumda yaşayan hasta ve yakınlarının gereksinim algıları ve bakım verici yükünün incelendiği karşılaştırmalı çalışmada hastanede yatan hastaların toplumdakilere göre günlük aktiviteleri gerçekleştirme, sosyal ve yakın ilişkilerdeki gereksinimlerinin daha fazla karşılanmamış olduğu bulunmuştur (Cleary ve ark. 2006). Toplum psikiyatrik rehabilitasyon programından yararlanan 182 kronik psikiyatri hastası ve yakınıyla yapılan çalışmada yapılandırılmış gündüz hizmetleri, kulüp evi ve bakıcı desteğinin ortak gereksinim ve talebi oluşturduğu bulunmuştur. Çalışmada evli ve genç hasta yakınlarının, aktif toplum programlarına daha çok gereksinim duyduğu, daha yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların yüksek özerkliğe sahip bir kulüp evi tercih ettiği bulunmuştur (Yeh ve ark. 2011). 206 kronik ruhsal bozukluğu olan birey ile yapılan çalışmada en çok konaklama, psikotik semptomları tanıma, günlük aktiviteler ve yakın ilişkiler alanlarında daha çok desteğe gereksinim duydukları belirlenmiştir. Ayrıca araştırmada toplumda yaşayan hastaların

hastanede kalan hastalara göre durumu ve tedavisi hakkındaki gereksinimleri daha fazla karşılanmadığı bulunmuştur. Ayrıca çalışmada yaş arttıkça karşılanmamış gereksinim düzeyi arttığı saptanmıştır. Bunlara ek olarak araştırmada, erkek cinsiyet kadın cinsiyete göre daha yüksek oranda karşılanmamış gereksinim göstermiştir. Gündüz aktivitelerinde korumalı ya da normal işlerde çalışanlarda daha az karşılanmamış gereksinim saptanmıştır. Hiçbir gündüz aktivitesi olmayan hastaların psikotik belirtilerde daha fazla karşılanmamış gereksinimi bulunmuştur. Normal işyerinde çalışan hastalarda kendine yönelik güvenlik alanında daha fazla karşılanmış gereksinim bulunmuştur. Korumalı evde kalan hastalarda hastanede yatan hastalara göre durum ve tedavi hakkında bilgi alanında daha fazla karşılanmamış gereksinim bulunmuştur. Hastanede yatan hastalarda ise sosyal yardım alma durumunun karşılanmadığı bulunmuştur. (Werner 2012). Bir diğer araştırmada ise, özellikle duygusal ve sosyal destek ağlarının bu hastaların bireysel gereksinimlerini karşıladığı belirtilmektedir (Caqueo-Urizar ve ark. 2016). Özellikle kişilerarası etkileşim eksikliği gibi karşılanmamış sosyal ve iletişim gereksinimleri saldırganlık ve intihar gibi riskli davranışlara neden olmaktadır (Caqueo-Urizar ve ark. 2016). Karşılanmamış gereksinimler ve tedavi arayışını inceleyen bir çalışmada 203 kronik ruhsal hastalığı olan birey alınmış, hastalık algısı negatif olanlarda daha fazla karşılanmamış gereksinim saptanmıştır. Ayrıca negatif hastalık algısı, tedaviye uyumu zayıflattığı, tedaviden yararlanımın ve bilişsel-sosyal uyumun daha zayıf olduğu bulunmuştur. Bireysel yeteneklerin hastalık üzerinde kontrol oluşturabildiği algısı olan hastalar daha az gereksinim bildirmişlerdir (Broadbent ve ark. 2008). 73 kronik ruhsal bozukluğu olan hasta ile yapılan başka bir çalışmada karşılanmamış gereksinimlerinin fazla olması düşük yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur. Değişen karşılanmamış gereksinimler yaşam kalitesini etkilemektedir (Slade ve ark. 2005).

Toplumda yaşayan remisyondaki 150 bipolar ve 75 şizofreni hastanın gereksinimlerinin karşılaştırıldığı çalışmada şizofreni hastalarının toplam gereksinimleri ve karşılanmamış gereksinimleri daha fazla bulunmuştur. Şizofreni hastaları en çok psikotik belirtiler, sosyal ilişkiler, telefon, ulaşım ve para alanında gereksinim bildirmişlerdir (Neogi ve ark. 2016). Araştırmalarda hastalar hastalıklarının ilk ataklarında günlük aktiviteler, psikososyal stres ve sosyal etkileşim gereksinimlerinin sıklıkla karşılanmadığını belirtmektedir. Ayrıca çalışmalarda karşılanmamış ve toplam gereksinim arttıkça semptom şiddeti de artmaktadır. Semptomları dezorganize ve taşkınlık düzeyi yüksek olanlar daha fazla gereksinim bildirmişlerdir (Ochoa ve ark. 2005). Toplumda yaşayan 120 şizofreni hastası ile yapılan bir çalışmada hastaların yarısından fazlası psikotik semptomlar hakkında bilgi, günlük aktiviteleri

yerine getirmede, fiziksel sağlının korunması, hastalıklarının durumu ve tedavilerine ilişkin bilgi gereksinimi belirtmişlerdir. İşlevselliği orta düzeyde olan hastalar daha fazla gereksinim göstermiştir. Hastalar en yüksek sosyal ilişkiler, çocukların bakımı, para, alkol kullanımı, psikotik belirtiler alanlarında aile ve arkadaşlarından yardım aldıkları; psikotik belirtiler, çocukların bakımı, fiziksel sağlık, psikolojik sıkıntı, beslenme ve ulaşım alanlarında ise merkezden ve uzmanlardan yardım aldıkları bulunmuştur. Ancak hastaların durum ve tedavi hakkında bilgi almak için hiç kimseden yardım almadıkları bulunmuştur (Bensgtsson-Tops ve Hansson 2003). 293 şizofreni hastası ile yapılan bir çalışmada etnik gruplar arasında gereksinimler açısından önemli bir fark olmadığı bulunmuştur. Aynı araştırmada PANSS puanı yüksek olan hastaların gereksinimleri daha fazla bulunmuştur (Caqueo-Urizar ve ark. 2016). 300 şizofreni hastası ile yapılan bir çalışmada ise hastaların beşte dördünün gereksinimleri hastalık semptomları, yetenekleri, baş etme becerileri ve madde kullanımı faktörleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Korkeila ve ark. 2005).

Mojtabai ve ark. yaptıkları çalışmada ABD’de hastaların en az %40’ının ruh sağlığı hizmetlerine yönelik olan damgalama nedeniyle hayatlarının hiçbir döneminde herhangi bir sağlık bakımı ve tedavisi almadan toplumda yaşadıkları ve gereksinimleri karşılanmadığı saptanmıştır (Mojtabai ve ark. 2009). Tedaviye kısmi uyumlu hastalar ise, hizmetleri tam alan hastalarla karşılaştırıldığında daha fazla karşılanmamış gereksinime sahip olduğu bulunmuştur (Mojtabai ve ark. 2009). Bu noktada toplum ruh sağlığı hizmetleri hastalara ulaşmada önemli bir yapıyı oluşturmaktadır.

Kronik ruhsal bozukluğa olan 171 hasta alınarak ikişer yıl arayla değerlendirildiği bir çalışmada bireylerin gereksinimlerinin karşılanma oranının 10 yıl sonra arttığı görülmüştür. Karşılanmamış gereksinim sayısında da önemli bir düşüş görülmüştür. Bu değişimler en çok fonksiyonel yetersizliklerin iyileştirilmesi ile ilişkili bulunmuştur (Arvidsson 2008). Toplumda yaşayan 262 kronik ruhsal bozukluğu olan hasta ile yapılan araştırmada 1997 ve 1999 yılları arasında sosyal hizmetler ve psikiyatrik hizmetlerden yararlanım karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda sosyal hizmetlerde gereksinimlerinin karşılanmasında herhangi bir değişim olmazken; psikiyatri hizmetlerinde gereksinimlerin karşılanmasında bir artış saptanmıştır (Wennström 2008a). Toplum ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan 192 kronik psikiyatri hastalarının 1997 ve 2003 yılları arasında yapılan izlem çalışmasında gereksinimlerine bakılmış ve değişim olmadığı saptanmıştır (Wennström ve Wiesel 2006). Ancak fiziksel sağlık bakımı, evde bakım kendi kendine yetebilme gereksinimleri artarken öncü-uyarıcı belirtileri tanıma, günlük aktivitelerini yerine getirebilme, hastalık durumu ve tedavisi hakkında bilgilendirilme

gereksinimleri azalmıştır (Wennström ve Wiesel 2006). Toplum ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan 76 kronik ruhsal bozukluğu olan hastanın 18 ay boyunca klinik ve sosyal değişimleri incelenmiştir. Araştırmanın sonucunda psikiyatrik semptom ve gereksinimlerde azalma ve yaşam kalitesinde artma saptanmıştır. Toplum ruh sağlığı merkezindeki psikoz ekibinden sadece psikiyatrist ile etkileşimi olan hasta diğer ekip üyeleriyle etkileşimde olan hastalarla karşılaştırıldığında psikososyal fonksiyonlarda kötüleşme, semptom düzeyi, hastaneye yatış sayısı, hastanede geçirilen gün sayısının arttığı görülmüştür. Ayrıca psikiyatrik ve destekleyici hizmetlerinden yararlanan hastalarda medikal tedavilerinden daha fazla yararlanım ve memnuniyet belirtmişlerdir. (Bensgtsson-Tops ve Hansson 2003).

Roberge ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan hastaların sağlık bakımı gereksinimi ve engelleyici-kolaylaştırıcı faktörleri saptamak için kalitatif bir çalışma yapmışlardır (Roberge ve ark. 2016). Belirlenen temalarda, hasta faktörleri; ihtiyaçlar, tercihler, bakım erişimi, sağlık çalışanlarıyla iletişim olmuştur. Çalışma sonucunda hastalar, özellikle de bütüncül bakım, hizmete erişilebilme ve bakım yönetimi alanlarında sorunlar belirtmişlerdir.

2.1.4. Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Gereksinim Değerlendirilmesi ve Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımındaki Yeri

Kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerin gereksinimlerinin düzenli değerlendirmesi, uygun bakım için şarttır. Özellikle toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi için karşılanan ve karşılanmayan gereksinimlerin ölçümü önemli bir sonuç ölçütünü oluşturmaktadır. Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin doğru bir şekilde gereksinimlerinin saptanması tedavinin başarısını ve yaşam kalitesini arttırmaktadır (Ochoa ve ark. 2005, Wiersma 2006, Yeh ve ark. 2011, Fleury ve ark. 2013). Ayrıca bu belirleme sosyal bağımsızlığın ve yaşam kalitesinin başarılı bir şekilde yükseltilmesi ve sürdürülmesini sağlamaktadır (McCrone ve ark. 2001). Hastaların gereksinimlerinin bireysel olarak belirlenip, bu doğrultuda bütüncül bakım planlandığı takdirde hastalıkla baş etme ve problem çözme yetenekleri artacak, toplumda daha üretken ve kaliteli bir yaşam sürdürmeleri sağlanacaktır. Ayrıca bu bireylerin kendilerine özgü temel gereksinimlerinin saptanması bakım planının içeriğinin bütüncül olmasını sağlayacaktır (Wiersma 2006).

Toplum ruh sağlığı hemşireliğinde uygulanacak hemşirelik süreci özellikle hastaya özgü olmalıdır. Hastanın bakım gereksinimlerinin belirlenmesi doğru bakım planının oluşturulmasında kilit role sahiptir. Bireylerin ruhsal bozukluğunun süreci sonunda işlevsellik ve yeti kayıplarına

özgü yapılacak saptama doğru bakımın verilmesinde hemşirelere yol gösterecektir. Bu şekilde oluşturulacak bakım planı bireyin rehabilitasyonunda en ideal bakımı sağlayacaktır.

2.1.5. Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Gereksinim Değerlendirme Araçları

Ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi, hastalara bütüncül bakımın verilmesi için karşılanan ve karşılanmayan gereksinimlerinin ölçümü önemli bir sonuç ölçütüdür. Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerin değerlendirilmesi amacıyla kullanılan ölçekler; MRC Bakım Gereksinimleri Değerlendirme Skalası (NCA), Camberwell Gereksinim Değerlendirme (CAN, CANSAS, CANSAS-P), Toplum Psikiyatrik Rehabilitasyonu için Gereksinim ve İstek Envanteri (INDCPR), Ruh Sağlığı Destek ve Hizmet Gereksinim Ölçeği (NSSQ)'dir (Phelan ve ark. 1995; Slade ve ark. 1999; Slade ve ark 2005; Marshall ve ark. 1995; Yeh ve ark. 2011; Jansson ve ark. 2005). Bu ölçekler diğer toplumlarda kullanılmakla birlikte ülkemizde bu konuda her hangi bir çalışma yapılmamıştır. Özellikle toplum ruh sağlığı hizmetleri alanında kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların gereksinimlerin değerlendirilmesine yönelik bir ölçek bulunmamaktadır.

2.1.5.1. Kronik Ruhsal Bozukluğu olan Bireylerde Camberwell Gereksinim Değerlendirme Araçları / Camberwell Assessment of Needs (CAN, CANSAS, CANSAS-P)

Phelan ve arkadaşları tarafından 1995'te geliştirilen Camberwell Assessment of Needs (CAN) (Camberwell Gereksinim Değerlendirme (CGD)), 27 ülkede geçerlik ve güvenilirlikleri yapılan bir araçtır (<http://www.researchintorecovery.com/adultcantranslations>). Camberwell Gereksinim Değerlendirme araçları kronik ruhsal bozukluğu olan bireyler için 4 temel prensip üzerine geliştirilmiştir. Birincisi: herkesin temel gereksinimleri vardır ancak kronik ruhsal bozuklukları olan hastaların daha özel gereksinimleri vardır; ikincisi bu gereksinimler ruh sağlığı hizmetleri tarafından tanımlanamamaktadır; üçüncül olarak klinik profesyoneller tarafından uygulanması oldukça kolaydır; son olarak gereksinimler sadece profesyoneller tarafından değil hastalar tarafından da değerlendirilmelidir. Bu araç bazı kriterler üzerine dizayn edilmiştir=

- Yeterli psikometrik ölçütleri bulunur
- 30 dakikadan az sürede tamamlanabilir
- Profesyoneller için geniş kullanım alanı sağlar

- Doldurması ve öğrenmesi kolaydır.
- Hem hastaların hem uzmanların bakış açısından gereksinimlere yer verilir.
- Hem karşılanmış hem karşılanmamış gereksinimleri de ölçer.

Camberwell Gereksinim Değerlendirme (CGD) aracı kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlık ve sosyal alanda gereksinimlerini tanımlamak için 22 maddeden oluşmaktadır. Her madde bir alanı tanımlamaktadır; barınma, beslenme, evin bakımı, özbakım, gündüz aktiviteleri, fiziksel sağlık, psikotik belirtiler, durum ve tedavi hakkında bilgi, psikolojik sıkıntı, kendine yönelik güvenlik, diğerlerinin güvenliği, alkol, madde, sosyal yaşam, yakın ilişkiler, cinsel yaşam, çocukların bakımı, eğitim, telefon, ulaşım, para ve sosyal yardım ücretidir. Her maddenin hedefi, hastanın herhangi bir gereksinimi olup olmadığını ve bu gereksinimleri için yeterli yardım alıp almadığını tespit etmektir. Her madde üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, her bir alanda son bir ayda bir problem olup olmadığını sorar. Birinci bölümde her etki alanı için gereksinim yanıtları; Gereksinim yok= maddenin oluşturduğu alanda hiçbir sorunu yok, Karşılanmış gereksinim: yardım alması nedeniyle hiç veya orta dereceli problem yaşamaktadır, Karşılanmamış gereksinim: herhangi bir yardım almadan ciddi bir sorun yaşamaktadır, Bilinmiyor= bilinmiyor olarak verilmektedir (Phelan ve ark. 1995)

İkinci bölüm gereksinim alanı için son bir ay içinde görevli olmayan kişilerden alınan yardımı sorar. Üçüncü bölüm ise gereksinim alanı için görevli kişilerden gereksinim duyulan ve alınan yardımı sorar. Dördüncü bölüm, uygulayıcının gereken hizmetler hakkındaki görüşlerini ve çalışma planını gösterir (Phelan ve ark. 1995)

Slade ve arkadaşları tarafından 2000 yılında Camberwell Assessment of Need - Short Appraisal Schedule (CANSAS)/Camberwell Gereksinim Değerlendirme Kısa Formu (CGD Kısa Formu) rutin klinik ve araştırma amaçlı kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Birinci bölüm dışında ikinci, üçüncü ve dördüncü bölümler çıkarılmıştır. 22 alan her bir alanın gereksinim değerlendirmesinden oluşmaktadır. Bu durum görüşme içerisinde, gereksinimleri değerlendirmenin kısa ve pratik formunu oluşturmaktadır (Slade ve ark. 1999; Slade ve ark. 2005).

Slade ve arkadaşları tarafından 2005 yılında CANSAS aracının hastanın kendisinin anlayabileceği ve cevaplayabileceği şekilde, özbildirime dayalı olarak Patient-rated Version of the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS-P)/Camberwell Gereksinim Değerlendirme Öz Bildirim Formu (CGD Öz Bildirim Formu) geliştirilmiştir. Bu

formu hastalara bir personelin yardımı olmadan gereksinimlerini değerlendirme fırsatı vermektedir. CANSAS'tan farklı olan tek değişiklik, yanıt formatında: üç standart seçeneğe ek olarak - "Bu soruyu cevaplamak istemiyorum" - dördüncü seçenek eklenmiştir (Slade ve ark. 2005).

2.1.5.2. MRC Bakım Gereksinimleri Değerlendirme Skalası/MRC Need for Care Assessment Schedule (NCA)/ The Cardinal Needs Schedule

MRC Need for Care Assessment Schedule 1995 yılında kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların psikiyatrik ve sosyal gereksinimlerini tanılamak üzere geliştirilmiştir (Marshall ve ark. 1995). Hem hasta hem bakım verenleri değerlendirir. Aracın üç özelliği vardır= Basit ve kısa değerlendirme uygulama, hasta ve bakım verenlerden sistematik veri alınması, kısa öz bir şekilde gereksinimlerin değerlendirmesini sağlar ve 11 alandaki gereksinimleri incelemektedir. Psikotik belirtiler, fiziksel belirtiler, durgunluk, organik psikoz, tehlikeli davranışlar, kişisel hijyen, ev alışverişi, yemek pişirme, ulaşım kullanımı, eğitim, iletişim yetenekleri, para bütçelendirmesi alanlarından oluşmaktadır. Her bir alan "karşılanmış", "karşılanmamış", "gereksinim değil" ve "üstesinden gelinmiş" olarak değerlendirilmiştir. Karşılanmamış bir gereksinim, etkili bir müdahalenin sağlanmadığı bir problemin varlığı olarak tanımlanır. Aracı uygulayabilmek için kapsamlı eğitim gereklidir ve değerlendirmeyi tamamlamak için en az bir buçuk saat sürer. Daha sonra 2004 yılında Marshall ve arkadaşları tarafından bir üst versiyon olan The Cardinal Needs Schedule formuna yükseltilmiştir ve dört alan daha eklenmiştir. Psikotik belirtiler, aşırı aktiviteler, yan etkiler, tehlikeli veya yıkıcı, organik belirtiler, fiziksel hastalık, nörotik belirtiler, sosyal olarak utanç verici, ev becerileri, para ve kendi işleri, ulaşım ve aktivite, eğitim, meslek, iletişim, hijyen ve giyinme alanlarından oluşmaktadır (Marshall ve ark. 2004). Aracın test tekrar testi korelasyonu ortalama %94.1 Kappa 0.80 iken bağımsız gözlemciler arası iç uyum korelasyonu %89.2 ve Kappa 0.66 olarak bulunmuştur (Marshall ve ark. 2004).

2.1.5.3. Toplum Psikiyatrik Rehabilitasyonu için Gereksinim ve İstek Envanteri/Inventory of Needs and Demands for Community Psychiatric Rehabilitation (INDCPR)

Hastalar ve hasta yakınlarının demografik ve klinik bilgilere ek olarak, INDCPR, sekiz toplum psikiyatri rehabilitasyon programının gereksinim ve taleplerini: yapılandırılmış günlük hizmet, hizmete girme, konut rehabilitasyonu, barınma, kulüp evi, evde bakım, dinlenme servisi ve bakıcı desteği alanındaki gereksinimleri değerlendirir (Yeh ve ark. 2011). Kısaca,

yapılandırılmış günlük hizmet, profesyonellerin yönlendirdiği günlük bir aktivite programı içinde tüm hastaların günlük yaşamlarını, sosyal ve mesleki becerilerini geliştirmek için rehabilitasyon faaliyetleri alırlar. Hizmete girme, daha az aktif müdahaleler ile yapılandırılmamış günlük hizmetler sağlar ve kullanıcılar katılmakta özgürdürler. Konut rehabilitasyon programı, günlük yaşamı, sosyal ve mesleki becerileri ve toplumda bağımsız yaşamı iyileştirmeye yönelik proaktif müdahaleleri vurgularken, konaklama sadece konut hizmetini değerlendirilmektedir (Yeh ve ark. 2011).

Hastalar ve bakım verenlerin, ihtiyaç duyduklarını sağlık bakım sistemi ile var olan sağlık bakım programından yaralanımı değerlendirilmektedir. Gereksinim / talep puanları şu şekildedir= (1) puan gereksinim / talep var; (2) gereksinim / talep yok; ve (3) bilinmiyor anlamına gelmektedir. INDCPR'nin geçerlilik ve bağımsız gözlemciler arası güvenilirliği için hastalar ve bakım verenlerden veri toplanmıştır. Kappa istatistikleri ve korelasyon katsayı (ICC) güvenilirliği hesaplanmıştır. Ankette toplam 352 maddenin 325'inin (% 92.3) kappa veya ICC'nin 0.9'dan büyük olduğu bulunmuştur. Sadece yedi madde (% 2,0) 0,5 ile 0,6 arasında değişmektedir. Maddelerin geri kalanı 0.7'den 0.8'e kadar değişmiştir. Bakım verenler için yapılan ankette toplam 348 maddeden 311'i (% 89.4) kappa veya ICC'nin 0.9'dan büyük olduğunu bulmuştur. Sadece dokuz madde (% 2.6) 0,5 ile 0,6 arasında değişmektedir. Diğer maddeler 0,7 ila 0,8 arasındadır (Yeh ve ark. 2011).

2.1.5.4. Ruh Sağlığı Destek ve Hizmet Gereksinim Ölçeği/Need of Support and Service Questionnaire (NSSQ)

Demografik değişkenlere ilişkin hasta verileri ile günlük yaşam aktivitelerine destek gereksinimleri, halk sağlığı ve toplum sosyal hizmet kuruluşları tarafından sağlanan hizmetlere yönelik gereksinimlerin toplanması için bir anket geliştirilmiştir (Jansson ve ark. 2005). CGD ile benzer şekilde, maddeler daha önceki çalışmalarda belirlenen en sık bildirilen gereksinimlere dayandırılmıştır. Anket, Uppsala ilindeki psikiyatrik bakım ve sosyal hizmetlerde çalışanlarla yakın işbirliği içinde geliştirilmiştir. Öz bildirim formu, dört alanı kapsayan 33 maddeden oluşmaktadır. İlk alan sosyo-demografik bilgi ve mevcut yaşam durumudur= cinsiyet (erkek veya kadın), yaş, doğum yeri (İsveç, Kuzey ülkeleri veya Kuzey ülkeleri olmayan ülkeler), yaşanılan yer (şehir veya kırsal), mevcut konaklama (bağımsız ya da yardımcı bakım), birlikte yaşama durumu (yalnız yaşayan, ortakla birlikte yaşayan ya da anne ile birlikte yaşayan), evde yaşayan çocuklar (evet ya da hayır), eğitim düzeyi (ilkokul, ortaokul veya üniversite), gelir (maaş, rehabilitasyon ödeneği, sosyal ödenek, malulen emeklilik maaşı veya yaş emekliliği) ve çalışma (açık piyasa, korunaklı, serbest meslek, çalışma veya işsiz).

İkinci alan günlük yaşam aktivitelerinde desteğe gereksinim duyulmasıdır= kişisel hijyen, yemek hazırlama, yiyecek satın alma, temizlik ve yıkama, kıyafet satın alma, mal taşıma, ilaç alma, kişilerarası beceriler, telefon kullanma, kamu makamlarıyla iletişim kurma, toplu taşıma ve kendini taşımadır. İkinci alanın cevap kategorileri 'gereksinim yok', 'yardım gerektirmeden yönetme' ve 'bilinmiyor'dur. Üçüncü alanda yardım kategorileri ile değerlendirilmiştir; halk sağlığı ve sosyal hizmetler tarafından sağlanan hizmet gereksinimi: psikiyatrik bakım, diş bakımı, ev yardım hizmetleri, hareketlilik hizmeti, sosyal aktiviteler (başka bir yere gitmek ve başkalarıyla tanışmak), planlanmış etkinlikler (planlı sosyal aktivitelerle kıyaslandığında daha planlı ve planlı faaliyetler), iş eğitimi ve mesleki rehabilitasyon. Üçüncü alanın cevap kategorileri 'yeterli hizmet', 'yetersiz verilen hizmet' yetersiz hizmetin altında 'hizmet gereksinimi' 'hizmete gereksinim duyulmuyor" ve 'bilinmiyor'dur. Dördüncü alan: 'yaşam için bakım yardımı gereksinimi' ve 'iş gereksinimi'dır (Jansson ve ark. 2005).

2.2. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması

Ölçek ya da anket formunun bir kültür ya da dillere uygulanabilir olması için yapılan sistematik hazırlık çalışmaları kültürlerarası ölçek uyarlaması olarak adlandırılmaktadır (Erdoğan ve ark., 2015). Ölçek uyarlama çalışmaları, ölçek maddelerinin eş anlama gelip gelmediğinin karşılaştırılmasından başlayarak, ölçeğin iç yapısında ve psikometrik özelliklerinde farklılıklarının ortaya çıkaran işlemsel ve istatistiksel süreci içermektedir (Aksayan ve Gözüm 2002).

Kültürlerarası ölçek uyarlama çalışmaları; testin uyarlanmasının daha ekonomik ve hızlı olması, yeni bir test geliştirmek için sahip olunacak uzmanlık bilgisinin yetersiz olması, güvenilir bir testin uyarlanmasının yeni geliştirilecek olan teste güvenden daha fazla olması amaçlarıyla yapılmaktadır (Deniz 2007).

Kültürlerarası ölçek uyarlama çalışmalarında araştırmacının ölçeğin asıl kültürüne ve uyarlanacak kültüre hakim olan ve bu iki kültürün karşılaştırmasını yapabilecek düzeyde bilgiye sahip, olması gerekmektedir. Eğer çeviri/uyarlama farklı dile yapılacaksa, her iki dile de hakim olan, konu alanı uzmanı ve ölçek uyarlama konusunda çalışabilecek uzmanlar ile eş zamanlı çalışılması gerekmektedir (Deniz 2007). Kültürlerarası ölçek uyarlamada uyarlanan testin psikometrik özelliklerinin sağlanması gerekmektedir. Uyarlanan test asıl formunda yüksek bir güvenilirlik ve geçerliğe sahip olduğunda uyarlanan ölçeğin de bu değerlere yakın değerler vermesi beklenmektedir (Deniz 2007).

Uluslararası test komisyonu, ölçek uyarlama rehberinde uyarlamanın aşamaları yer almaktadır. Bu aşamalardan ilki yeni bir test geliştirmenin yerine var olan testin uyarlanmasına karar verilmesidir. Diğer aşamalar ise sırasıyla, ölçek sahibinden amaç belirtilerek izin alınması; çalışılacak olan kültürdeki ölçülen özelliğe ait yapının varlığı ve eşitliğinin sağlanması; dile haki olan uzman grubunun seçilmesi; testin dil çevirisi sağlandıktan sonra uzman görüşü alınması; pilot uygulamanın yapılması; pilot uygulama sonrası gerekli değişikliklerin yapılması; evren ile uygulama yapılması; asıl ve uyarlanan kültürdeki test puanlarını karşılaştırmak için uygun istatistiksel yöntemin seçilmesi; karşılaştırılan örneklemelerin eşitliğinin sağlanması; uyarlanan testin kullanıcıları için süreç hazırlamayı içeren bir el kitabının hazırlanması; kullanıcıların eğitilmesi; uyarlanan testin takip edilmesi olarak belirlenmiştir (Deniz 2007).

Ölçek uyarlama çalışmaları her bir adımı birçok işlemi gerektiren üç ana başlık altında toplanmaktadır. Bunlar; psikolinguistik özelliklerinin incelenmesi/dil uyarlaması, psikometrik özelliklerinin incelenmesi/geçerlik-güvenirlik çalışmaları, kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılmasını içermektedir (Aksayan ve Gözüm 2002; Erdoğan ve ark. 2015).

2.2.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi

Araştırmanın evrenini oluşturan bireylerin anadilinden farklı bir dilde yazılmış ölçeklerin, ilgili dile çevirisinin ve uyarlamasının yapılması gerekmektedir.

Farklı bir dile çevrilirken ölçek değişime uğramaktadır. Bu değişim kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından kaynaklanmaktadır. Farklılıkların en aza indirilmesi için çevrilen dilde gerekli dönüşümlerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi gerekmektedir (Aksayan ve Gözüm 2002; Erdoğan ve ark. 2015).

Ölçek uyarlama çalışmalarının ilk adımı yazılı iletişim kurularak, orijinal ölçeğin kullanım izninin alınmasıdır. Yazar hakları ile ilgili kurallara uyulacağı, ölçek sahibinin özel istekleri varsa bunların yerine getirileceği belirtilmelidir. Ölçeğin tam metni varsa kullanım ve değerlendirme sistemi istenmelidir. Çevrilen kültüre uyarlamada gerekebilecek küçük değişiklikler için izin istenmelidir (Aksayan ve Gözüm 2002; Erdoğan ve ark. 2015).

İkinci adım ise çevrinin yapılmasıdır. Çevirmen, her iki dili, kültürü iyi bilmeli, olabildiğince ölçek yapılarında uzman, ölçeğin nasıl kullanılabileceğini bilen ve araştırma raporunun metodolojik bölümünü yorumlayabilecek özelliklere sahip olmalıdır. Orijinal dildeki bir ölçeği hedeflenen dile çevirirken iki yaklaşım uygulanmaktadır. İlk yöntem grup çevirisi yöntemidir. Grup çevirisinde her iki dili bilen iki veya daha fazla kişi, orijinal ölçeği birlikte ya da ayrı ayrı çevirir. Bu çeviride iki şekilde uzlaşmaya varılır. Ya çevrilen versiyonda grup

üyelerince bir anlaşmaya varılır ya da bağımsız bir gözlemci en uygun versiyonu seçer. İkinci yöntem olan geri çeviri yönteminde ise en az iki bağımsız çevirmen olmalıdır. Birinci çevirmen orijinal ölçeği hedef dile, ikinci çevirmen hedeflenen dile çevrilen ölçeği orijinal dile çevirir. Araştırmacı çevirmenlere her iki dildeki özel sözcük, deyim ve anlamları vermelidir. Daha sonra iki çevirmen bir araya gelerek görüşlerini paylaşmalıdır. Çevrilen maddeler orijinal ölçekteki maddelerin anlamlarını aynen veriyor mu araştırılır (Aksayan ve Gözüm 2002; Erdoğan ve ark. 2015).

Ölçeğin çevirisinde; dilde eşdeğerlik ve kavramda eşdeğerlik olarak iki eşdeğerlik üzerinde durulmaktadır. Dilde eşdeğerlik, formda hiçbir değişiklik yapmaksızın aynen çeviriyi anlatır. Kavramsal eşdeğerlikte ise, aynı anlamın kültüre uygun farklı sözcük ve cümlelerle anlatılabilmesi söz konusudur. Kavramsal eşdeğerlikte, çevrilen versiyonu oluşturan maddelerin, orijinal ölçekteki maddelerin anlamını verip vermediği aranır. Böylelikle orijinal formda bazı değişiklikler kaçınılmazdır. Bu duruma ölçüklerin çevrildiği kültürün özelliklerine uygun olarak çevrilmesi neden olmaktadır (Aksayan ve Gözüm 2002; Erdoğan ve ark. 2015).

Ölçek uyarlamasında çevrilen ölçeğin maddelerin uygunluğu uzman görüşü ve eşdeğerlik sınanması ile yapılmaktadır. Uzman görüşünde; çevrilen versiyonun dil uygunluğu ve açıklığı uzmanlar tarafından değerlendirilir (Aksayan ve Gözüm 2002; Erdoğan ve ark. 2015).

2.2.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi (Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları)

2.2.2.1. Geçerlik

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir. Geçerlik, bir ölçme aracının kullanıldığı amaca hizmet etme derecesi olduğundan, ölçme araçlarından elde edilecek ölçümler hangi amaçla kullanılacaksa ölçme geçerliği de o amaca ve hatta uygulandığı gruba ve uygulama biçimine göre de değişebilecektir (Karakoç ve Dönmez 2014). Ölçme aracının güvenilirliği uygun yöntemle saptansa bile, güvenirliliğin ölçme aracının karalılığı ile ilgili olmasından dolayı, kullanılan ölçüm aracıyla ölçülmek istenen durumun veya maddelerin amaç doğrultusunda ölçmek isteneni doğru olarak ölçmesi belirlenemez. Bu belirleme ancak veri toplama aracının geçerlilik sınaması ile yapılır (Erdoğan ve ark. 2015). Doğrudan ölçmelerde geçerlik daha yüksek, dolaylı ölçmelerde ise daha düşük olma yönündedir (Karakoç ve Dönmez 2014).

Ölçeklerin geçerlik düzeyi, geçerlik katsayısının hesaplanmasıyla anlaşılır. Geçerlik katsayısı, ölçekten elde edilen değerlerle ölçeğin kullanım amacına göre belirlenen kriter ya da kriterler takımı arasındaki ilişki katsayısıdır ve -1.00 ile $+1.00$ arasında değerler alır. İlişki

katsayısı yüksekliği ölçeğin ölçölmek istenen duruma ölçme doğruluğu ile paraleldir. (Karakoç ve Dönmez 2014). Geçerlik katsayısının düşük bulunması, sadece ölçekten elde edilen değerlerle kriter değerleri arasındaki ilişkinin zayıflığından kaynaklanmaz, aynı zamanda elde edilen değerlerin güvenilirliklerinin tam olmayışından da kaynaklanabilir (Karakoç ve Dönmez 2014).

Geçerlik türleri ve ölçümde kullanılan yöntemler, çalışmanın niteliğine ve ölçme aracının ölçmek istediği duruma göre değişmekle birlikte yüzey içerik (kapsam) geçerliği, yapı geçerliği ve ölçüt/bağıntılı geçerlik olmak üzere 4 ana gruptan oluşur

2.2.2.1.1. Yüzey geçerliği

Bir ölçeğin araştırılan yapıyı ölçüp ölçmediğine ilişkin olarak araştırmacının kendisinin, yakın çevresindeki arkadaşlarının, araştırılan konu hakkında uzman olmayan diğer kişilerin ve pilot araştırmaya katılan cevaplayıcıların kanaat ve görüşlerinin toplanmasıyla belirlenir (Şencan 2005).

Yüzey geçerliği ilk aşamada araştırmacının kendisi tarafından yapılır. Araştırmacı, yüzey geçerliğinde başlıca iki noktaya dikkat eder. Birincisi ifadelerin ölçüm amacına uygun olmasıdır. İkincisi ise, ifadelerin aynı zamanda hedef kitledeki kişilerin eğitim, kültür ve bilgi seviyelerini zorlamamasıdır. Yüzey geçerliğinden ölçek maddesinin düzgün ve anlamlı bir şekilde ifade edilmesi, doğru terimlerin kullanılması, uygun kelimelerin seçilmesi, anlamın açık ve net olması; belirsiz, birden fazla anlama gelecek kelimelerden kaçınılması önemlidir (Şencan 2005).

Yüzey geçerliği için test ikinci aşamada araştırılan konuda uzmanlar tarafından değerlendirilir. Araştırmacı uzmanlara anlaşılmayan ifadeleri, terimleri belirlemeleri ve bunları anlaşılacak hale getirmeleri belirtilir. Üçüncü aşamada ise ölçek alanda uzman olmayan kişiler tarafından değerlendirilir. Dördüncü aşamada pilot uygulama sırasında katılımcılardan gelen görüşler değerlendirilir. Örneklemden pilot uygulama örneklemi oluşturulur. Pilot uygulamada katılımcılara ölçekteki ifadelerin anlaşılabilirlik durumu, ölçeğin uzunluğu, kolay okuma ve doldurulma durumu sorulur. Katılımcılardan alınan yanıtların analizi yapılır ve buna göre anket formunda gerekli değişikliklere gidilir (Şencan 2005).

2.2.2.1.2. İçerik (Kapsam) Geçerliği

İçerik (kapsam) geçerliği ölçüm aracının ölçmek istediği yapıyı ölçüp ölçmediğini ve ölçölmek istenen kavram dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla yapılır. Bir ölçme aracı, ölçülecek niteliklerin tamamını ölçüyorsa ya da iyi bir

örneklem üzerine ölçme yapmış ve kapsadığı her madde geçerli ölçüm yapıyorsa kapsam geçerliği var demektir. (Erdoğan ve ark. 2015).

Kültürler arası ölçek uyarlamasında içerik geçerliği için iki aşama tanımlanır= ilki, konu ile ilgili uzmanların görüşlerinin alınması, ikincisi, uzman görüşünün matematiksel analizinin yapılmasıdır (Şencan 2005; Erdoğan ve ark. 2015). Uzman değerlendirmesi, kavramsal yapıya ilişkin temel faktörleri ortaya çıkarmaya veya geliştirilen maddelerin belirli bir kavramsal veya faktöriyel yapıya uygun olup olmadığını belirlemeye yöneliktir.

İçerik değerlendirmesini yapacak olan uzmanlar dikkatli bir şekilde belirlenmelidir. İçeriği değerlendirecek kişiler ölçeğe değişik açılardan katkı sağlama imkânına sahip olmalıdırlar. Söz konusu uzman grubu en az 3 kişiden en fazla da 20 kişiden oluşur. Uzmanların öneri ve eleştirileri doğrultusunda ölçek yeniden yapılandırılır (Şencan 2005; Erdoğan ve ark. 2015). Araştırmacı, raporunda içerik geçerliğinin bu aşamasında kaç uzmandan yararlandığını, uzmanları nasıl belirlediğini, özelliklerini, kaç yıllık deneyime sahip olduklarını, uzmanlık alanlarını ve değerlendirmeyi nasıl yaptıklarını özet olarak açıklanmalıdır (Şencan 2005; Erdoğan ve ark. 2015). Uzman değerlendirme çalışmaları pilot araştırması öncesinde yapılır.

Maddelerin hem dil hem kültür eşdeğerliğini hem de içerik geçerliğini sayısal değerlerle kanıtlanması ve uzman görüşlerinin sağlıklı değerlendirilmesi için istatistiksel ve matematiksel analizlerin yapılması gerekir. Bu nedenle Lawshe İçerik Geçerlilik Oranı kullanılır. Lawshe tekniği yaklaşımı uzman gruplarının görüşlerinin elde edilmesinden sonra 3 aşamadan oluşur. Bunlar; Maddelere ilişkin kapsam geçerlik oranlarının elde edilmesi, ölçeğe ilişkin kapsam geçerlik indekslerinin elde edilmesi, kapsam geçerlik oranları/indeksi ölçütlerine göre nihai formun oluşturulmasıdır (Yurdugül 2005). Uzmanların maddelere ilişkin görüşleri toplanarak kapsam geçerlik oranları elde edilir. Kapsam geçerlik oranları (KGO), maddelere ilişkin “gerekli” görüşünü belirten uzman sayılarının, maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısına oranının 1 eksiği ile elde edilir. KGO değerlerinden pozitif olan maddeler değerlendirmeye alınır (Yurdugül 2005). Uzman sayısına ilişkin Veneziano ve Hooper’ın 1997 yılında tabloştırdığı minimum değerler, maddenin istatistiksel anlamlılığını vermektedir. Kapsam geçerlik indeksi (KGİ), maddelerin toplam KGO ortalamaları üzerinden elde edilir. Tek ya da birden fazla boyut açısından KGİ hesaplanarak ölçeğin istatistiksel anlamlılığı ölçülür (Yurdugül 2005).

2.2.2.1.3. Ölçüt/Bağıntılı Geçerlilik

Bu geçerlik türünde geçerliği sınanan ölçek puanının, ölçülen kavramı ölçen ve bilinen bazı dış ölçütlerle veya geçerliği sınanmış ölçeklerle ilişkisi aranır. Bir testin diğer bir testle elde edilen sonuçları verme yeteneğidir (Erdoğan ve ark. 2015). Ölçüt/bağıntılı geçerlikte karşılaştırma standardı olarak kullanılacak ölçüm değerlerinin belirli özelliklere sahip olması gerekir. Karşılaştırma kriterinin kendisi ve bu kriterden elde edilen puanlar geçerli olmalı; kriter puanları, araştırmacının kullanım amacına uygun olmalı; kriter puanları durumla ilgili olmalıdır (Şencan 2005).

2.2.2.1.3.1. Yordama Geçerliği

Bu geçerlik yönteminde; ölçek ile yapılan ölçme ile ölçülmeye çalışılan kavramın gerçek hayattaki yansımaları karşılaştırılır. Ölçekten elde edilen puan “yordayıcı puan” olarak adlandırılır ve bu puan ile ölçeğin ölçtüğü kavram ile ilgili oluşan gelecekteki durumlarla ilgili değerler arasındaki korelasyon katsayısı belirlenir (Erdoğan ve ark. 2015). Önce ölçme aracı uygulanır ve sonuçlar alınır. Ölçülen özelliğin belirgin olarak görülebileceği yeterli süre beklenir. Daha sonra bu özelliği ölçen veri toplama aracı uygulanır ve değerlendirilir. Yordayıcı puan ile arasındaki korelasyon değerlendirilir ve bu değer beklenen davranışı ne düzeyde yordayabildiğine bakılır (Erdoğan ve ark. 2015). Hesaplanan korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değer almaktadır. Korelasyon katsayısının değer aralıkları ise, $r < 0,2$ ise çok zayıf ilişki yada korelasyonun olmaması, 0,2-0,4 arasında ise zayıf korelasyon, 0,4-0,6 arasında ise orta şiddette korelasyon, 0,6-0,8 arasında ise yüksek korelasyon, $0,8 >$ ise çok yüksek korelasyon olarak değerlendirilmektedir (Erdoğan ve ark., 2015).

2.2.2.1.3.2. Eşzaman Geçerliği

Bu yöntemde çevirisi yapılan ölçek ile aynı amaca yönelik olarak daha önce geliştirilmiş bir başka ölçek arasındaki uyum derecesi değerlendirilir (Erdoğan ve ark. 2015). Paralel formlar uygulaması testlerin güvenilirliğine benzerlik gösterir. Farklılık, testlerin kavramsal yapıları arasındaki benzerliğin üzerinde durulmasıdır. Bu açıdan testler boyutlar arasındaki ortaya koymayı amaçlıyorsa bu yönüyle yapısal geçerliği destekleyen bir uygulama haline gelir (Şencan 2005). Çevrilen ve kullanılan ölçek aynı gruba uygulanır, eski ve yeni ölçüm aracından elde edilen puanlar arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanır. Sonuçta elde edilen korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir (Erdoğan ve ark. 2015). Bu ölçüm sonucunda yapılacak analizde eş zaman geçerliği korelasyon katsayısı en az 0,70 olmalıdır (Şencan 2005). Paralel

formlar uygulamasında araştırmacı iki test arasındaki farkın p değeri anlamlı değilse testin eş zaman geğerliğine sahip olduğu söylenir (şencan 2005).

2.2.2.1.4. Yapı Geğerliliği

Bir geçerlik türünde, doğrudan gözlenemeyen ve ölçülmesi güç olan ancak kuramsal olarak açıklanan boyutu ölçmeyi hedefleyen bir ölçü aracının, amacına ne denli ulaştığı, llmek istenen soyut kavramı veya boyutu, davranışı ne derece doğru ölçebildiği değerlendirilir (Erdoğan ve ark. 2015). Uygulamada yapısal geçerlik önce literatür çalışmasına dayalı olarak değişkenler ve faktörler arasında belirli ilişkiler kurulmasıyla başlar. Bu ilişkiler ampirik test sonuçlarıyla doğrulanması halinde ve yapısal eşitlik sağlanmış olur (şencan 2005). Yapısal geçerlik aşamaları; kuramsal alan tanımlanarak kavramsal yapılar üzerine araştırmalar yapılması, kuramsal yapıya ilişkin modeller oluşturulup kanıtlamak istenen hipoteze ilişkin ölçüm değişkenlerin modele alınması, araştırıcı faktör analizi yöntemiyle lkle ilgili kavramsal alanın aynı boyutta olduğunun kanıtlanması, kavramsal alan alt lk niteliğinde birbirinden bağımsız boyutların tanımlanması, kavramsal alanın boyutları arasındaki ilişkilerin tanımlanmasından oluşmaktadır (şencan 2005).

2.2.2.1.4.1. Hipotez sınanması

Bu geçerlik yönteminde eldeki testten çıkacak sonuçlara yönelik hipotezler geliştirilir. Araştırmacı ilgili kaynaklar ve gözlemler doğrultusunda, önceden aralarında ilişki olacağı varsayımını kurduğu ilişkilerin yönünü ve düzeyini korelasyon analiziyle değerlendirerek test eder (Erdoğan ve ark. 2015).

2.2.2.1.4.2. Benzer – zıt grup karşılaştırılması

Bu yöntemde vrilen lğin geğerliğini kanıtlamak için bir taraftan aynı veya benzer yapıları ölçen ve diğer taraftan da farklı kavramsal yapıları ölçen testleri de aynı kişilere uygulanarak elde ettiği sonuçları karşılaştırması ile yapılır (şencan 2005). lme sonucunda özelliği bilinen grup ile bilinmeyen grup arasında farklılık varyans analizi ya da t-testi ile karşılaştırılarak farklılık saptanır (Erdoğan ve ark. 2015).

2.2.2.1.4.3. Yapısal eşitlik modellemesi

Geğerliği incelenen modeldeki ilişkiler ağına yönelik literatür doğrultusunda llmek istenen kavram ve durumların test edilmesinde ve yeni modellerin geliştirilmesi sürecinde kullanılmakta olan bir yöntemdir (Dursun ve Kocagöz 2010). Yapısal eşitlik modellemesi değişkenler arasındaki nedensel ilişkilerin ve korelasyon ilişkilerinin bir arada bulunduğu

modellerin test edilmesi için kullanılan çok değişkenli bir yöntemdir (Dursun ve Kocagöz 2010). Analizlerde birinci aşama olarak önce ölçme modeli test edilerek modelde yer alan yapılara ait ölçümlerin ilgili yapıları doğru ölçüp ölçmediğine bakılır, ikinci aşamada ise yapısal modeller incelenir (Dursun ve Kocagöz 2010).

2.2.2.1.4.4. Faktör analizi

Toplam puanı dışında alt boyutları olan ölçekler için kullanılmaktadır. Her alt boyut faktör olarak adlandırılır. Ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanmayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir. Sıklıkla en fazla kullanılan yöntemdir. Faktör analizi verilen bilgilerin altında yatan teorik yapıların neler olduğunu ve bu yapıların ne dereceye kadar özgün değerleri yansıttığını belirlemek için kullanılmaktadır. Faktör analizi hem ölçeğin bütünlüğünü test eder hem de ölçülecek konunun ilişkisiz değişkenlerden arındırılmasına yardımcı olur. Faktör analizinde amaç, çok sayıdaki maddelerin daha az sayıda olan faktörlerle ifade edilmesidir. Kendi aralarında yüksek ilişki gösteren maddeler faktörleri oluşturur (Erdoğan ve ark. 2015).

Açıklayıcı faktör analizi:

Araştırmacının belirli bir hipotezi sınamak yerine, ölçme aracıyla ölçülen faktörlerin doğası hakkında bir bilgi edinmeye çalıştığı inceleme türüdür. Amaç, verilerin yapısına uygun bir modeli ortaya çıkarmaktır. Bir ölçüm aracının yapı geçerliği için yapılan açıklayıcı faktör analizinde 4 temel aşama uygulanır. (Erdoğan ve ark. 2015).

1. veri setinin faktör analizi için uygunluğu değerlendirilir. Bu amaçla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve değişkenlerin birbiriyle korelasyon gösterip göstermediklerinin sınamak için Barlett testi uygulanır. KMO değerinin 0,50'nin altında olması örneklem büyüklüğünün geçerlik analizleri için yeterli olmadığını gösterir.

2. faktörler elde edilir. Bunun için Eigenvalues istatistiği ve Scree plot grafiği çıkarılır.

3. faktörlerin rotasyonu yapılır. Bunun için Varimax rotation işlemi yapılır

4. faktörler isimlendirilir (Erdoğan ve ark. 2015).

Doğrulayıcı faktör analizi:

Araştırmacı kuramı doğrultusunda geliştirdiği bir yapıyı (hipotezi) test etmek istiyor ise kullanılan analiz türüdür. Bir ölçeğin yapı geçerliği için, doğrulayıcı faktör analizinde yapılan “uyum iyiliği istatistiklerinin” istenilen düzeyde olması gerekmektedir (Erdoğan ve ark. 2015).

Bu amaçla yapılan analizler aşağıda açıklanmıştır.

1. *Sınanan modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin anlamlı çıkması beklenir.* Ancak uygulamada genelde anlamlı çıktığı görülmektedir. Bu sonucun, bu değer örneklem büyüklüğüne karşı çok duyarlı olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir. Bu nedenle, ki-kare serbestlik derecesine bölünerek değerlendirilir ve bu değer 2 ve 2'nin altında olması modelin iyi bir model olduğunu, 5 ve 5'in altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir.

2. *Yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation):* RMSEA'nın 0.08'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin 0.05'den küçük olması uyumun iyi olduğunu, 0.10'a eşit ya da küçük olması ise uyumun zayıf olduğunu göstermektedir.

3. *Standardize ortalama hataların karekökü (SRMR – Standardized Root-Meansquare Residual):* SRMR'nin 0.10'dan küçük olması uyumun olduğunu gösterir.

4. *Karşılaştırmalı uyum iyiliği (CFI – Comperative Fit Index):* 0.90'a eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu göstermektedir.

5. *Non-normed fitindex (NNFI):* 0.90'a eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu göstermektedir.

6. *Uyum iyiliği indeksi (GFI – Goodness of Fit İndeks):* 0.90'a eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu göstermektedir (Erdoğan ve ark., 2015).

Faktör analizi sonuçlarını yapısal geçerlik olarak birçok açıdan sunulmaktadır. Tek boyutluluğu kanıtlamak için birinci faktör en az %40'ı açıklamalıdır. Çok boyutluluğu kanıtlamak için açıklanan birden çok faktörün literatür sonuçlarıyla karşılaştırılır. Boyutlar arasındaki ilişki ise faktörler arasındaki korelasyon değerleri ne kadar yüksekse hepsinin tek bir kavramsal yapıyı ölçtüğünden söz edilir. Faktöriyel yapıyı teyit etmek için doğrulayıcı faktör analizinden yararlanır (Şencan 2005).

2.2.2.2. Güvenirlilik

Güvenirlilik; değişmezliğin, yeterliliğin, eşdeğerliğin, tutarlılığın, doğruluğun ve karalığın, sağlanmasını anlatır. Ölçme aracındaki değişmezlik, tutarlık, aracın yinelemeli ölçümlerde benzer sonucu verme, doğruluğu ise gerçek ölçüm değerini belirleme yeteneği gösterir.

Güvenilir olmayan bir ölçüm aracının ya da güvenilirliği düşük olan bir ölçüm aracının bilimsel değeri de düşük olarak kabul edilmektedir (Şencan 2005).

2.2.2.2.1. Bağımsız Gözlemciler Arası İç Uyum

Bu amaçla kullanılan iki yöntem tanımlanmıştır.

Bağımsız gözlemciler arası uyum:

Verilerin gözleme dayalı olarak toplandığı ve birden çok gözlemcinin önceden eğitilerek ve birbirinden bağımsız olarak, aynı durum, aynı zamanda, aynı ölçüm aracı ile ölçüm yaptıkları yöntemidir. Ölçme aracının uygulanması ve puanlanması gözlemci becerisine dayalıysa ya da gözlemcinin yorumu gerekiyorsa, gözlemciler arası uyum güvenilirliğin hesaplanması gerekir. Bu amaçla, gözlemcilerin aynı bireye aynı ölçüm aracını uygulaması sonucunda elde edilen puanlar arasındaki uyum, istatistiksel analizlerle belirlenir (Şencan 2005).

Bağımsız gözlemciler arası uyum değerini hesaplamak için, korelasyon, t-testi, Cronbach Alpha katsayısı, ikiden fazla gözlemcinin olduğu durumlarda özel varyans çözümlenmeleri kullanılır. Şansa bağlı tutarlığın etkisini azaltmak için Cohen Kappa istatistiği kullanılır (Kılıç 2015). Landis ve Koch'un sınıflamasına göre Kappa değeri aralıkları ise; 0,01 – 0,20 önemsiz düzeyde uyum olması, 0,21 – 0,40 zayıf düzeyde uyum olması, 0,41 – 0,60 orta düzeyde uyum olması, 0,61 – 0,80 iyi düzeyde uyum olması 0,81 – 1,00 çok iyi düzeyde uyum olması anlamına gelmektedir (Kılıç 2015).

Gözlemciler içi uyum güvenilirliği:

Bu yöntemde sadece bir gözlemci vardır. Gözlemci aynı durumu farklı zamanlarda gözleyip değerlendirir ve bu sefer tek gözlemcinin gözlemleri arasındaki uyum değerlendirilir. Bu yöntemde genelde gözlenecek durum, davranış videoya kaydedilir. Daha sonra gözlemci izler ve gözlemlerini kayıt eder (Şencan 2005).

2.2.2.2.2. Değişmezlik

Bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Aynı ölçme aracı değişik zamanlarda bireylere uygulandığında, bireyin ölçme aracı maddelerine verdiği yanıtların benzer yani tutarlı olması, o ölçme aracının tutarlılığını gösterir. Değişmezlik, test tekrar test ve paralel form güvenilirliği ile saptanabilir (Şencan 2005).

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

Bu yöntemde ölçek örneklem grubuna bir kez uygulanır, daha sonra ikinci kez yine aynı örneklem grubuna tekrar uygulanır. Bir deneğin birinci ve ikinci uygulamada işaretledikleri ölçek formları eşleştirilmelidir. İstatistik programı veri girişinde, her denek için önce birinci uygulamada işaretlenen ölçek maddeleri, daha sonra ikinci uygulamada işaretlenen ölçek maddeleri aynı satıra sırasıyla kodlanır (Şencan 2005).

Aralıklı ve aralıksız olmak üzere iki uygulama yapılabilir (Şencan 2005).

Aralıklı yöntem: Bir test aynı gruba belli aralıklarla iki kez uygulanır. Bireylerin birinci uygulamadan aldıkları puanlarla ikinci uygulamadan aldıkları puanlar arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanır. Elde edilen korelasyon katsayısı testin güvenilirlik katsayısıdır

Aralıksız yöntem: Test bir gruba aralıksız ya da kısa bir dinlenmeden sonra uygulanır. Bu durumda zaman aralığı kısa olduğu ve ara verilmeden uygulandığı için aracın uygulandığı grup verdikleri cevabı hatırlayabilir. Bu nedenle iki uygulama arasındaki korelasyon katsayısı gerçeği yansıtmayabilir. Eğer deneklere bir süre sonra ulaşma olasılığı yoksa bu yöntem tercih edilebilir.

Değerlendirmede, iki uygulama puanları arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon testi ile korelasyon katsayısı (r değeri) hesaplanır. Elde edilen “r” değeri güvenilirlik derecesini belirler ve bu değerin 1’e yaklaşması ve en az 0.70’in üzerinde olması gereklidir. 0.80’in üzerinde olması en tercih edilendir (Şencan 2005; Erdoğan ve ark. 2015).

2.2.2.2.2. Paralel Formlar Güvenirliği

Alternatif ya da eşdeğer form güvenirliği olarak da adlandırılabilir. Aynı ölçeğe ait form olduğunda uygulanır. Aynı bireylere farklı oturumlarda uygulanması açısından test-tekrar test ile benzerdir. Ancak farkı, ikinci oturumda ölçeğin aynısı değil eşdeğer formun kullanılmasıdır. Birçok ölçeğin eşdeğer formu yoktur. Bu nedenle ölçeğe eş olan paralel form araştırmacılar tarafından oluşturulur. Her iki ölçek benzer amaçla hazırlanmış benzer maddeleri içerir. Ancak aynı anlamlı farklı kelimeler kullanılır. Bu yöntem, araştırmacı özellikle kullandığı testin güçlü olduğunu kanıtlamak istiyorsa tercih edilir (Şencan 2005).

Değerlendirme, iki forma ait toplam değerler arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon ile yapılır. Uygulama sonunda, her iki ölçekten ortalama ve standart sapma değerleri benzer olmalıdır (Erdoğan ve ark. 2015).

2.2.2.2.3. İç tutarlılık

Ölçeğin bütün yönlerinin, ölçme yeteneğine sahip olup olmadığını belirleyen güvenilirlik ve araştırmacıların çoğunlukla kullandığı bir ölçüttür. Tek ölçümle sonuç alındığı için aynı zamanda ekonomiktir. Bir ölçeğin, iç tutarlılık güvenilirliğine sahip olduğundan söz edilebilmek için, ölçeğin tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğünü kanıtlamak gerekir. Aynı özelliği ölçen maddelerin ayıklanması amacıyla yapılır (Şencan 2005).

2.2.2.2.3.1. İki Yarım Test Güvenirliği

Bu yöntemde ölçek gruba bir kez uygulanır ve puanlamadan önce ölçek iki yarı bölüme ayrılır. Bu ayırmada 2 yöntem kullanılabilir. En çok tercih edilen yarıya bölme yöntemi, tek numaralı soruları bir grup ve çift numaralı soruları bir grup olarak oluşturulmaktadır. Diğer yöntem ise, ölçek maddelerini ilk yarı ve ikinci yarı şeklinde bölerek yapılmasıdır. Ölçme aracının iki yarısı ayrı test olarak kabul edilerek puanlar arasındaki ilişki hesaplanır. Eğer iki ayrı soru grubu arasındaki korelasyon yüksekse yani birbirleriyle tutarlı ise, aracın bütününe birbiri ile yakından ilişkili sorulardan oluştuğu sonucuna varılır ve bu aracın iç tutarlılığı vardır demektir (Şencan 2005).

2.2.2.2.3.2. Kuder Richardson 20 Güvenirliği

Kuder Richardson tarafından geliştirilen bu formül sadece iki şıklı değişkenlere uygulanabilir. KR-20 formülüyle ilgili temel varsayım ölçüm maddelerinin sadece tek bir yapıyı ölçüyor olmasıdır. Bunun için maddelerin içerikleri benzer olmalıdır. KR-20 formülü az sayıda maddeden oluşan (10-15 madde gibi) bilgi testleri için uygulanmışsa 0,50 düşük bir değerde güvenilir kabul edilir. Ancak 50'den fazla madde içeren testin KR-20 güvenilirlik katsayısının 0,80'in üzerinde olması beklenir. Testteki madde sayısı arttıkça güvenilirlik değeri de artar. Bu nedenle bilgi testlerinde, herhangi bir konuyla veya bölümle ilgili olarak en az 10 test madde sorulması önerilir. KR-20 katsayısı nadiren negatif çıkabilmektedir. KR-20 katsayısının negatif çıkması bu ölçümle ilgili varsayımların karşılanmadığı anlamına gelir (Şencan 2005).

2.2.2.3.3. Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı

Ölçeğin her maddesinin kendi içinde aynı tutumu ölçtüğünün belirlenmesi gerekir. Bunun için en uygun yol Cronbach Alpha Güvenirlik katsayısının hesaplanmasıdır. Ölçeğin maddelerinin; doğru-yanlış, evet-hayır, var-yok gibi iki yanıtı olmadığı, 1-3, 1-4, 1-5 gibi ikiden fazla seçenikle puanlandığında ve madde yanıtları süreklilik gösteriyorsa kullanılan bir yöntemdir. Likert tipi ölçeklerin iç tutarlılığı belirlenirken sıklıkla kullanılır (Şencan 2005).

2.2.2.3.4. Madde-Toplam Puan Korelasyonları

Ölçeğin her maddesinin güvenirliliği hakkında bilgi verir. Hangi madde uygun ya da hangi maddeyi değiştirmemiz gerekir? Sorularının cevabını verir. Bu test de, her bir test maddesinin varyansı, toplam test puanının varyansı ile karşılaştırarak arasındaki ilişkiye bakılır. Her bir madde için 'r' değeri ortaya çıkar. Ölçekteki maddeler eşit ağırlıkta ve bağımsız maddeler şeklinde ise her bir madde ile toplan değerler arasındaki korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir. Eğer bir maddenin toplam maddelerle olan korelasyonu düşük ise, bu o maddenin testteki diğer maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğünü gösterir. Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi ölçütün altına düşünce, güvenirliliğinin yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart olmamakla birlikte 0,50'nin üzerinde olması gerekliliği belirtilmiştir (Şencan 2005).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi:

Bu araştırma metodolojik olarak tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırmanın literatür taraması Mayıs 2017'de başlamıştır. Araştırma Haziran 2018 Tez Savunma Sınavı ile sonlanmıştır. Araştırma bir üniversite hastanesinin ve dört kamu hastanesine bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde (TRSM) yapılmıştır. İzmir'de olan TRSM'lerin dört kamu hastanesinden ikisi Güney Bölgesi Genel Sekreterliğine ikisi Kuzey Bölgesi Genel Sekreterliğine bağlıdır. Bunlar= İzmir Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nde yer alan İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) TRSM, İzmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi TRSM'dir; İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinde yer alan İzmir Katip Çelebi Üniversitesi (İKÇÜ) Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM'dir; Ege Üniversitesi Hastanesi TRSM'dir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi/Çalışma Grupları:

Bu çalışmanın evrenini İzmir ili bir üniversite hastanesinin ve dört kamu hastanesine bağlı TRSM'den takip edilen kronik ruhsal bozukluğu olan bireyler oluşturmuştur. Pilot çalışma, çalışma evreninden alınan 10 hasta ile yapılmıştır ve bu hastalar örnekleme dahil edilmemiştir (Şencan 2005). Araştırmanın örneklem büyüklüğünü TRSM'den takip edilen kronik ruhsal bozukluğu olan bireyler arasından olasılıksız-amaçlı örnekleme yöntemi ile madde değişkeni başına 5-10-15 katılımcı yapılanmasına uygun olarak belirlenmiştir. Araç 22 maddeden oluştuğu için 5 katı olan 111 katılımcı örnekleme oluşturmuştur (Şencan 2005; Wennström 2008a; Trauer 2008). Gönüllü katılımcılara toplum ruh sağlığı merkezinde, önce araştırmanın içeriği açıklanmış, sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra görüşme yöntemi ile araçlar uygulanmıştır.

Araştırmanın evrenini oluşturan kronik ruhsal bozukluklar içinde şizofreni açılımı kapsamında ve psikoza giden diğer bozukluklar ile ikiçü (bipolar) ve ilişkili bozukluklar yer almıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014).

Örneklem seçme kriterleri;

Hastaların araştırmaya dahil edilme kriterleri;

1. 18-65 yaş aralığında kronik ruhsal bozukluğu olan birey
2. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı olması,
3. Sözel anlatılanları anlayabilmesi ve tamamlayabilmesine engel bir işitme sorununun olmaması
4. En az 6 aylık hastalık öyküsüne sahip olması,
5. Araştırmaya katılmayı kabul etmesi.

Hastaların araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

1. Araştırmaya katılmayı reddetmesi
2. Organik ya da mental bozukluğu olmaması

3.4. Çalışma Materyali:

Bu çalışmada “Hasta Bilgi Formu”, “Camberwell Gereksinim Değerlendirme Ölçeği – Kısa Formu” “Camberwell Gereksinim Değerlendirme Ölçeği – Öz Bildirim Formu”, “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Formu Türkçe Versiyonu (DSÖ Yaşam Kalitesi)” araştırmanın yazılı materyalini oluşturmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri:

Araştırma metodolojik bir çalışma olduğu için değişkenlerini hastaların birinci ve ikinci görüşmelerinden araştırmacının değerlendirmesi elde edilen CGD Kısa Formu ile birinci ve ikinci görüşmelerin sonunda hastaların öz bildirim yoluyla değerlendirdiği CGD Öz Bildirim Formu toplam, karşılanan ve karşılanmayan gereksinim toplam puanları ile DSÖ Yaşam Kalitesi ölçeğinin puanları oluşturmaktadır. Test-tekrar test yöntemi ile CGD Kısa Formu ve CGD Öz Bildirim Formu toplam, karşılanan ve karşılanmayan gereksinim puanları ilişkisel değişkenleri oluşturmaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları:

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama formların kullanılmıştır=

1. Hasta Bilgi Formu (Ek-1)
2. Camberwell Gereksinim Değerlendirme Ölçeği – Kısa Formu (Ek-3)
3. Camberwell Gereksinim Değerlendirme Ölçeği – Öz Bildirim Formu (Ek-4)
4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Formu Türkçe Versiyonu (Ek-5)

Camberwell Gereksinim Değerlendirme Ölçeği Kısa ve Öz Bildirim Formu için araç sahibi olan Prof. Mike Slade'den izin alınmıştır (Ek-6). Ardından araştırmanın yapılması için gerekli kurum ve etik izinler alındıktan sonra ölçeğin psikolinguistik özelliklerin incelenmesi için dilde eşdeğerlik ve kavramda eşdeğerlik çalışması ile çeviri, geri çeviri, uzman görüşü teknikleri ile 6 aşamalı bir yöntem kullanılmıştır. Bu aşamada kapsam geçerliği için uzmanlara gönderilmiştir (Ek-7). Uzman görüşleri alınmış ölçeklere son hali verilmiş ve uzman görüşleri tekrardan alınarak Kapsam Geçerlik İndeksi puanı hesaplanmıştır. Uzman görüşlerinin ardından düzenlenen aracın 10 hasta ile ön uygulama çalışması yapılmıştır.

TRSM'den takip edilen araştırma örneklem ölçütlerine uygun olan kronik ruhsal bozukluğu olan hastalar belirlenmiştir. Belirlenen hastalara araştırmacı kendisini tanıtmış, araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı konusunda hastaları sözel olarak bilgilendirdikten sonra hastadan sözlü ve yazılı onam almıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve onam alınan hastalara hasta tanıtıcı bilgi formu doldurulduktan sonra birinci görüşme gerçekleştirilmiştir.

Ortalama sekiz gün arayla iki görüşme yapılmıştır. Birinci görüşmenin öncesinde görüşmeye katılacak 'Gözlemciler', Araştırmacı tarafından CGD Kısa Formu Görüşmesinin yönetilmesi, maddelerin değerlendirilmesinin yapılması ve formun doldurulması için eğitim verilmiştir (Ek-8). Eğitime TRSMlerde çalışan hemşire psikolog katılmıştır. Her TRSMden 1 psikolog ya da 1 hemşire katılmıştır. Birinci görüşme bağımsız gözlemciler arası iç uyum ile güvenilirlik analizi sağlamak amacıyla yapılmıştır. Birinci görüşmeye 'Araştırmacı' ve 'Gözlemci' birlikte katılmıştır. Araştırmacı CGD Kısa Formu aracının sorularını hastaya yönelterek hastadan gelen cevaplar doğrultusunda formu doldurmuştur. Aynı anda gözlemci de araştırmacıdan bağımsız olarak CGD Kısa Formu aracını doldurmuştur. Kısa Formun değerlendirmesi için araştırmacı hastalara 22 maddeyi değerlendiren sorulara ek formda yer alan açık uçlu sorular sormuştur. Görüşmeyi yapan araştırmacı ve gözlemcinin görüşme

sırasında ve sonrasında görüş alışverişine izin verilmemiştir. Görüşme sonunda CGD Öz Bildirim Formu hastalara verilerek doldurmaları istenmiştir. Hastalar öz bildirim yoluyla bu aracı doldururken yanlış anlamaların önüne geçmek ve içerik geçerliğini sağlamak için yanında bulunulmuş, sorulan sorular açıklanmıştır.

Birinci görüşmede ayrıca CGD Kısa ve Öz Bildirim Formunun değerlendirme ve tamamlanma süreleri kaydedilmiştir. CGD Kısa Formu değerlendirme süresi ortalama $13,32 \pm 3,51$ dakika olarak kaydedilmiştir. Ek olarak CGD Kısa Formu değerlendirme süresi minimum 7, maksimum 24 dakika sürmüştür. CGD Öz Bildirim Formunun tamamlanma süresi $7,77 \pm 1,96$ dakika olarak kaydedilmiştir. Ayrıca CGD Öz Bildirim Formunun tamamlanma süresi minimum 4, maksimum 13 dakika sürmüştür.

İkinci görüşme, birinci görüşmeden ortalama $8,18 \pm 2,02$ (gün) sonra yapılmıştır. Birinci ve ikinci görüşmeler arasında minimum 5, maksimum 14 gün süre bırakılmıştır. İkinci görüşmeye gözlemci katılmamış ve yalnızca araştırmacı katılarak CGD Kısa Formu aracının sorularını hastaya yöneltip değerlendirme yapmıştır. İkinci görüşme CGD Kısa Formu ve Öz Bildirim Formunun test-tekrar test güvenilirlik çalışmasını sağlamak amacıyla yapılmıştır. İkinci görüşmede yordama geçerliliği için CGD araçları ile birlikte DSÖ Yaşam Kalitesi ölçeği uygulanarak yapılmıştır.

3.6.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin özelliklerine ilişkin bilgi edinebilmek amacıyla araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Phelan ve ark. 1995; Slade ve ark. 1999; Slade ve ark. 2005; Jansson ve ark. 2005; Yeh ve ark. 2011). düzenlenen hasta bilgi formu; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyoekonomik durumu, aile yapısı, kronik ruhsal hastalık tanısı, hastalığın süresi, hastaneye yatış sayısı, TRSM'ye geliş sıklığı, TRSM'den takip edildiği süre gibi tanıtıcı değişkenlere yönelik soruları içermektedir (Ek-1).

3.6.2. Camberwell Gereksinim Değerlendirme Ölçeği – Kısa Formu

Phelan ve arkadaşları tarafından 1995'te geliştirilen Camberwell Gereksinim Değerlendirme (CGD) 27 ülkede geçerlik ve güvenilirlikleri yapılan bir araçtır (Phelan ve ark. 1995). Slade ve arkadaşları tarafından 1999 yılında CGD Kısa Formu rutin klinik ve araştırma amaçlı kullanılmak üzere tasarlanmıştır (Slade ve ark. 1999). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlık ve sosyal alanda gereksinimlerini tanımlamak için 22 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin hedefi, hastanın herhangi bir gereksinimi olup olmadığını ve bu gereksinimleri

için yeterli yardım alıp almadığını tespit etmektir. Her bir alan için gereksinim puanı aşağıdaki gibidir=

Gereksinim yok (0)- maddenin oluşturduğu alanda hiçbir sorunu yok

Karşılanmış gereksinim (1) - yardım alması nedeniyle hiç veya orta dereceli problem yaşamaktadır.

Karşılanmamış gereksinim (2) - herhangi bir yardım almadan ciddi bir sorun yaşamaktadır.

Bilinmiyor - bilinmiyor

Hastanın gereksinimi mevcut ancak alınan yardımlar ile karşılanıyorsa hastanın gereksinimi karşılanmıştır. Herhangi bir yardımın alınıp alınmamasına bakılmaksızın, değerlendirilen alanda mevcut bir sorun varsa hastanın gereksinimi karşılanmamıştır.

Değerlendirmeler, hasta, çalışan veya bakım veren perspektiflerinden kaydedilebilmektedir. Bu perspektifler birbirlerinden farklı olabilmektedirler. Hasta gereksinimine yönelik yardımın yeterli olup olmadığı konusunda her bir değerlendirici tarafından farklılıklar mevcut olabilmektedir. Hedef, mevcut ve şiddetli olan gereksinimler ile yardım yoluyla karşılanan gereksinimler arasındaki ayrımı yapmaktır. Hasta perspektifinden kaydedilirken hastaya madde soruları yöneltilir fakat sağlık personelinin algıladığı görünüm farklı olsa dahi hasta veya bakım verenin cevabına göre kayıtlama yapılmaktadır. Sağlık personeli perspektifinden kayıt edildiğinde maddenin sorusu çalışanın kendi bakış açısına göre kayıtlanmaktadır (Slade ve ark. 1999; Andersen ve ark. 2000; Trauer ve ark. 2008).

Her bir madde yukarıda belirtilen “0”, “1”, “2” rakamları ile değerlendirilmektedir. Ancak yukarıda verilen “0”, “1”, “2” rakamlarının sayı değeri yoktur; bunun yerine “0”, “1”, “2” rakamları birer sembolü ifade etmektedir. Karşılanmış gereksinim düzeyi toplamı “1” sembollerinin toplamı ile; Karşılanmamış gereksinim düzeyi ise “2” sembollerinin toplamı ile; Toplam gereksinim düzeyi ise “1” ve “2” sembollerinin toplamı ile değerlendirilmektedir. Karşılanmış, Karşılanmamış ve Toplam gereksinim düzey puanı toplamı en düşük 0 ve en yüksek 22 puandır.

Uzmanlar tarafından belirlenen toplam gereksinim puanı test-tekrar test ve bağımsız gözlemciler arası iç uyum arasındaki korelasyon sırasıyla 0.99 ve 0.78 bulunmuştur. Her bir madde üzerinde tam korelasyon yüzdesi %81.6 (bağımsız gözlemciler arası iç uyum) ve % 100-58.1 (test tekrar test) olarak bulunmuştur (Slade ve ark. 1999). Bağımsız gözlemciler arası iç

uyum açısından Kappa katsayıları, katsayılar $\kappa=0,39$ ile $\kappa=1,00$ arasındadır. (Slade ve ark. 1999).

Slade ve arkadaşları tarafından CGD Kısa Formu için 7 faktör yapısı tanımlanmıştır (Slade ve ark. 1999). Faktör yapıları sırasıyla; birinci faktör yapısı evin bakımı, öz bakım ve para maddelerinden, ikinci faktör yapısı cinsel yaşam, yakın ilişkiler, psikolojik sıkıntı maddelerinden, üçüncü faktör yapısı alkol, ilaçlar/madde, diğerlerinin güvenliği maddelerinden ve dördüncü faktör yapısı da barınma ve beslenmeden maddelerinden oluşmaktadır (Slade ve ark. 1999) (Ek-3).

3.6.3. Camberwell Gereksinim Değerlendirme Ölçeği – Öz Bildirim Formu

Slade ve arkadaşları tarafından 2005 yılında CGD Kısa Formu aracının hastanın kendisinin anlayabileceği ve cevaplayabileceği şekilde, öz bildirim dayalı olarak CGD Öz Bildirim Formu geliştirilmiştir. Hastalara bir personelin yardımı olmadan gereksinimlerini değerlendirme fırsatı vermektedir (Slade ve ark. 2005). CGD Kısa Formundan farklı olan tek değişiklik, yanıt formatında: üç standart seçeneğe ek olarak - "Bu soruyu cevaplamak istemiyorum" - dördüncü seçenek eklenmiştir.

Her bir madde "0", "1", "2" rakamları ile değerlendirilmektedir. Ancak "0", "1", "2" rakamlarının sayı değeri yoktur; bunun yerine "0", "1", "2" rakamları birer sembolü ifade etmektedir. Karşılanmış gereksinim düzeyi toplamı "1" sembollerinin toplamı ile; Karşılanmamış gereksinim düzeyi ise "2" sembollerinin toplamı ile; Toplam gereksinim düzeyi ise "1" ve "2" sembolleri ile değerlendirilmektedir. Karşılanmış, Karşılanmamış ve Toplam gereksinim düzey puanı toplamında 0 ve 22 puan arasında değişmektedir.

Test tekrar test güvenirliğinde karşılanmış, karşılanmamış ve toplam gereksinim düzeylerinin İntraçlass Koreslasyon düzeyleri sırasıyla $r=0,36$, $r=0,81$ ve $r=0,66$ olarak bulunmuştur. CGD Kısa Formu ve Öz Bildirim Formu arasındaki karşılanmış, karşılanmamış ve toplam gereksinim düzeylerinin İntraçlass Korelasyon düzeyleri sırasıyla $r=0,59$, $r=0,65$ ve $r=0,70$ olarak bulunmuştur (Slade ve ark. 2005; Trauer ve ark. 2008) (Ek-4).

Ritsner ve arkadaşları 108 katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada CGD Öz Bildirim Formunun Faktör yapısını incelemiştir (Ritsner ve ark. 2012). Açıklayıcı faktör analizinin sonucuna göre 4 faktör yapısı tanımlanmıştır. Analiz sonucunda cinsel yaşam, gündüz aktiviteleri ve psikotik semptomlar binişik maddeler olarak bulunmuş, alkol ve para maddeleri de 0.4 ten küçük olduğu için faktör yapısına girememiştir. İlk faktör yapısı Sosyal Yetersizlik

adlandırmasıyla barınma, beslenme, evin bakımı, fiziksel sağlık, durum ve tedavi hakkında bilgi maddeleri ile negatif yapılanma göstermiştir. İkinci faktör yapısı Bilgiyi İşleme Yetersizliği adlandırmasıyla eğitim, telefon, ulaşım ve sosyal yardım ücreti, maddeleri ile negatif yapılanma göstermiştir. Üçüncü faktör yapısı ise Duyguyu İşleme Yetersizliği adıyla gündüz aktiviteleri, psikotik semptomlar, psikolojik sıkıntı, sosyal yaşam, yakın ilişkiler ve cinsel yaşamdan oluşmuştur. Dördüncü faktör yapısı Baş Etme Yetersizliği adıyla özbakım, kendine yönelik güvenlik, başkalarına yönelik güvenlik, madde ve çocukların bakımı maddelerinden oluşmuştur (Ritsner ve ark. 2012).

3.6.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Formu Türkçe Versiyonu

Araçların geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında sıklıkla yordama geçerliği için WHOQOL-BREF aracı tercih edilmiştir (Ericson ve ark. 1997; Wiersma 2006; Ritsner ve ark. 2012; Stefanatou ve ark. 2014). Ölçek Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu tarafından geliştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü dünyadaki 15 farklı merkezin yardımıyla yaşam kalitesi için WHOQOL- 100 ve WHOQOL-BREF olarak 2 ölçek geliştirmiştir (The WHOQOL Group). Ülkemizde de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eser ve ark. tarafından yapılmıştır (Eser ve ark. 1999). WHOQOLBREF; WHOQOL-100 içinden seçilen 26 soru ve 4 alanı kapsamaktadır. Türkçe versiyonu 1 ulusal soru ile 27 sorudan oluşmaktadır. Bu 4 alan Fiziksel Sağlık, Psikolojik, Sosyal İlişkiler ve Çevre olarak adlandırılan alt boyutları oluşturmaktadır. Ölçek likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. Kişinin kendi doldurduğu ölçektir. Kişinin hastalığının yarattığı somut ve fiziksel bulguları nasıl algıladığını ve yaşadığını, hastalık ile fiziksel aktivite, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu ölçmektedir. Yanıtlar hastanın yaşadıklarının şiddetini, sıklığını, yaşadıklarına ilişkin hastanın yorumunu ve kapasitesini içermektedir.

Fiziksel Sağlık alt boyutunda; gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili 7 soru, Psikolojik alt boyutunda; olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüş, kişisel inançlar ve dikkat ile ilgili 6 soru, Sosyal İlişkiler alt boyutunda diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili 3 soru; Çevre alt boyutunda ise ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, fizik çevre ve ulaşım ile ilgili 8 soru bulunmaktadır. Alan puanları, o alanı oluşturan maddelerin ortalamasının 4 ile çarpılması ile elde edilmektedir. Alan puanları 4-20 arasında değişmektedir (Ek-5).

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi:

Geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapıldığı bu araştırmanın sürecini içeren araştırma planı aşağıda yer almaktadır.

Literatür tarama, çalışma konusunun belirlenmesi (Ocak 2017 – Mayıs 2017)



Tez öneri sınavı (Temmuz 2017)



Ölçeğin sahibinden izin alınması (Temmuz 2017)



Şartlı Etik Kurul onayının alınması (Temmuz 2017 – Ağustos 2017)



Güney ve Kuzey Bölgeleri Genel Sekreterlikleri ve Hastane Başhekimliklerinden kurum izinlerinin alınması (Ağustos 2017 – Eylül 2017)



Etik kurul ve yönetim kurulu izni (Eylül 2017 – Ekim 2017)



Veri toplama ve veri analizi (Ekim 2017 – Mayıs 2018)



Rapor yazımı ve tez bitirme sınavı (Mayıs 2018 – Haziran 2018)

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi:

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Packages for the Social Sciences) 22.0 ve AMOS (Analysis of Moment Structures) paket programı kullanılmıştır. Hasta Bilgi Formunda yer alan bireylerin sosyo-demografik verileri sayı ve yüzde ile ortalama ve standart sapmaları ile verilmiştir.

Ölçeğin psikometrik özelliklerinin incelenmesi için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır= *Geçerlilik çalışması*:

İçerik/Kapsam geçerliği; Uzman görüşleri alınmış ölçeklere son hali verilmiş ve uzman görüşleri tekrardan alınarak Kapsam Geçerlik İndeksi puanı hesaplanmıştır. Ön Uygulama çalışması ile CGD Kısa Form ve Öz Bildirim Formu arasında Pearson Korelasyon Katsayı analizi yapılmış ve araçların duyarlılığı hesaplanmıştır.

Yapı Geçerliği; Faktör analizi ile sağlanmıştır. CGD Kısa Formu ve CGD Öz Bildirim Formunun Açıklayıcı Faktör Analizi ile faktör yapısı belirlenmiştir. Doğrulayıcı Faktör Analizi, RMSEA analizi ile uyum iyiliği yapılmıştır.

Eş zaman geçerliliği; İkinci görüşmede CGD Kısa Formu ve CGD Öz Bildirim Formu araçlarının DSÖ Yaşam Kalitesi ölçeği puanları arasında Pearson Korelasyon Katsayı analizi ile bakılmıştır.

Güvenirlik çalışması:

Değişmezlik; zamana karşı değişmezlik, test-tekrar test yöntemi ile CGD Kısa Formu ve CGD Öz Bildirim Formunun tekrarlayan uygulamaları arasındaki Pearson Korelasyon Katsayısına bakılmıştır.

Bağımsız gözlemciler arası güvenilirlik; CGD Kısa Formunun bağımsız gözlemciler arası iç uyum için Cohen Kappa istatistiği kullanılmıştır.

Paralel form güvenilirliği: CGD Kısa Formu ve CGD Öz Bildirim Formu arasında Pearson Korelasyon Katsayı istatistiği kullanılmıştır.

Önemlilik düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları:

CGD Kısa Formu TRSM'lerde vaka yöneticileri tarafından değerlendirilmesi önerilen (Torres-Gonzalez ve ark. 2014) bir aracı oluşturmasına rağmen geçerlik ve güvenilirlik testlerinden çalışmasının kontrolünü zorlaştırması nedeniyle araştırmacı tarafından değerlendirilmesi çalışmasının sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3.10. Etik Kurul Onayı:

Araştırmanın gerekli kurum izinlerinin alınması için öncelikle Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Şartlı Etik Kurul Onayı alınmıştır (Ek-9). Ardından İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM ve Başhekimliğinden, İzmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi TRSM ve Başhekimliğinden alınan izinle İzmir Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden; İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM ve Başhekimliğinden, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM ve Başhekimliğinden alınan izinle İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden; Ege Üniversitesi Hastanesi TRSM ve Başhekimliğinden izin alınmıştır (Ek-10, Ek-11, Ek-12). Kurum izinleri tamamlandıktan sonra Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, Etik Kurul Onayı alınmış ve izin süreci tamamlanmıştır (Ek-13). Araştırmanın veri toplama sürecinde ise Gözlemci olan Hemşire ve Psikologlar ile katılımcıların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-14, Ek-15).

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular üç başlık altında incelenmiştir.

4.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

4.2. Geçerlik Analizleri Bulguları

4.3. Güvenirlik Analizleri Bulguları



4.1. Sosyo-demografik özelliklere ilişkin bulgular

Tablo 1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=111)

Sosyo-demografik özellikler	$\bar{X} \pm SS$	min-max
Yaş	41,35 \pm 1,01	20-65
Hastalık süresi	13,01 \pm 0,75	2-36/yıl
TRSM'den takip edildiği süre	28,80 \pm 1,56	12-60/ay
	N	%
Cinsiyet		
Kadın	34	30,6
Erkek	77	69,4
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	2	1,8
İlköğretim	45	40,5
Ortaöğretim	36	32,4
Yükseköğretim	28	25,2
Çalışma durumu		
Çalışıyor	8	7,2
Çalışmıyor	97	87,4
Yarı zamanlı çalışıyor	6	5,4
Gelir durumu		
Gelir giderden az	51	45,9
Gelir giderden dengeli	52	46,8
Gelir giderden fazla	8	7,2
Aile yapısı		
Geniş aile	16	14,4
Çekirdek aile	71	64,0
Diğer aile tipleri	24	21,6
TRSM'ye geliş sıklığı		
Her gün	36	32,4
Haftada en az 1 gün	44	39,6
Haftada en fazla 1 gün	10	9,0
Ayda 1 ve daha az	21	18,9

Hastalık tanısı		
Şizofreni ile ilişkili bozukluklar	77	69,4
Bipolar bozukluk ile ilişkili bozukluklar	34	30,6
Toplam	111	

Tablo 1’de Toplum Ruh Sağlığı Merkeziden takip edilen bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerin %69,4’ü erkek, %30,6’sını kadın hasta oluşturmuştur. Bireylerin %40,5’ini ilköğretimi tamamlamış hastalar oluştururken %1,8’ini okur yazar olmayan hastalardır. Bireylerin %87,4’ü çalışmıyorken %7,2’si çalışan, %5,4’ü ise yarı zamanlı işlerde çalışıyordu. Gelir gider durumu dengeli olan hastalar %46,8 iken, geliri giderden az olan hastalar %7,2’dir. Bireylerin aile yapısını %64,0 ile çekirdek aile yapısı oluşturmaktadır. Bireylerin %39,6’sı TRSM’ye haftada en az bir gün gelmekteyken, %9,0’u haftada en fazla bir gün TRSM’ye gelmektedir. Bireylerin hastalık tanılarını ise %69,4’ünü şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar, %30,6’sını ikiçü (bipolar) ve ilişkili bozukluklar oluşturmaktadır.

Tablo 2: Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine Göre Takip Edilen Hastaların Dağılımı (n=111)

	TRSM’den alınan birey sayısı n (%)	TRSM’den takip edilen toplam hasta sayısı
Bozyaka EAH TRSM	20 (18,0)	245
İKÇÜ Atatürk EAH TRSM	27 (24,3)	314
Tepecik EAH Konak TRSM	16 (14,4)	107
Ege Üniversitesi Hastanesi TRSM	34 (30,6)	621
Buca Seyfi Demirsoy DH TRSM	13 (11,7)	238

Tablo 2’de ise araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerin bağlı oldukları ve takip edildikleri Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine göre dağılımları yer almaktadır. Bireylerin %30,6’sı Ege Üniversitesi Hastanesi TRSM’den, %24,3’ü İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi TRSM’den, %18,0’i Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi TRSM’den, %14,4’ü Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Konak TRSM’den, %11,7 Buca Seyfi Demirsoy Devlete Hastanesi TRSM’den katılmıştır.

4.2. Geçerlik Analizlerinin Bulguları

4.2.1. Psikolinguistik Geçerlik

Aracın psikolinguistik geçerlilik; İngilizce'den Türkçe'ye çeviri, Türkçe'den İngilizceye geri çeviri olarak yapılmıştır. Aracın orijinal dili İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmesi için Psikiyatri alanında uzman ve her iki dile de hakim 5 akademisyene gönderilmiştir. Gelen çeviri formları her iki dili de bilen bir akademisyen ile çeviri formlarından en uygun olanı seçilmiştir. Aracın seçilen formu İngilizce alanında uzman bir akademisyen tarafından aracın orijinal dili olan İngilizceye geri çevirisi yapılmıştır. Geri çevirisi yapılan araç ölçek sahibine gönderilerek ölçek sahibinin onayı alınmıştır. Onayı alınan ölçek için kapsam geçerliği sürecine geçilmiştir.

4.2.2. İçerik (Kapsam) Geçerliği

Psikolinguistik geçerliği sağlanan CGD Kısa ve Öz Bildirim Formunun kapsam geçerliği için Kapsam Geçerlik İndeksi(KGO) analizi Lawshe Tekniği kullanılmıştır. Bu teknik ile Psikiyatri Hemşireliği alanında donanım ve bilgiye sahip 9 uzman tarafından değerlendirilmiştir. Uzmanlar aracı değerlendirilmesi için 3'lü decerlendirme seçilmiştir. Uzmanlara yönelik formda decerlendirmeler "Madde Gerekli", "Madde Yararlı Ancak Yeterli Değil" ve "Madde Gereksiz" olarak değerlendirilmiştir. İkinci aşamada değerlendirmeler bir formda toplanarak maddelere ilişkin kapsam geçerlik oranları bulunmuştur. Kapsam Geçerlik Oranları(KGO), her bir madde için gerekli yanıtını vermiş olan uzman sayısının toplam uzman sayısının yarısının oranının bir eksiği olarak bulunmuştur. Daha sonra araca ilişkin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) ve Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) bulunmuştur. Aracın KGİ değeri 0,95 olarak 9 uzman sayısında değer olarak verilen Kapsam Geçerlik Ölçütü 0,75'den büyük ve anlamlı olarak bulunmuştur (Tablo 3). Ancak uzmanlardan, açık uçlu olan sorularda değerlendirmeyi yapan araştırmacıyı yönlendirmek amacıyla alt soruların olması yönünde görüş gelmesi nedeniyle aracın uzun formu olan Camberwell Assessment of Needs (Camberwell Gereksinim Değerlendirme) aracının alt soruları parantez içinde eklenmiş ve ikinci uzman görüşü için uzmanlara tekrar gönderilmiştir.

Tablo 3: Birinci Uzman Görüşü Değerlendirmesine Göre Kapsam Geçerlik İndeksi ve Oranlarının Dağılımı

	Madde Uygun	Madde Uygun Ancak Yetersiz	Madde Gereksiz	Kapsam Geçerlik Oranı (KGO)
1. Barınma / Konaklama	9	-	-	1,00
2. Beslenme	7	2	-	0,55
3. Evine bakma	8	1	-	0,77
4. Özbakım	8	1	-	0,77
5. Gündüz aktiviteleri	8	1	-	0,77
6. Fiziksel sağlık	7	2	-	0,55
7. Psikotik belirtiler	9	-	-	1,00
8. Durum tedavi hakkında bilgi	8	1	-	0,77
9. Psikolojik sıkıntı	8	1	-	0,77
10. Kendine yönelik güvenlik	8	1	-	0,77
11. Diğerlerinin güvenliği	9	-	-	1,00
12. Alkol	7	2	-	0,77
13. İlaçlar/Madde	8	1	-	0,77
14. Sosyal yaşam	7	2	-	0,55
15. Yakın ilişkiler	9	-	-	1,00
16. Cinsel yaşam	8	1	-	0,77
17. Çocukların bakımı	9	-	-	1,00
18. Eğitim	9	-	-	1,00
19. Telefon	9	-	-	1,00

20. Ulaşım	8	1	-	0,77
21. Para	6	3	-	0,33
22. Sosyal yardım ücreti	7	2	-	0,55
Kapsam Geçerlik İndeksi : 0,95, p<0,05				

Tablo 4: İkinci Uzman Görüşü Değerlendirmesine Göre Kapsam Geçerlik İndeksi ve Oranlarının Dağılımı

	Madde Uygun	Madde Uygun Ancak Yetersiz	Madde Gereksiz	Kapsam Geçerlik Oranı (KGO)
1. Barınma / Konaklama	12	2	-	0,71
2. Beslenme	12	2	-	0,71
3. Evine bakma	13	1	-	0,85
4. Özbakım	11	3	-	0,57
5. Gündüz aktiviteleri	13	1	-	0,85
6. Fiziksel sağlık	11	3	-	0,57
7. Psikotik belirtiler	12	2	-	0,71
8. Durum tedavi hakkında bilgi	14	-	-	1,00
9. Psikolojik sıkıntı	12	1	1	0,71
10. Kendine yönelik güvenlik	13	1	-	0,85
11. Diğerlerinin güvenliği	14	-	-	1,00
12. Alkol	13	1	-	0,85
13. İlaçlar/Madde	14	-	-	1,00

14. Sosyal yaşam	13	1	-	0,85
15. Yakın ilişkiler	14	-	-	1,00
16. Cinsel yaşam	12	2	-	0,71
17. Çocukların bakımı	13	1	-	0,85
18. Eğitim	12	2	-	0,71
19. Telefon	13	1	-	0,85
20. Ulaşım	13	1	-	0,85
21. Para	12	2	-	0,71
22. Sosyal yardım ücreti	12	2	-	0,71
Kapsam Geçerlik İndeksi : 0,84, p<0,05				

İkinci uzman görüşü için araç psikiyatri hemşireliği alanında donanım ve bilgiye sahip 14 uzman tarafından değerlendirilmiştir. Aracın KGİ değeri 0,84 olarak 14 uzman sayısına göre değer olarak belirlenen Kapsam Geçerlik Ölçütü 0,51'den büyük ve anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Veneziano ve Hooper, 1997). KGO ve KGİ lere göre nihai form oluşturulmuştur (Tablo 4).

Araçların ön uygulaması 10 hasta ile yapılmıştır. Alınan 10 hasta araştırmanın örnekleme dahil edilmemiştir. Ön uygulamada CGD Kısa Formu için uzman ve hasta değerlendirmeleri ayrı ayrı görüşme sırasında forma kaydedilmiştir. Ayrıca görüşme sonunda CGD Öz Bildirim Formu hasta tarafından doldurulmuştur. Ön uygulamadan elde edilen verilere Spearman Korelasyon Katsayıları analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda, CGD Kısa Formunun uzman değerlendirmesi ile CGD Öz Bildirim Formu toplam, karşılanmış ve karşılanmamış gereksinim korelasyon katsayıları sırasıyla; $r=0,946$, $r=0,781$, $r=0,315$ olarak bulunmuştur ($p=0,000$). CGD Kısa Formunun hasta değerlendirmesi ile CGD Öz Bildirim Formu toplam, karşılanmış ve karşılanmamış gereksinim korelasyon katsayıları sırasıyla; $r=0,983$, $r=0,996$, $r=0,981$ olarak bulunmuştur ($p=0,000$). CGD Kısa Formunun hasta değerlendirmesi ile CGD Öz Bildirim Formu arasında 18 gereksinim alanının korelasyon katsayısı $r=1,000$ olarak mükemmel uyum göstermiştir.

4.2.3. Yapı Geçerliliği / Faktör Analizi

4.2.3.1. Açıklayıcı Faktör Analizi

Açıklayıcı faktör analizi ile CGD Kısa Formu ve Öz Bildirim Formunun faktör yapısı incelenmiştir. Faktörler için temel bileşenlerin analizi ile varimax rotasyon yöntemi uygulanmıştır. Her iki formunda faktör analizine uygunluğu için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett Testi varsayımları tamamlanmıştır. Toplam varyans özdeğer ve faktör yapıları incelenmiştir.

Tablo 5: CGD Kısa Formu Açıklayıcı Faktör Analizi Varsayımları

Faktör yapısı	Özdeğeri	Açıklanan varyansı (%)
1	4,48	20,38
2	3,16	14,39
3	2,57	11,71
4	2,13	9,72
5	1,71	7,81
6	1,19	5,44
7	1,08	4,95
Açıklanan Toplam Varyans: 74,41		

CGD Kısa Formu'nun açıklayıcı faktör analizi KMO katsayısı 0.68, Barlett Testi ise ; χ^2 :1224,660 ve $p=0,000$ ile anlamlı ve varsayıma uygun olarak bulunmuştur. Varsayımlar tamamlandıktan sonra özdeğeri birin üzerinde toplam varyansın %74,41'ini açıklayan 7 faktör yapısı bulunmuştur. Birinci faktörün özdeğeri 4,48, ikinci faktörün özdeğeri 3,16, üçüncü faktörün özdeğeri 2,57, dördüncü faktörün özdeğeri 2,13, beşinci faktörün özdeğeri 1,71, altıncı faktörün özdeğeri 1,19, yedinci faktörün özdeğeri 1,08 olarak bulunmuştur. Birinci faktörün açıklanan varyansı 20,38, ikinci faktörün açıklanan varyansı 14,39, üçüncü faktörün açıklanan varyansı 11,71, dördüncü faktörün açıklanan varyansı 9,72, beşinci faktörün açıklanan varyansı 7,81, altıncı faktörün açıklanan varyansı 5,44, yedinci faktörün açıklanan varyansı 4,95 olarak bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 6: CGD Kısa Formu Açıklayıcı Faktör Analizi Madde Faktör Yüklerinin Dağılımı

Faktör adı	Maddeler	1	2	3	4	5	6	7
Günlük Yaşam Becerileri	3.Evine bakma	,888						
	4.Özbakım	,865						
	2.Beslenme	,812						
	21.Para	,670					,572	
	6.Fiziksel sağlık	,547						,476
Bilgi Becerileri	18.Eğitim		,907					
	19.Telefon		,884					
	20.Ulaşım		,874					
	1.Barınma		,590					,447
İlişkiler	15.Yakın ilişkiler			,818				
	16.Cinsel yaşam			,794				
	14.Sosyal yaşam			,757				
	5.Gündüz aktiviteleri			,752				
	17.Çocukların bakımı			,459				,516
Güvenlik	11.Diğerlerinin güvenliği				,824			
	10.Kendine yönelik güvenlik				,822			,328
	13.İlaçlar/Madde				,764			
	12.Alkol				,663		,319	,494
Psikolojik Başetme	9.Psikolojik sıkıntı					,888		
	8.Durum ve tedavi hakkında bilgi					,856		
	7.Psikotik belirtiler					,811		
	22.Sosyal yardım ücreti						,894	

Varimax rotasyonunda bu yedi faktör yapısı belirlenmiştir. Beş faktör yapısı sırasıyla; Günlük Yaşam Becerileri, Bilgi Becerileri, İlişkiler, Güvenlik ve Psikolojik Başetme olarak adlandırılmıştır. Günlük Yaşam Becerileri faktörünün maddelerinin faktör yükleri sırasıyla evine bakma 0,88, özbakım 0,86, beslenme 0,81, para 0,67, fiziksel sağlık 0,54 olarak bulunmuştur. Bilgi Becerileri faktörünün maddelerinin faktör yükleri ise sırasıyla; eğitim 0,90, telefon 0,88, ulaşım 0,87, barınma 0,59 olarak bulunmuştur. İlişkiler faktörünün maddelerinin faktör yükleri ise sırasıyla; yakın ilişkiler 0,81, cinsel yaşam 0,79, sosyal yaşam 0,75, gündüz aktiviteleri 0,75, çocukların bakımı 0,45 olarak bulunmuştur. Güvenlik faktörünün maddelerinin faktör yükleri ise sırasıyla; diğerlerinin güvenliği 0,82, kendine yönelik güvenlik 0,82 madde 0,76 ve alkol 0.66 olarak bulunmuştur. Psikolojik Başetme faktörünün maddelerinin faktör yükleri ise sırasıyla; psikolojik sıkıntı 0,88, durum ve tedavi hakkında bilgi 0,85, psikotik

belirtiler 0,81 olarak bulunmuştur. Sosyal yardım ücreti ise varsayımlara uymaması nedeniyle faktör yapılarının içine girememiştir (Tablo 6).

Tablo 7: CGD Öz Bildirim Formu Açıklayıcı Faktör Analizi Varsayımları

Faktör yapısı	Özdeğeri	Açıklanan varyansı (%)
1	4,61	20,95
2	2,51	11,44
3	1,76	8,00
4	1,55	7,08
5	1,45	6,61
6	1,33	6,06
7	1,14	5,22
8	1,04	4,75
Açıklanan Toplam Varyans: 70,14		

CGD Öz Bildirim Formu'nun açıklayıcı faktör analizi KMO katsayısı 0.65, Barlett Testi ise, $\chi^2:797,257$ ve $p=0,000$ ile anlamlı ve varsayıma uygun olarak bulunmuştur. Varsayımlar tamamlandıktan sonra özdeğeri birin üzerinde toplam varyansın %70,14'ünü açıklayan 8 faktör yapısı bulunmuştur. Birinci faktörün özdeğeri 4,61, ikinci faktörün özdeğeri 2,51, üçüncü faktörün özdeğeri 1,76, dördüncü faktörün özdeğeri 1,55, beşinci faktörün özdeğeri 1,45, altıncı faktörün özdeğeri 1,33, yedinci faktörün özdeğeri 1,14, sekizinci faktörün özdeğeri 1,04 olarak bulunmuştur. Birinci faktörün açıklanan varyansı 20,95, ikinci faktörün açıklanan varyansı 11,44, üçüncü faktörün açıklanan varyansı 8,07, dördüncü faktörün açıklanan varyansı 7,08, beşinci faktörün açıklanan varyansı 6,61, altıncı faktörün açıklanan varyansı 6,06, yedinci faktörün açıklanan varyansı 5,22, sekizinci faktörün açıklanan varyansı 4,75 olarak bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 8: CGD Öz Bildirim Formu Açıklayıcı Faktör Analizi Madde Faktör Yükleri Dağılımı

Faktör adı	Maddeler	1	2	3	4	5	6	7	8
Kendine Bakabilme	2.beslenme	,793							
	3. evine bakma	,777							
	4. özbakım	,700							
Yaşam Becerileri	18. eğitim		,871						
	20. ulaşım		,858						
	19. telefon		,850						
Kişilerarası İlişkiler	14. sosyal yaşam			,754					
	15. yakın ilişkiler			,710					
	16. cinsel yaşam			,661					
	5. gündüz aktiviteleri	,363		,653					
Psikolojik Sağlık	7. psikotik belirtiler	,350			,729				
	9. psikolojik sıkıntı				,716				
	6. fiziksel sağlık				,543			,438	
	8. durum ve tedavi hakkında bilgi			,334	,498				,316
	10. kendine yönelik güvenlik					,863			
	11. diğerlerinin güvenliği					,789			
	22. sosyal yardım ücreti						,845		
	21. para	,357					,745		
Bağımlılık	12. alkol							,796	
	13. madde							,646	,337
	1. barınma						,332	,509	
	17. çocukların bakımı								,893

Varimax rotasyonunda bu sekiz faktör yapısı belirlenmiştir. Beş faktör yapısı sırasıyla; Kendine Bakabilme, Yaşam Becerileri, Kişilerarası İlişkiler, Psikolojik Sağlık, Bağımlılık olarak adlandırılmıştır. Kendine Bakabilme faktörünün maddelerinin faktör yükleri sırasıyla beslenme 0,79, evine bakma 0,77 özbakım 0,70 olarak bulunmuştur. Yaşam Becerileri faktörünün maddelerinin faktör yükleri ise sırasıyla; eğitim 0,87, telefon 0,85, ulaşım 0,80 olarak bulunmuştur. Kişilerarası İlişkiler faktörünün maddelerinin faktör yükleri ise sırasıyla; sosyal yaşam 0,75 yakın ilişkiler 0,71, cinsel yaşam 0,66, gündüz aktiviteleri 0,65 olarak bulunmuştur. Psikolojik sağlık faktörünün maddelerinin faktör yükleri ise sırasıyla; psikotik belirtiler 0,72, psikolojik sıkıntı 0,71, fiziksel sağlık 0,54, durum ve tedavi hakkında bilgi 0,49 olarak bulunmuştur. Bağımlılık faktörünün maddelerinin faktör yükleri ise sırasıyla; alkol 0,79, madde 0,64 ve barınma 0,50 olarak bulunmuştur. Kendine yönelik güvenlik, diğerlerinin

güvenliği, sosyal yardım ücreti, para ve çocukların bakımı maddeleri ise varsayımlara uymaması sebebiyle faktör yapıları içine girememiştir (Tablo 8).

4.2.3.2. Doğrulatoryı Faktör Analizi

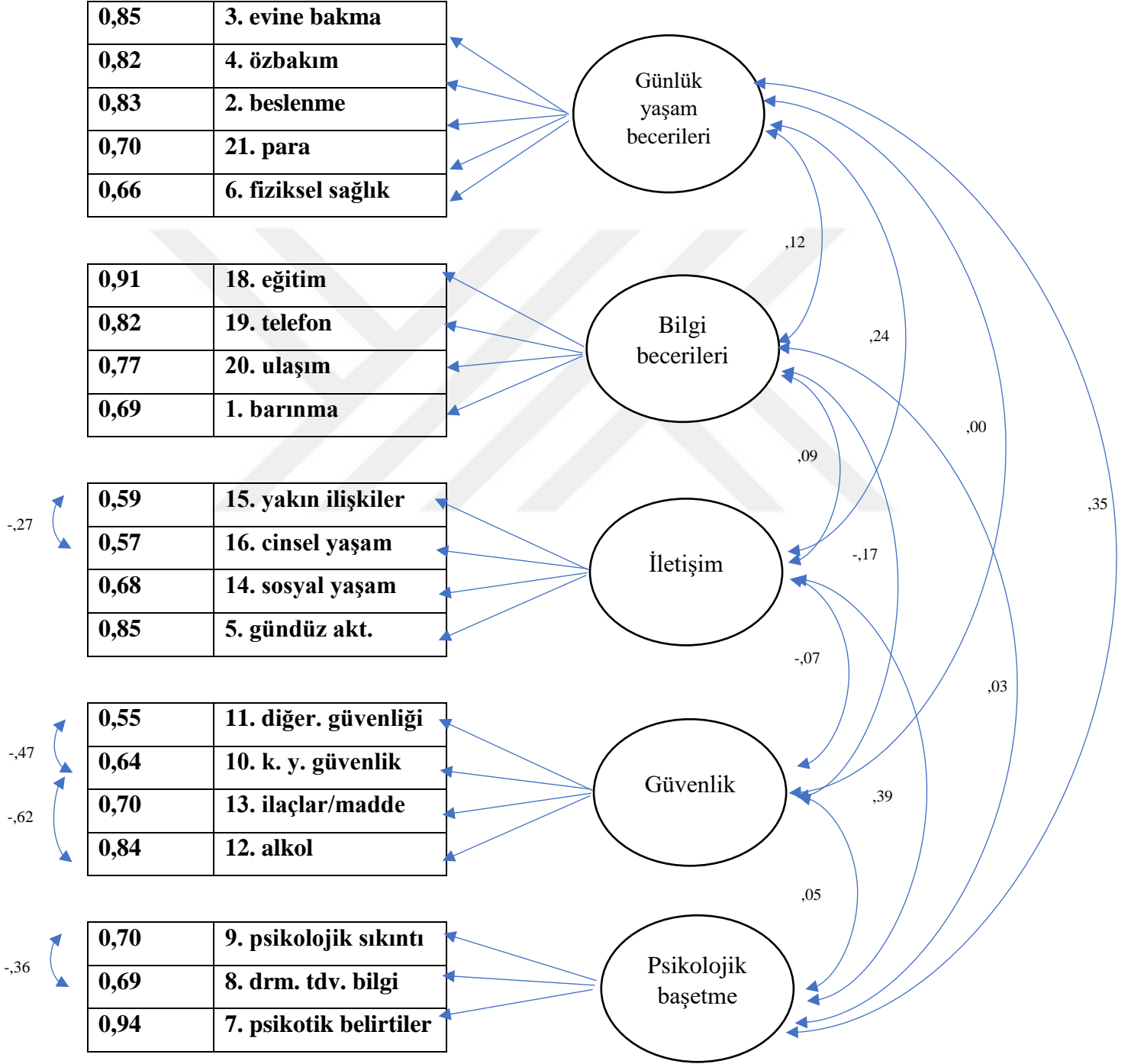
Tablo 9: Modifikasyon Öncesi ve Modifikasyon Sonrası CGD Kısa Formunun Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulatoryı Faktör Analizi Uyum İndekslerinin Dağılımı

Modifikasyon Öncesi	RMSEA	RMR	CFI	IFI	GFI	TLI	CMIN	CMIN/df
	0,096	,036	,827	,829	,776	,812	355,225	2,013
Modifikasyon Sonrası	RMSEA	RMR	CFI	IFI	GFI	TLI	CMIN	CMIN/df
	,075	,032	,899	,901	,813	,886	272,887	1,615

CGD Kısa Formunun Doğrulatoryı Faktör analizine göre $p=0,000$ düzeyinde anlamlı olduğu, ölçęęi oluşturan 20 madde ve beş alt boyutun formun yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Modelde iyileştirme yapılmıştır. İyileştirme yapılırken uyumu azaltan değişkenler belirlenmiş, artık değerler arasında kovaryansı yüksek olanlar için yeni kovaryanslar oluşturulmuştur (özbakım-beslenme; beslenme-fiziksel sağlık; yakın ilişkiler-cinsel yaşam; diğerlerinin güvenliği-kendine yönelik güvenlik; diğerlerinin güvenliği-alkol; psikolojik sıkıntı-durum ve tedavi hakkında bilgi) (Şekil 1). Sonrasında yenilenen uyum indeksi hesaplamalarında uyum indeksleri için kabul edilen değerlerin sağlandığı aşığıdaki tabloda gösterilmiştir. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçlarına göre CGD Kısa Formunun uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; RMSEA 0,075; RMR 0,032; CFI 0,899; IFI 0,901; GFI 0,813; TLI 0,886; χ^2 ise 1,615 ($p=0,000$) olarak bulunmuştur (Tablo 9).

Şekil 1: CGD Kısa Formu Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model

Faktör yükü	Maddeler
-------------	----------



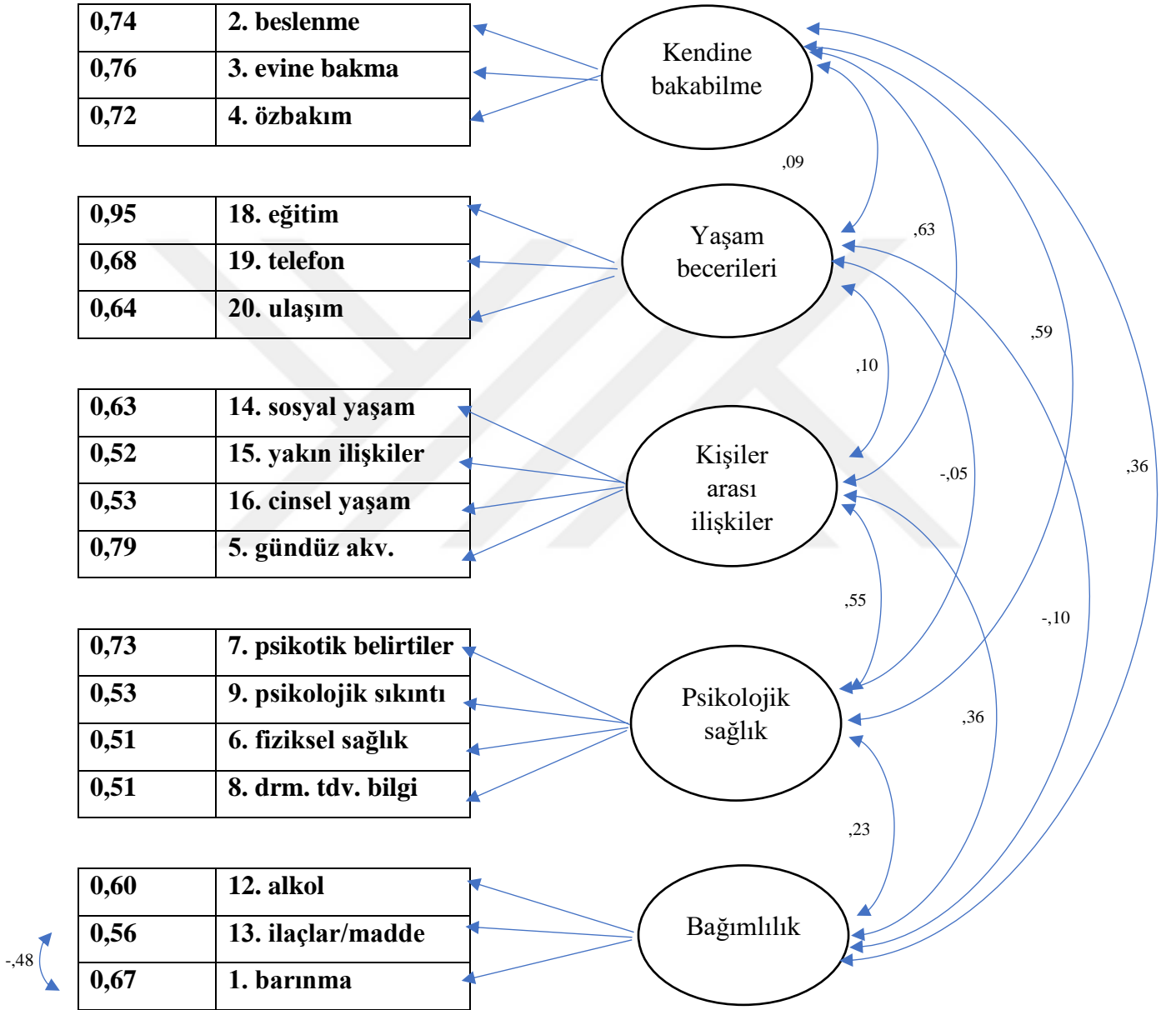
Tablo 10: Modifikasyon Öncesi ve Modifikasyon Sonrası CGD Öz Bildirim Formunun Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndekslerinin Dağılımı

Modifikasyon Öncesi	RMSEA	RMR	CFI	IFI	GFI	TLI	CMIN	CMIN/df
Modifikasyon Öncesi	,064	,030	,883	,887	,850	,869	176,254	1,457
Modifikasyon Sonrası	RMSEA	RMR	CFI	IFI	GFI	TLI	CMIN	CMIN/df
Modifikasyon Sonrası	,054	,031	,919	,922	,867	,908	157,290	1,322

CGD Öz Bildirim Formunun Doğrulayıcı Faktör analizine göre $p=0,000$ düzeyinde anlamlı olduğu, formu oluşturan 17 madde ve beş alt boyutun formun yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Modelde iyileştirme yapılmaktadır. İyileştirme yapılırken uyumu azaltan değişkenler belirlenmiş, artık değerler arasında kovaryansı yüksek olanlar için yeni kovaryanslar oluşturulmuştur (telefon-ulaşım; ilaçlar/madde-barınma) (Şekil 2). Sonrasında yenilenen uyum indeksi hesaplamalarında uyum indeksleri için kabul edilen değerlerin sağlandığı tabloda gösterilmiştir. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçlarına göre CGD Öz Bildirim Formu uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; RMSEA 0,054; RMR 0,031; CFI 0,919; IFI 0,922; GFI 0,867; TLI 0,908; χ^2 ise 1,322 ($p=0,000$) olarak bulunmuştur (Tablo 10).

Şekil 2: CGD Öz Bildirim Formu Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model

Faktör yükü	Maddeler
-------------	----------



4.2.4. Yordama Geçerliği / Eş Zaman Geçerliği

Tablo 11: DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği ile CGD Kısa Formu Arasındaki İlişkisi

CGD Kısa Formu Maddeleri	DSÖ Yaşam Kalitesi Alanları			
	Fiziksel Alanı Puanı	Psikolojik Alanı Puanı	Sosyal Alanı Puanı	Çevresel Alanı Puanı
1.Barınma	-0,018*	0,024*	0,028*	-0,138*
	0,425**	0,403**	0,385**	0,075**
2.Beslenme	-0,043*	0,041*	0,009*	-0,261*
	0,329**	0,336**	0,464**	0,011**
3.Evine Bakma	-0,047*	0,050*	0,033*	-0,329*
	0,313**	0,302**	0,365**	0,000**
4.Özbakım	-0,130*	-0,076*	0,056*	-0,336*
	0,087**	0,213**	0,280**	0,000**
5.Gündüz Aktiviteleri	-0,278*	-0,300*	-0,369*	-0,038*
	0,002**	0,001**	0,000**	0,345**
6.Fiziksel Sağlık	-0,175*	-0,117*	0,151*	-0,165*
	0,033**	0,111**	0,057**	0,042**
7.Psikotik Belirtiler	-0,426*	-0,308*	0,000*	-0,059*
	0,000**	0,001**	0,499**	0,270**
8.Durum ve Tedavi Hakkında Bilgi	-0,488*	-0,395*	-0,049*	-0,056*
	0,000**	0,000**	0,303**	0,280**
9.Psikolojik Sıkıntı	-0,485*	-0,438*	-0,084*	-0,071*
	0,000**	0,000**	0,192**	0,231**
10.Kendine Yönelik Güvenlik	-0,043*	-0,068*	-0,150*	-0,109*
	0,325**	0,238**	0,058**	0,128**
11.Diğerlerinin Güvenliği	0,037*	0,024*	-0,141*	-0,032*
	0,348**	0,402**	0,070**	0,369**
12.Alkol	0,034*	-0,025*	-0,034*	-0,016*
	0,363**	0,398**	0,361**	0,434**

13.İlaçlar/Madde	-0,015*	-0,096*	-0,075*	-0,065*
	0,437**	0,158**	0,217**	0,250**
14.Sosyal Yaşam	-0,222*	-0,185*	-0,407*	-0,053*
	0,010**	0,026**	0,000**	0,290**
15.Yakın İlişkiler	-0,138*	-0,110*	-0,514*	-0,099*
	0,074**	0,126**	0,000**	0,149**
16.Cinsel Yaşam	-0,254*	-0,299*	-0,511*	0,118*
	0,004**	0,001**	0,000**	0,108**
17.Çocukların Bakımı	-0,168*	-0,130*	-0,325*	0,058*
	0,039**	0,086**	0,000**	0,274**
18.Eğitim	0,051*	0,087*	0,033*	-0,159*
	0,297**	0,182**	0,364**	0,048**
19.Telefon	-0,023*	-0,017*	0,006*	-0,131*
	0,407**	0,430**	0,473**	0,086**
20.Ulaşım	-0,097*	-0,026*	0,038*	-0,241*
	0,157**	0,394**	0,348**	0,005**
21.Para	0,004*	0,061*	-0,024*	-0,163*
	0,483**	0,262**	0,401**	0,044**
22.Sosyal Yardım Ücreti	0,161*	0,132*	-0,019*	-0,099*
	0,046**	0,084**	0,423**	0,151**
Karşılanmış Gereksinim	-0,322*	-0,240*	-0,132*	-0,172*
	0,000**	0,006**	0,083**	0,036**
Karşılanmamış Gereksinim	-0,162*	-0,128*	-0,277*	-0,091*
	0,045**	0,090**	0,002**	0,172**
Toplam Gereksinim	-0,351*	-0,268*	-0,244*	-0,187*
	0,000**	0,002**	0,005**	0,025**

*r: Pearson Korelasyon Katsayı değeri

**p: (p=0,05)

Yordama/eş zaman geçerliği için DSÖ Yaşam Kalitesi ile CGD Kısa Formu arasındaki Pearson Korelasyon Katsayısına bakılmıştır. Yaşam kalitesinin dört toplam alanı ile CGD Kısa formunun maddeleri arasındaki korelasyonu Tablo 11’de verilmiştir. Fiziksel Alan toplam puanı ise yalnızca gündüz aktiviteleri, psikotik belirtiler, durum ve tedavi hakkında bilgi, psikolojik sıkıntı, sosyal yaşam, cinsel yaşam, çocukların bakımı ve sosyal yardım ücreti maddeleri ile anlamlı düzeyde negatif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Psikolojik Alan toplam puanı ise yalnızca gündüz aktiviteleri, psikotik belirtiler, durum ve tedavi hakkında bilgi, psikolojik sıkıntı, sosyal yaşam, cinsel yaşam maddeleri ile anlamlı düzeyde negatif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal Alan toplam puanı ise gündüz aktiviteleri, sosyal yaşam, yakın ilişkiler, cinsel yaşam, çocukların bakımı maddeleri ile anlamlı düzeyde negatif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Çevresel Alan toplam puanı ise beslenme, evine bakma, özbakım fiziksel sağlık, eğitim, ulaşım maddeleri ile anlamlı düzeyde negatif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 11).

DSÖ Yaşam Kalitesinin ayrıca karşılanmış gereksinim, karşılanmamış gereksinim, toplam gereksinim düzeyleri ile korelasyonuna bakılmıştır. Karşılanmış gereksinim düzeyi sırasıyla fiziksel alan ile $r=-0,322$, psikolojik alan ile $r=-0,240$, çevresel alan ile $r=-0,172$ $p=0,036$ anlamlı düzeyde negatif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Karşılanmış gereksinim ile sosyal alan arasında $r=-0,358$ ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0,083$). Karşılanmamış gereksinim düzeyi ile sosyal alan ile $r=-0,277$ anlamlı düzeyde negatif ilişki; fiziksel alan ile $r=0,162$ anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Karşılanmamış gereksinim düzeyi psikolojik alan ile $r=-0,128$, çevresel alan ile $r=-0,091$ istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Toplam gereksinim düzeyi tüm alanlarda; fiziksel alan ile $r=-0,351$, psikolojik alan ile $r=-0,268$, sosyal alan ile $r=-0,244$, çevresel alan ile $r=-0,187$ anlamlı düzeyde negatif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 12).

4.3. Güvenirlik Analizlerinin Bulguları

4.3.1. Bağımsız Gözlemciler Arası İç Uyum

Tablo 12: CGD Kısa Formu Uygulamasının Araştırmacı ve Gözlemciler Arasındaki Uyumu

CGD Kısa Formu Maddeleri	Kappa değeri (k)*
1.Barınma	0,777
2.Beslenme	0,839
3.Evine Bakma	0,867
4.Özbakım	0,765
5.Gündüz Aktiviteleri	0,830
6.Fiziksel Sağlık	0,822
7.Psikotik Belirtiler	0,681
8.Durum ve Tedavi Hakkında Bilgi	0,726
9.Psikolojik Sıkıntı	0,864
10.Kendine Yönelik Güvenlik	0,762
11.Diğerlerinin Güvenliği	0,799
12.Alkol	0,817
13.İlaçlar/Madde	0,877
14.Sosyal Yaşam	0,800
15.Yakın İlişkiler	0,651
16.Cinsel Yaşam	0,848
17.Çocukların Bakımı	0,931
18.Eğitim	0,828
19.Telefon	0,927
20.Ulaşım	0,861
21.Para	0,953
22.Sosyal Yardım Ücreti	0,837
Karşılanmış Gereksinim	0,562
Karşılanmamış Gereksinim	0,549
Toplam Gereksinim	0,621

* κ: Kappa değeri p<0,05

CGD Kısa Formu değerlendirmesi profesyoneller tarafından uygulanan bir araç olması nedeniyle güvenilirliği bağımsız gözlemciler arası iç uyum istatistiği olan Cohen Kappa uyum analizi ile test edilmiştir. Araştırmacı ve gözlemcilerin değerlendirdiği maddeler arasında en yüksek bulunan Kappa değerleri sırasıyla telefon $\kappa=0,927$, çocukların bakımı $\kappa=0,931$, para $\kappa=0,953$ olarak bulunmuştur. Araştırmacı ve gözlemcilerin değerlendirdiği maddeler arasında en düşük bulunan Kappa değerleri sırasıyla yakın ilişkiler $\kappa=0,651$, durum ve tedavi hakkında bilgi $\kappa=0,726$, kendine yönelik güvenlik $\kappa=0,762$ olarak bulunmuştur (Tablo12). Tablo 12’de değerlendirmeciler arasındaki uyum değerleri gereksinim düzeyi ile belirlenmiştir. Karşılanmış gereksinim Kappa değeri 0,562, karşılanmamış gereksinimin Kappa değeri 0,549, toplam gereksinimin Kappa değeri 0,621 olarak bulunmuştur. Değerlendirmeciler arası tüm gereksinim alan ve düzeyleri arasında fark olmadığı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 12).

4.3.2. Test Tekrar Test Güvenirliği

Tablo 13: CGD Kısa Formu Test, Tekrar Test Uygulaması Maddenin Kendi Öz Maddesi Arasındaki İlişki

CGD Kısa Formu Maddeleri	Maddenin öz madde ile Korelasyon Katsayısı		Bağımlı gruplarda t testi	
	r	p	t	p
1.Barınma	0,627	0,000	1,680	>0,05
2.Beslenme	0,785	0,000	0,942	>0,05
3.Evine Bakma	0,854	0,000	-0,904	>0,05
4.Özbakım	0,664	0,000	-0,192	>0,05
5.Gündüz Aktiviteleri	0,601	0,000	-1,135	>0,05
6.Fiziksel Sağlık	0,765	0,000	-0,653	>0,05
7.Psikotik Belirtiler	0,817	0,000	-0,631	>0,05
8.Durum ve Tedavi Hakkında Bilgi	0,675	0,000	0,000	>0,05
9.Psikolojik Sıkıntı	0,711	0,000	-1,304	>0,05
10.Kendine Yönelik Güvenlik	0,916	0,000	0,446	>0,05
11.Diğerlerinin Güvenliği	0,831	0,000	2,558	<0,05
12.Alkol	0,764	0,000	1,912	>0,05
13.İlaçlar/Madde	0,754	0,000	1,920	>0,05
14.Sosyal Yaşam	0,793	0,000	-2,875	<0,05
15.Yakın İlişkiler	0,758	0,000	-0,779	>0,05

16.Cinsel Yaşam	0,720	0,000	-1,550	>0,05
17.Çocukların Bakımı	0,313	0,001	0,815	>0,05
18.Eğitim	0,724	0,000	1,347	>0,05
19.Telefon	0,930	0,000	1,421	>0,05
20.Ulaşım	0,822	0,000	0,000	>0,05
21.Para	0,781	0,000	0,894	>0,05
22.Sosyal Yardım Ücreti	0,819	0,000	0,470	>0,05

r: Pearson Korelasyon Katsayı değeri, t: Bağımlı Gruplarda t testi değeri, p:Güven Aralığı.

Tablo 14: CGD Kısa Formu Test, Tekrar Test Gereksinim Düzeyleri Arasındaki İlişki

	Karşılanmış Gereksinim	Karşılanmamış Gereksinim	Toplam Gereksinim
Karşılanmış Gereksinim	0,865*		
	1,562**		
	0,000***		
Karşılanmamış Gereksinim	0,154*	0,881*	
	12,136**	-1,857**	
	0,107***	0,000***	
Toplam Gereksinim	0,801*	0,499*	0,877*
	-5,662**	-17,918**	0,606**
	0,000***	0,000***	0,000***

*r: Pearson Korelasyon Katsayı değeri

**t: Bağımlı Gruplarda t testi değeri

***p: Güven Aralığı

CGD Kısa Formu için test tekrar test güvenilirliği yapılmıştır. Araştırmacının birinci görüşme ve ikinci görüşmeden elde ettiği değerlendirmeler Pearson Korelasyon Katsayı Analizi ile karşılaştırılmış ve aralarında ilişki olup olmadığına bakılmıştır (Tablo 13). Maddeler arası karşılaştırmada öz madde korelasyon değeri en yüksek üç madde sırasıyla; telefon $r=0,930$, kendine yönelik güvenlik $r=0,916$, evine bakma $r=0,854$ ile aralarında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Maddeler arası karşılaştırmada öz madde korelasyon değeri en düşük üç madde ise sırasıyla; çocukların bakımı $r=0,313$, gündüz aktiviteleri $r=0,601$ ve barınma $r=0,627$ ile aralarında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Gereksinim düzeyleri Pearson Korelasyon Katsayı Analizi ile karşılaştırılmıştır. Karşılanmış gereksinim

düzeyleri $r=0,865$, karşılanmamış gereksinim düzeyleri $r=0,881$ ve toplam gereksinim düzeyleri $r=0,877$ ile aralarında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15: CGD Öz Bildirim Formu Test, Tekrar Test Uygulaması Maddenin Kendi Öz Maddesi Arasındaki İlişki

CGD Öz Bildirim Formu Maddeleri	Maddenin öz madde ile Korelasyon Katsayısı		Bağımlı grupta t testi	
	r	p	t	p
1.Barınma	0,633	0,000	-2,558	<0,05
2.Beslenme	0,683	0,000	-0,391	>0,05
3.Evine Bakma	0,672	0,000	0,598	>0,05
4.Özbakım	0,714	0,000	-0,852	>0,05
5.Gündüz Aktiviteleri	0,604	0,000	-0,352	>0,05
6.Fiziksel Sağlık	0,595	0,000	-0,155	>0,05
7.Psikotik Belirtiler	0,646	0,000	-0,425	>0,05
8.Durum ve Tedavi Hakkında Bilgi	0,758	0,000	0,783	>0,05
9.Psikolojik Sıkıntı	0,636	0,000	0,665	>0,05
10.Kendine Yönelik Güvenlik	0,702	0,000	-1,149	>0,05
11.Diğerlerinin Güvenliği	0,762	0,000	-0,498	>0,05
12.Alkol	0,629	0,000	-1,748	>0,05
13.İlaçlar/Madde	0,733	0,000	-1,268	>0,05
14.Sosyal Yaşam	0,707	0,000	-0,155	>0,05
15.Yakın İlişkiler	0,777	0,000	0,159	>0,05
16.Cinsel Yaşam	0,728	0,000	0,427	>0,05
17.Çocukların Bakımı	0,522	0,000	-1,615	>0,05
18.Eğitim	0,651	0,000	0,446	>0,05
19.Telefon	0,676	0,000	0,706	>0,05
20.Ulaşım	0,772	0,000	-1,680	>0,05
21.Para	0,775	0,000	-0,217	>0,05
22.Sosyal Yardım Ücreti	0,740	0,000	-0,391	>0,05

r: Pearson Korelasyon Katsayısı değeri, t: Bağımlı Grupta t testi değeri, p:Güven Aralığı.

Tablo 16: CGD Öz Bildirim Formu Test, Tekrar Test Gereksinim Düzeyleri Arasındaki İlişki

	Karşılanmış Gereksinim	Karşılanmamış Gereksinim	Toplam Gereksinim
Karşılanmış Gereksinim	0,824* 1,012** 0,000***		
Karşılanmamış Gereksinim	0,002* -11,571** 0,980***	0,724* -2,950** 0,000***	
Toplam Gereksinim	0,668* 7,213** 0,000***	0,475* 15,043** 0,000***	0,778* -1,140** 0,000***

*r: Pearson Korelasyon Katsayı değeri

**t: Bağımlı Gruplarda t testi değeri

***p: Güven Aralığı

CGD Öz Bildirim Formu için test tekrar test güvenilirliği yapılmıştır. Katılımcılardan öz bildirim yoluyla birinci görüşme ve ikinci görüşmeden elde edilen değerlendirmeler Pearson Korelasyon Katsayı Analizi ile karşılaştırılmış ve aralarında ilişki olup olmadığına bakılmıştır (Tablo 15). Maddeler arası karşılaştırmada öz madde korelasyon değeri en yüksek üç madde sırasıyla; yakın ilişkiler $r=0,777$, para $r=0,775$, ulaşım $r=0,772$ ile aralarında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Maddeler arası karşılaştırmada öz madde korelasyon değeri en düşük üç madde ise sırasıyla; gündüz aktiviteleri $r=0,604$, fiziksel aktivite $r=0,595$, çocukların bakımı $r=0,522$, ile aralarında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Gereksinim düzeyleri Pearson Korelasyon Katsayı Analizi ile karşılaştırılmıştır. Karşılanmış gereksinim düzeyleri $r=0,824$, karşılanmamış gereksinim düzeyleri $r=0,724$ ve toplam gereksinim düzeyleri $r=0,778$ ile aralarında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 16).

4.3.3. Paralel Form Güvenirliği

Tablo 17: CGD Öz Bildirim Formu ve CGD Kısa Formunun Paralel Form Güvenirliği Karşılaştırması Maddenin Kendi Öz Maddesi ile İlişkisi

CGD Kısa ve Öz Bildirim Formu Maddeleri	Maddenin öz madde ile Korelasyon Katsayısı		Bağımlı gruplarda t testi	
	r	p	t	p
1.Barınma	0,715	0,000	1,912	>0,05
2.Beslenme	0,927	0,000	-0,815	>0,05
3.Evine Bakma	0,882	0,000	-1,680	>0,05
4.Özbakım	0,803	0,000	1,615	>0,05
5.Gündüz Aktiviteleri	0,654	0,000	-1,748	>0,05
6.Fiziksel Sağlık	0,782	0,000	-0,470	>0,05
7.Psikotik Belirtiler	0,892	0,000	-1,646	>0,05
8.Durum ve Tedavi Hakkında Bilgi	0,723	0,000	-0,364	>0,05
9.Psikolojik Sıkıntı	0,828	0,000	-0,726	>0,05
10.Kendine Yönelik Güvenlik	0,930	0,000	1,000	>0,05
11.Diğerlerinin Güvenliği	0,845	0,000	2,356	<0,05
12.Alkol	0,764	0,000	1,912	>0,05
13.İlaçlar/Madde	0,754	0,000	1,920	>0,05
14.Sosyal Yaşam	0,812	0,000	-2,239	<0,05
15.Yakın İlişkiler	0,795	0,000	-2,173	<0,05
16.Cinsel Yaşam	0,843	0,000	-1,685	>0,05
17.Çocukların Bakımı	0,431	0,000	1,712	>0,05
18.Eğitim	0,782	0,000	2,028	<0,05
19.Telefon	0,930	0,000	1,421	>0,05
20.Ulaşım	0,936	0,000	1,421	>0,05
21.Para	0,786	0,000	0,687	>0,05
22.Sosyal Yardım Ücreti	0,783	0,000	0,000	>0,05

r: Pearson Korelasyon Katsayı değeri, t: Bağımlı Gruplarda t testi değeri, p:Güven Aralığı.

Tablo 18: CGD Öz Bildirim Formu ve CGD Kısa Formunun Paralel Form Güvenirliği Gereksinim Düzeyi Değerleri

	Karşılanmış Gereksinim	Karşılanmamış Gereksinim	Toplam Gereksinim
Karşılanmış Gereksinim	0,897* 0,985** 0,000***		
Karşılanmamış Gereksinim	0,061* -12,409** 0,527***	0,918* -1,853** 0,000***	
Toplam Gereksinim	0,773* 7,542** 0,000***	0,525* 17,697** 0,000***	0,902* 0,053** 0,000***

*r: Pearson Korelasyon Katsayı değerı

**t: Bağımlı Gruplarda t testi değerı

***p: Güven Aralığı

CGD Kısa Formu ve CGD Öz Bildirim Formu paralel form güvenirliği yapılmıştır. Formlardan elde edilen değerlendirmeler Pearson Korelasyon Katsayı Analizi ile karşılaştırılmış ve aralarında ilişki olup olmadığına bakılmıştır (Tablo 17). Maddeler arası karşılaştırmada öz madde korelasyon değerı en yüksek üç madde sırasıyla; ulaşım $r=0,936$, telefon $r=0,930$, kendine yönelik güvenlik $r=0,930$ ile aralarında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Maddeler arası karşılaştırmada öz madde korelasyon değerı en düşük üç madde ise sırasıyla; barınma $r=0,715$, gündüz aktiviteleri $r=0,654$, ve çocukların bakımı $r=0,431$ ile aralarında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Gereksinim düzeyleri Pearson Korelasyon Katsayı Analizi ile karşılaştırılmıştır (Tablo 18). Karşılanmış gereksinim düzeyleri $r=0,897$, karşılanmamış gereksinim düzeyleri $r=0,918$ ve toplam gereksinim düzeyleri $r=0,902$ ile aralarında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerini değerlendiren Camberwell Gereksinim Değerlendirme Ölçeği Kısa Formu ile Öz Bildirim Formunun Türk kültürüne uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarından elde edilen bulgularının tartışılması aşağıda belirtilen başlıklar altında yapılmıştır=

5.1. CGD Kısa Formu ve Öz Bildirim Formu Geçerlik Analizleri Bulgularının İncelenmesi

5.1.1. CGD Kısa Formu ve Öz Bildirim Formu Kapsam Geçerliğinin İncelenmesi

5.1.2. CGD Kısa Formu ve Öz Bildirim Formu Yapı Geçerliğinin İncelenmesi

5.1.3. CGD Kısa Formu ve Öz Bildirim Formu Eş Zaman Geçerliğinin İncelenmesi

5.2. CGD Kısa Formu ve Öz Bildirim Formu Güvenirlik Analizleri Bulgularının İncelenmesi

5.2.1. Bağımsız Gözlemciler Arası İç Uyum Analizlerinin İncelenmesi

5.2.2. Test Tekrar Test Analizlerinin İncelenmesi

5.2.3. Paralel Form Güvenirliğinin İncelenmesi

5.1. CGD Kısa Formu ve Öz Bildirim Formu Geçerlik Analizleri Bulgularının İncelenmesi

5.1.1. CGD Kısa Formu ve Öz Bildirim Formu Kapsam Geçerliğinin İncelenmesi

Ölçülmek istenilen özellik ile aracın maddeleri arasındaki bağlantı, aracın geçerliğine uygun olup olmadığını değerlendirmektedir. Araç maddesinin ölçülmesi amaçlanan özelliği kapsama yeterliliği kapsam geçerliği olarak adlandırılmaktadır (Yurdugül 2005). Bu nedenle CGD Kısa ve Öz Bildirim Formunun kapsam geçerliği için Kapsam Geçerliği Lawshe tekniği uygulanarak 9 uzman tarafından değerlendirilmiştir. Kapsam Geçerlik Ölçütü ise minimum değerler tablosundan alındığında 9 uzman sayısına göre $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde minimum değer 0,75 olarak kabul edilmektedir (Veneziano ve Hooper 1997; Yurdugül 2005). Aracın KGİ değeri 0,95 olarak Kapsam Geçerlik Ölçütünden büyük ve anlamlı olarak bulunmuştur. Fakat uzman görüşlerinin açık uçlu olan sorularda değerlendirmeyi yapan araştırmacıyı yönlendirmek amacıyla alt soruların açılması yönünde görüş gelmesi nedeniyle aracın uzun formu olan CGD aracının alt soruları parantez içinde eklenmiş ve ikinci uzman değerlendirmesi için görüş alınmıştır. İkinci uzman görüşü 14 uzman tarafından değerlendirilmiştir. Kapsam Geçerlik Ölçütü ise minimum değerler tablosundan alındığına göre 14 uzman sayısına göre $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde minimum değer = 0,51'dir. (Veneziano ve Hooper 1997). Aracın KGİ değeri 0,84 olarak Kapsam Geçerlik Ölçütünden büyük ve anlamlı bulunmuştur (Tablo 3). İkinci değerlendirmede belirlenen kapsam geçerlik indeksi puanının, birinci değerlendirmeden küçük olması katılan uzman sayısının ikinci değerlendirmede daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ön uygulama, çalışma başlamadan önce aracın içerik geçerliğini test etmek için küçük örnekleme ön çalışmayı oluşturmaktadır. Ön uygulamaya alınan hastalar örneklem ile aynı kriterleri sağlamalıdır (Şencan 2005). Ön uygulama için katılımcı sayısı ise örneklemin onda biri olacak şekilde belirlenmektedir (Şencan 2005). Araştırmamızda da ön uygulama 10 hasta alınarak yapılmıştır. CGD Kısa Formunun uzman değerlendirmesi ile CGD Öz Bildirim Formu gereksinim alanlarına göre korelasyon katsayıları; 0,315 ile 0,946 arasında değiştiği bulunmuştur. CGD Kısa Formunun hasta değerlendirmesi ile CGD Öz Bildirim Formu gereksinim alanları korelasyon katsayıları ise; 0,981 ile 0,996 arasında değiştiği bulunmuştur. Bu nedenle ön uygulama çalışmada CGD Kısa Formunun hasta açısından değerlendirilmesi, CGD Öz Bildirim Formu ile paralel çıktığı sonucuna ulaşılmıştır. Böylece CGD Kısa Formuna yalnızca uzman değerlendirmesinin kaydedilmesine karar verilmiştir.

5.1.2. CGD Kısa Formu ve Öz Bildirim Formu Yapı Geçerliğinin İncelenmesi

Yapı geçerliği, faktör yapısını ve formların alt boyutlarını inceleyerek anlamlı değişkenler oluşturmak için tercih edilmiştir. Açıklayıcı faktör analizi için gereken varsayımlardan biri örneklem büyüklüğünün her değişken için 5 ile 10 arası gözlemin bulunmasıdır (Şencan 2005). Bu nedenle çalışmamızın örneklemini 111 olarak belirlenmiştir. Varsayımlardan bir diğeri de KMO ve Bartlett Testi değerinin normalliği ve birbirleriyle korelasyon göstermesidir. KMO değeri 1,00 ve 0,90 aralığında mükemmel uyum, 0,89 ve 0,80 aralığında çok iyi uyum, 0,79 ve 0,70 aralığında iyi, 0,69 ve 0,60 aralığında orta uyum, 0,60'ın altında olması ise örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olmadığını gösterir. Bartlett testi ise 0,05'den küçük olmalıdır. Çalışmamızda CGD Kısa Formunun KMO katsayısı 0.68, Barlett Testi ise $\chi^2:1224,660$ ve $p=0,000$ ile anlamlı ve varsayıma uygun olarak bulunmuştur. CGD Öz Bildirim Formu'nun açıklayıcı faktör analizi ise Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı 0.65, Barlett Testi ise $\chi^2:797,257$ ve $p=0,000$ ile anlamlı ve varsayıma uygun olarak bulunmuştur.

Bir diğeri varsayım ise her bir faktör yapısı özdeğerinin 1,00'ın üzerinde olmasıdır. Toplam faktörlerin açıklama oranının %50'nin üzerinde olması beklenmektedir. (Şencan 2005). Çalışmamızda ise CGD Kısa Formu özdeğeri 1,00'ın üzerinde toplam varyansın %74,41'ini açıklayan 7 faktör yapısı bulunmuştur (Tablo 5). CGD Öz Bildirim Formunun ise özdeğeri 1,00'ın üzerinde toplam varyansın %70,14'ünü açıklayan 8 faktör yapısı bulunmuştur (Tablo 7).

Varimax rotasyon işleminde her bir maddenin yüklerinin en az 0,30 olması gerekmektedir. (Şencan 2005). Bu nedenle CGD Kısa Formundaki yedi faktör yapısından bir faktörde en az 3 maddenin olması şartlarına uyan beş faktör yapısı belirlenmiştir. Buna göre CGD Kısa Formunun Günlük Yaşam Becerileri alt boyutunun faktör yükleri 0,88 ile 0,54 arasında, Bilgi Becerileri alt boyutunun faktör yükleri 0,90 ile 0,59 arasında, İlişkiler alt boyutunun faktör yükleri 0,81 ile 0,45 arasında, Güvenlik alt boyutunun faktör yükleri 0,82 ile 0,66 arasında ve Psikolojik Başetme alt boyutunun faktör yükleri 0,88 ile 0,81 arasında değiştiği bulunmuştur. Sosyal yardım ücreti tek faktör içinde en az 3 madde içermemesi nedeniyle faktör yapılarının içine girememiştir (Tablo 6). Ancak aracın indeks özelliği nedeniyle alt boyutların sadece yapı olarak açıklanmaktadır. Aracın tüm maddeleri bir alanı açıklamaktadır. Bu nedenle pratikte sosyal yardım ücreti maddesi kullanılmasından dolayı aracın maddeleri orijinal form ile aynı olarak bırakılmıştır.

Araç geliştirilirken açıklayıcı faktör analizi kısa ve uzun formları için yapılmamış ve tercih edilmemiştir (Slade ve ark. 1995; Slade ve ark. 1999). Bu araç yapısının indeks özelliği gösteriyor oluşundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Aracın, diğer dillere çevrilen versiyonlarında ise sıkça bağımsız gözlemciler arası iç uyum ve test tekrar test güvenilirliği tercih edilmiştir (Phelan ve ark. 1995; Andresen ve ark. 2000; McCrone ve ark. 2001; Rosales ve ark. 2002; van der Krieke ve ark. 2011; Flisher ve ark. 2012; Stefanatou ve ark. 2014). Ancak Slade ve arkadaşları tarafından CGD Kısa Formunun geliştirildiği araştırmada 7 faktör yapısı tanımlanmıştır (Slade ve ark. 1999). Araştırmada bulunan anlamlı faktör yapıları ise sırasıyla; birinci faktör yapısı evin bakımı, öz bakım ve para maddelerinden oluşmuş ve çalışmamızdaki Günlük Yaşam Becerileri faktör yapısı ile evine bakma, özbakım, para maddeleri ortak olarak bulunmuştur. İkinci faktör yapısı cinsel yaşam, yakın ilişkiler, psikolojik sıkıntı maddeleri, çalışmamızdaki İlişkiler faktör yapısındaki yalnızca cinsel yaşam ve yakın ilişkiler maddeleri ile ortak olarak bulunmuştur. Üçüncü faktör yapısı alkol, ilaçlar/madde, diğerlerinin güvenliği maddeleri çalışmamızdaki Güvenlik faktörünün alkol, ilaçlar/madde ve diğerlerinin güvenliği maddeleri ile ortak bulunmuştur. Dördüncü faktör yapısı da barınma ve beslenmeden maddelerinden oluşmuş ancak bu yapı çalışmamız ile ortak bir faktör yapısıyla eşleşmemiştir.

Wennström ve arkadaşları 741 hasta ile Camberwell Gereksinim Değerlendirme aracının açıklayıcı faktör analizini yapmıştır (Wennström ve ark. 2004). Çalışmada 4 faktör yapısı tanımlanmıştır. Birinci alt boyut olan Fonksiyonel Yetersizliklerin faktör yükleri sırasıyla; evine bakma 0,80, beslenme 0,79, özbakım 0,63, para 0,55, barınma 0,49 ve ulaşım 0,35 olarak bulunmuştur. Bu alt boyut çalışmamızdaki Günlük Yaşam Becerileri alt boyut ile evine bakma, özbakım, beslenme ve para maddeleri ortakken fiziksel sağlık farklı olan madde olarak bulunmuştur. İkinci alt boyut olan Sosyal Yalnızlık faktör yükleri ise; sosyal yaşam 0,84, gündüz aktiviteleri 0,51, psikolojik sıkıntı 0,33 olarak bulunmuştur. Bu alt boyut çalışmamızdaki İlişkiler alt boyutuyla yalnızca sosyal yaşam ve gündüz aktiviteleri ortak olarak bulunmuştur. Üçüncü alt boyut olan Duygusal Yalnızlığın faktör yükleri; cinsel yaşam 0,84, yakın ilişkiler 0,70, diğerlerinin güvenliği 0,36 olarak bulunmuştur. Bu alt boyut da çalışmamızdaki İlişkiler alt boyutunun cinsel yaşam ve yakın ilişkiler maddeleri ile ortak olarak bulunmuştur. Dördüncü alt boyutun ise faktör yükleri; alkol 0,39, fiziksel sağlık -0,33, para 0,32, madde 0,30 olarak bulunmuştur. Bu alt boyut da çalışmamızdaki Güvenlik alt boyutunun ilaçlar/madde ve alkol, ortak maddelerini oluşturmaktadır (Wennström ve ark. 2004).

Çalışmamızda CGD Öz Bildirim Formunda ise sekiz faktör yapısında binişiklik olmaması ve bir faktörde en az 3 maddenin olması şartları nedeniyle beş faktör yapısı

belirlenmiştir. Buna göre CGD Öz Bildirim Formunun Kendine Bakabilme alt boyutunun faktör yükleri 0,79 ile 0,70 arasında, Yaşam Becerileri alt boyutunun faktör yükleri 0,87 ile 0,80 arasında, Kişilerarası İlişkiler alt boyutunun faktör yükleri 0,75 ile 0,66 arasında, Psikolojik Sağlık 0,72 ile 0,49 arasında, Bağımlılık alt boyutunun faktör yükleri ise 0,79 ile 0,50 arasında değiştiği bulunmuştur. Kendine yönelik güvenlik, diğerlerinin güvenliği, sosyal yardım ücreti, para ve çocukların bakımı maddeleri ise bir faktör yapısında en az 3 madde bulunması varsayımına uymaması sebebiyle faktör yapıları içine girememiştir (Tablo 8). Ancak aracın indeks özelliği nedeniyle alt boyutların sadece yapı olarak açıklanmaktadır. Aracın tüm maddeleri bir alanı açıklamaktadır. Bu nedenle pratikte kendine yönelik güvenlik, diğerlerinin güvenliği, sosyal yardım ücreti, para ve çocukların bakımı maddeleri kullanılmasından dolayı aracın maddeleri orijinal form ile aynı olarak bırakılmıştır.

Ritsner ve arkadaşları 108 katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada CGD Öz Bildirim Formunun Faktör yapısını incelemiştir (Ritsner ve ark. 2012). Açıklayıcı faktör analizinin sonucuna göre 4 faktör yapısı tanımlanmıştır. Analiz sonucunda cinsel yaşam, gündüz aktiviteleri ve psikotik semptomlar binişik maddeler olarak bulunmuş, alkol ve para maddeleri de 0.4 ten küçük olduğu için faktör yapısına girememiştir. İlk faktör yapısı Sosyal Yetersizlik adlandırmasıyla barınma, beslenme, evin bakımı, fiziksel sağlık, durum ve tedavi hakkında bilgi maddeleri ile negatif yapılanma göstermiştir. Çalışmamızda ise ilk faktör yapısı olan Kendine Bakabilme faktör yapısında beslenme ve evin bakımı ortakken özbakım farklı madde olarak bulunmuştur. İkinci faktör yapısı Bilgiyi İşleme Yetersizliği adlandırmasıyla eğitim, telefon, ulaşım ve sosyal yardım ücreti, maddeleri ile negatif yapılanma göstermiştir. Çalışmamızda ise ikinci faktör yapısı eğitim, ulaşım, telefon ortak maddelerden oluşmuştur. Üçüncü faktör yapısı ise Duyguyu İşleme Yetersizliği adıyla gündüz aktiviteleri, psikotik semptomlar, psikolojik sıkıntı, sosyal yaşam, yakın ilişkiler ve cinsel yaşamdan oluşmuştur. Çalışmamızda ise sosyal yaşam, yakın ilişkiler ve cinsel yaşam ortak maddeler olarak bulunmuştur. Dördüncü faktör yapısı Baş Etme Yetersizliği adıyla özbakım, kendine yönelik güvenlik, başkalarına yönelik güvenlik, madde ve çocukların bakımıdır. Çalışmamızda ise Bağımlılık faktör yapısı ile yalnızca alkol ve madde ortak madde olarak bulunmuştur.

Camberwell Gereksinim Değerlendirme uzun ve kısa formları için üç çalışmada yapı geçerliği incelenmiştir. Üç çalışmadan bir diğeri olan Korkeila ve arkadaşları 2005 yılında Camberwell Gereksinim Değerlendirme aracının hem uzmanın hem hastanın değerlendirmesinin açıklayıcı faktör analizini yapmıştır (Korkeila ve ark. 2005). Araştırmada hastanın değerlendirmesi için 5 faktör yapısı, uzmanın değerlendirmesi için 4 faktör yapısı

saptanmıştır. Hasta değerlendirmesindeki 4 faktör yapısı Yetenekler, Bozukluk, Başetme, Kötüye Kullanım olarak adlandırılmıştır. Uzmanın değerlendirmesindeki 4 faktör yapısı ise Yetenekler, Bozukluk, Semptomlar ve Kötüye Kullanım olarak adlandırılmıştır. Hastanın değerlendirmesinde: Yetenek alanında beslenme, evin bakımı, barınma, özbakım, ulaşım, para ve sosyal ilişkiler maddeleri yer almaktadır. Bozukluk alanında; psikolojik sıkıntı, kendine yönelik güvenlik, psikotik belirtiler, cinsel yaşam ve yakın ilişkiler maddeleri yer almaktadır. Başetme alanında; durum ve tedavi hakkında bilgi, telefon, sosyal yardım ücreti ve diğerlerinin güvenliği maddeleri yer almaktadır. Kötüye kullanım alanında; madde, çocuk bakımı, alkol, gündüz aktiviteleri maddeleri yer almaktadır. Çalışmamızdaki CGD Öz Bildirim Formundaki faktör yapıları olan Kendine Bakabilme ve Yaşam Becerileri faktör yapıları bu çalışmadaki Yetenek alt boyutuyla, çalışmamızdaki Kişilerarası İlişkiler ve Psikolojik Sağlık faktör yapıları bu çalışmadaki Bozukluk ve Başetme alt boyutuyla, çalışmamızdaki Bağımlılık faktör yapısı ise bu çalışmadaki Kötüye kullanım alt boyutuyla ortak maddeleri içermektedir.

Korkeila ve arkadaşlarının araştırmasındaki uzman değerlendirmesinde Yetenek alanında beslenme, evin bakımı barınma özbakım ulaşım yer almaktadır. Bozukluk alanında; sosyal yardım ücreti, durum ve tedavi hakkında bilgi, yakın ilişkiler, cinsel yaşam, eğitim, telefon, gündüz aktiviteleridir. Belirtiler alanında; psikolojik sıkıntı, kendine yönelik güvenlik psikotik belirtiler, sosyal yaşam, fiziksel sağlık. telefon sosyal yardım ücreti yer almaktadır. Kötüye kullanım alanında; madde, çocuk bakımı, alkol, başkalarına yönelik güvenlik, para yer almaktadır (Korkeila ve ark. 2005). Çalışmamızdaki CGD Kısa Formundaki faktör yapıları olan Günlük Yaşam Becerileri bu çalışmadaki Yetenek alt boyutuyla; çalışmamızdaki Bilgi Becerileri, Psikolojik Başetme ve İlişkiler faktör yapısı bu çalışmadaki Bozukluk ve Belirtiler alt boyutuyla; çalışmamızdaki Güvenlik alt boyutu bu çalışmadaki Kötüye Kullanım alt boyutuyla ortak maddeler içermektedir.

Yapı geçerliğinin sınanması için Doğrulayıcı Faktör Analizinde yapılan “uyum iyiliği istatistiklerinin” istenilen düzeyde olması gerekmektedir (Erdoğan ve ark. 2015). Aracın kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin 2 ve 2'nin altında olması normal değerleri gösterirken, 5 ve 5'in altında olması aracın kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca yaklaşık hataların ortalama karekökü RMSEA'nın 0.08'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin 0.05'den küçük olması uyumun iyi olduğunu göstermektedir. Uyum iyiliği indeksi GFI'nin kabul edilebilir değer olan 0.80'a eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu göstermektedir (Erdoğan ve ark. 2015).

Doğrulamalı faktör analizi sonucunda, CGD Kısa Formunun özbakım-beslenme; beslenme-fiziksel sağlık; yakın ilişkiler-cinsel yaşam; diğerlerinin güvenliği-kendine yönelik güvenlik; diğerlerinin güvenliği-alkol; psikolojik sıkıntı-durum ve tedavi hakkında bilgi maddeleri arasında da uyum olduğu saptanmıştır. CGD Kısa Formunun uyum indeksi olan RMSEA: 0,075 olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Ayrıca formun ki kare değeri $\chi^2:1,615$ olarak normal sınırlar içinde olduğu bulunmuştur. Ek olarak formun GFI değeri 0,813 ile uyumun olduğunu göstermiştir. Bu doğrultuda CGD Kısa Formunun Tablo 9’da verilen değerlerine göre uyumun kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilmektedir. Çalışmamıza paralel olarak Wennström ve arkadaşlarının CGD aracının doğrulamalı faktör analizini yaptıkları çalışmada RMSEA 0,054 olarak bulunmuştur (Wennström ve ark. 2004).

CGD Öz Bildirim Formunun doğrulamalı faktör analizinin sonucunda telefon-ulaşım; ilaçlar/madde-barınma maddeleri arasında da uyum olduğu saptanmıştır. CGD Öz Bildirim Formunun uyum indeksi olan RMSEA: 0,054 olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Buna ek olarak formun ki kare değeri $\chi^2:1,322$ olarak normal sınırlar içinde olduğu bulunmuştur. Formun GFI değeri 0,867 ile uyumun olduğunu göstermiştir. Böylece CGD Öz Bildirim Formunun Tablo 10’da verilen değerlerine göre uyumun kabul edilebilir düzeyde olduğu düşünülmektedir.

5.1.3. CGD Kısa Formu ve Öz Bildirim Formu Eş Zaman Geçerliğinin İncelenmesi

Bu geçerlik çalışmasında çevirisi yapılan araç ile aynı amaca yönelik olarak daha önce geliştirilmiş bir başka araç arasındaki uyum derecesi değerlendirilir (Erdoğan ve ark. 2015). Çevrilen CGD Kısa Formu ve kullanılan DSÖ Yaşam Kalitesi ilk görüşmede uygulanmıştır. Araçlardan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanmıştır (Şencan 2005). Korelasyon katsayısı ile iki araç arasında ilişki olup olmadığı incelenmektedir. Hesaplanan korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değer almaktadır. Korelasyon katsayısının değer aralıkları ise, $r<0,2$ ise çok zayıf ilişki yada korelasyonun olmaması, 0,2-0,4 arasında ise zayıf korelasyon, 0,4-0,6 arasında ise orta şiddette korelasyon, 0,6-0,8 arasında ise yüksek korelasyon, $0,8>$ ise çok yüksek korelasyon olarak değerlendirilmektedir (Erdoğan ve ark., 2015). Çalışmamızda DSÖ Yaşam Kalitesi ile karşılanmış, karşılanmamış ve toplam gereksinim arasında orta ve zayıf düzeyde negatif korelasyon bulunmuştur. Bu sonuç gereksinimlerin artmasının yaşam kalitesini düşürdüğü ya da düşük yaşam kalitesinin düşüğe gereksinimlerin arttığı yönünde yorumlanmaktadır (Tablo 11).

Bu aracın geçerlik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmalarda eş zaman geçerliğinin sağlanması için sıklıkla DSÖ Yaşam Kalitesi aracı kullanılmıştır (Ericson ve ark. 1997; Wiersma 2006; Ritsner ve ark. 2012; Stefanatou ve ark. 2014). Çalışmamızda Yaşam Kalitesi ile evine bakma, özbakım, gündüz aktiviteleri, psikotik belirtiler, cinsel yaşam arasında $r=-0,30$ 'un üzerinde zayıf düzeyde negatif ilişki bulunmuştur. Çalışmamızda Yaşam kalitesinin fiziksel alanı ve psikolojik alanı puanı ile gündüz aktiviteleri, psikotik belirtiler, durum ve tedavi hakkında bilgi ve psikolojik sıkıntı arasında $r=-0,30$ ve $-0,40$ 'ın üzerinde zayıf ve orta düzeyde negatif ilişki bulunmuştur. Çalışmamızda ayrıca Yaşam Kalitesi sosyal alanı puanı ile gündüz aktiviteleri, sosyal yaşam, yakın ilişkiler, cinsel yaşam ve çocukların bakımı arasında $r=-0,32$ ile $-0,51$ aralığında zayıf ve orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Çalışmamızda da benzer olarak Ritsner ve arkadaşlarının CGD Öz Bildirim Formunun faktör yapısını incelediği çalışmada DSÖ yaşam kalitesi ile korelasyonuna bakılmıştır. Barınma, beslenme, evin bakımı, fiziksel semptomlar, durum ve tedavi hakkında bilgi maddeleri ile yaşam kalitesi ile negatif orta düzeyde korelasyon, eğitim, telefon, ulaşım ve sosyal yardım ücreti ile yaşam kalitesi arasında negatif zayıf düzeyde korelasyon bulunmuştur (Ritsner ve ark. 2012).

Çalışmamızda yaşam kalitesi ile toplam gereksinimler tüm alanlarında zayıf ilişki bulunmuştur. Ancak Stefanatou ve arkadaşlarının yaptığı Camberwell Gereksinim Değerlendirme aracının geçerlik güvenilirliğini yaptığı çalışmada yaşam kalitesi yordayıcı form olarak belirlenmiş ve toplam ve karşılanmamış gereksinimler ile negatif korelasyonu ortadan yükseğe olarak bulunmuştur (Stefanatou ve ark. 2014).

Çalışmamızın karşılanmamış gereksinimleri ise yaşam kalitesinin tüm alanlarında çok zayıf ilişki bulunmuştur. Ancak Ericson ve arkadaşlarının 1997 yılında yaptıkları bir çalışmada Yaşam Kalitesi ile toplam gereksinim düzeyi arasındaki korelasyon değeri $r=0,18$ olarak çok zayıf ilişki bulunmuştur (Ericson ve ark. 1997). Wiersma'nın 2006 yılında yapmış olduğu çalışmada ise karşılanmamış gereksinimler ile Yaşam Kalitesi arasında yüksek düzeyde negatif bir ilişki bulunmuştur (Wiersma 2006).

5.2. CGD Kısa Formu ve Öz Bildirim Formu Güvenirlik Analizleri Bulgularının İncelenmesi

5.2.1. Bağımsız Gözlemciler Arası İç Uyum Analizlerinin İncelenmesi

CGD Kısa Formu katılımcılara aracın soruları yöneltilerek değerlendirilen bir form olması nedeniyle bağımsız gözlemciler arası iç uyum ile değerlendirilmiştir (Şencan 2005; Kılıç 2015). Birinci görüşmede, gözlemcilerin değerlendirmeleri ile araştırmacının değerlendirmeleri Kappa değeri (κ) ile ölçülmüştür. Böylece gözlemciler arasında uygulama farklılıklarından kaynaklanabilecek ölçümün güvenilirliği sağlanmıştır. Bu nedenle gözlemciler arası iç uyumun hesaplanması gerekmektedir. Uyum değerini hesaplamak için sıklıkla şansa bağlı tutarlılığın etkisini azaltan Cohen Kappa istatistiği kullanılmıştır. Landis ve Koch'un sınıflamasına göre Kappa değeri aralıkları ise; 0,01 – 0,20 önemsiz düzeyde uyum olması, 0,21 – 0,40 zayıf düzeyde uyum olması, 0,41 – 0,60 orta düzeyde uyum olması, 0,61 – 0,80 iyi düzeyde uyum olması 0,81 – 1,00 çok iyi düzeyde uyum olması anlamına gelmektedir (Kılıç 2015). Çalışmamızda ise CGD Kısa Formunda Kappa değeri en yüksek para ($\kappa=0,95$), çocukların bakımı ($\kappa=0,93$), telefon ($\kappa=0,92$) olarak çok iyi düzeyde uyum bulunmuştur. Kappa değeri en düşük olan maddeler ise yakın ilişkiler ($\kappa=0,65$), psikotik belirtiler ($\kappa=0,68$), durum ve tedavi hakkında bilgi ($\kappa=0,72$) olarak iyi düzeyde uyum bulunmuştur. Bu durum maddeler için gözlemciler arasında iyi bir uyum olduğunu göstermektedir. Ancak karşılanmış gereksinim ($\kappa=0,56$) ve karşılanmamış gereksinimler ($\kappa=0,54$) orta düzeyde uyum; toplam gereksinim düzeyi ise ($\kappa=0,62$) iyi düzeyde uyum göstermiştir (Tablo 12). Çalışmamızda aracın maddelerinin kappa değerleri, gereksinim düzeylerinin kappa değerlerinden daha yüksek bulunmuştur. Bu durum maddelerin değerlendirme puanları değişirken bunun sadece karşılanmış ve karşılanmamış gereksinimlere yansımından kaynaklanmaktadır. Ancak toplam gereksinim düzeyi puanına bu oran yansımamıştır. Bu da her bir maddenin en azından bir gereksinim puanıyla ifade edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Literatürde CGD Kısa Formunun geçerlik, güvenilirlik çalışmalarında bağımsız gözlemciler arası iç uyum sıklıkla tercih edilen bir güvenilirlik yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır (Phelan ve ark. 1995; Andresen ve ark. 2000; van der Krieke ve ark. 2011; Flisher ve ark. 2012; Stefanatou ve ark. 2014). Çalışmamızda zayıf ve tam uyum gösteren madde ya da puan bulunmamıştır. Ancak Andersen ve arkadaşlarının 32 hasta ile yaptıkları çalışmada CGD Kısa Formunun bağımsız gözlemciler arası iç uyumu ölçümleri; maddelerin kappa değerleri 0,39 ile 1,00 arasında değiştiği bulunmuştur. Ayrıca Kappa değerlerinin %36'sı 0,70 den düşük çıkmıştır (Andresen ve ark. 2000). Ayrıca çalışmamızda karşılanmış, karşılanmamış

orta düzeyde; toplam gereksinimler iyi düzeyde uyum göstermiştir. Ancak Phelan ve arkadaşlarının CGD'nin 59 kronik ruhsal bozukluğu olan birey ile geliştirildiği araştırmada da Kappa değerleri tüm maddelerde temel uyum düzeyi olarak kabul edilen 0,40'ın (Kılıç 2015) üzerinde bulunmuştur (Phelan ve ark. 1995). Stefanatou ve arkadaşlarının 2014 yılında CGD'nin geçerlik ve güvenilirlik araştırmasına 53 hasta alınmıştır (Stefanatou ve ark. 2014). İki değerlendirici arasındaki toplam gereksinimlerin uyum değeri $\kappa=0,96$ olarak mükemmel uyumlu, karşılanmış ve karşılanmamış gereksinimlerin kappa uyum değeri $\kappa=0,88$ 'i aşmış olarak bulunmuştur. Bu üç araştırmaya kıyasla, çalışmamızda mükemmel ve zayıf uyumun olmaması çalışmamızın düşük veya çok yüksek örneklem ile yapılmadığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda Kappa değeri orta ve iyi uyumlu olarak bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Van der Krieke ve arkadaşlarının CGD Kısa ve Öz Bildirim Formunun geçerlik ve güvenilirliğini yaptıkları 227 hasta ile yaptıkları araştırmada maddeler için Kappa değeri 0,41 ile 0,56 arasında orta düzeyde uyum bulunmuştur (van der Krieke ve ark. 2011). Bu durumun araştırmada örneklem sayısının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda psikotik belirtiler $\kappa=0,68$ ve evine bakma $\kappa=0,86$ olarak bulunmuştur. Fakat Flisher ve arkadaşlarının 2012 yılında 194 hasta ile yaptıkları CGD'nin güvenilirlik araştırmasında, Kappa değeri 0,15 ile 0,76 arasında değişerek; 10 maddede zayıf, 7 maddede orta düzeyde uyum bulunmuştur. Ayrıca araştırmada Kappa değeri psikotik semptomlarda 0,04 ve evine bakma 0,008 olarak anlamsız ve tesadüfi uyumlu olarak bulunmuştur (Flisher ve ark. 2012).

5.2.2. Test Tekrar Test Analizlerinin İncelenmesi

CGD Kısa ve Öz Bildirim Formunun zamana karşı değişmezliğini test etmek amacıyla test tekrar test güvenilirliği yapılmıştır. Bu güvenilirlik yönteminde Kısa ve Öz Bildirim Formlarının aralıklı teknikle en az 5, en fazla 14 gün ara verilerek ortalama 8 gün sonra tekrar görüşmeleri yapılmıştır. İki görüşmeden elde edilen değerlendirmelerin Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon testi ile korelasyon katsayısı (r değeri) hesaplanmıştır.

Çalışmamızda CGD Kısa Formunun toplam, karşılanmış ve karşılanmamış gereksinim düzeyleri 0,86 ve 0,88 arasında değiştiği saptanmıştır (Tablo 14). CGD formlarının güvenilirlik çalışmalarında zamana karşı değişmezlik sıklıkla tercih edilen bir yöntem olmuştur. (Phelan ve ark. 1995; McCrone ve ark. 2001; Rosales ve ark. 2002; Flisher ve ark. 2012; Stefanatou ve ark. 2014). Çalışmamıza paralel olarak Flisher ve arkadaşlarının CGD'nin test tekrar test ve

bağımsız gözlemciler arası uyumun güvenilirliğinin yapıldığı araştırmada, iki değerlendirme maddeler arasındaki korelasyon katsayısı 0,71 ve 0,84 aralığında olduğu bulunmuştur (Flisher ve ark. 2012). Stefanatou ve arkadaşlarının CGD geçerlik ve güvenilirlik araştırmasında iki değerlendirme arasında toplam gereksinim 0,86 ile mükemmel uyumlu bulunmuştur (Stefanatou ve ark. 2014). Karşılanmış ve karşılanmamış gereksinimler arasında ise en az korelasyonu 0,84 bulunmuştur (Stefanatou ve ark. 2014). McCrone ve arkadaşlarının 5 Avrupa ülkesinde yaptıkları CGD'nin geçerlik ve güvenilirlik araştırmasında iki görüşmedeki korelasyon katsayısı puanları; toplam gereksinimler için 0,85, karşılanmış gereksinim 0,69 ve karşılanmamış gereksinim 0,78 olarak bulunmuştur (McCrone ve ark. 2001) Rosales ve arkadaşlarının da CGD'nin İspanyol kültürü için geçerlik ve güvenilirliğinin yaptıkları araştırmada uzman değerlendirmesi için toplam gereksinimin korelasyon katsayısı 0,76 olarak bulunmuştur (Rosales ve ark. 2002). Phelan ve arkadaşlarının CGD'yi geliştirdikleri araştırmada da 60 hasta test tekrar test güvenilirliğine katılmış ve uzmanların değerlendirmesinde toplam gereksinimlerin korelasyonu 0,78 olarak bulunmuştur (Phelan ve ark. 1995).

Çalışmamızda CGD Öz Bildirim Formunun karşılanmış gereksinim 0,84 ile en yüksek tutarlılık değerini oluştururken karşılanmamış gereksinim düzeyi 0,72 olarak bulunmuştur (Tablo 16). Paralel olarak Trauer ve arkadaşlarının CGD Öz Bildirim Formu'nun geçerlik ve güvenilirliğini yapmış oldukları araştırmada test ve tekrar testte anlamlı fark bulunmamıştır (Trauer ve ark. 2008). En yüksek tutarlılık korelasyon değeri 0,81 olarak karşılanmamış gereksinimlerde bulunmuştur (Trauer ve ark. 2008). Ayrıca Çalışmamızda toplam gereksinimlerin korelasyonu 0,77 olarak bulunmuştur. Benzer olarak Phelan ve arkadaşlarının 1995'de test tekrar test güvenilirliğinde hastaların değerlendirmesi toplam gereksinimlerin korelasyonu 0,71 olarak bulunmuştur (Phelan ve ark. 1995). Rosales ve arkadaşlarının araştırmada uzman değerlendirmesi için toplam gereksinimin korelasyon katsayısı 0,79 olarak bulunmuştur (Rosales ve ark. 2002).

5.2.3. Paralel Form Güvenirliğinin İncelenmesi

CGD Kısa Formu ve CGD Öz Bildirim Formu aynı araca ait iki formu oluşturduğu için paralel form güvenilirliği yapılmıştır. İlk görüşmede formlardan elde edilen değerlendirmeler Pearson Korelasyon Katsayı Analizi ile karşılaştırılmış ve aralarında ilişki olup olmadığına bakılmıştır.

Çalışmamızda iki form arasında korelasyon katsayıları sırasıyla; karşılanmış gereksinim 0,89, karşılanmamış gereksinim 0,91 ve toplam gereksinim 0,90 ile yüksek düzeyde uyumlu

bulunmuştur (Tablo 18). CGD araçlarının geçerlik ve güvenilirlik araştırmalarında değerlendirmeciler ya da formlar arasında paralel form güvenilirliği için korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Van der Krieke ve arkadaşlarının 227 hasta ile yaptığı CGD Kısa ve Öz Bildirim Formunun geçerlik ve güvenilirliğinin yapıldığı araştırmada ayrıca paralel form güvenilirliği de yapılmıştır (van der Krieke ve ark. 2011). Böylece uzman ve hasta değerlendirmeleri arasındaki korelasyon karşılanmış gereksinim korelasyon katsayısı 0,64, karşılanmamış gereksinim katsayısı 0,70 olarak iyi uyum düzeyi gösterirken, toplam gereksinimler 0,39 ile zayıf uyum göstermiştir (van der Krieke ve ark. 2011). Bu iki çalışma arasındaki farkın çalışmamızdaki örneklem sayısının düşük olmasında kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak çalışmamızla paralel olarak Phelan ve arkadaşlarının CGD'yi geliştirdikleri araştırmada da 60 hasta paralel form güvenilirliğine katılmıştır. Uzmanların ve hastaların değerlendirmesinde toplam gereksinimlerin korelasyonu $r=0,98$ olarak bulunmuştur (Phelan ve ark. 1995). Andresen ve arkadaşlarının CGD Kısa Formunun bağımsız gözlemciler arası güvenilirliğinin test edildiği araştırmada da yapılan paralel form güvenilirliğinde çalışmamızla uyumlu sonuçlar göstermektedir. Araştırmada uzman ve hasta değerlendirmeleri arasındaki korelasyon katsayıları sırasıyla toplam gereksinimler 0,89, karşılanmış gereksinimler 0,84, karşılanmamış gereksinimler 0,91 olarak çok yüksek düzeyde uyum gösterdiği bulunmuştur (Andresen ve ark. 2000).

Çalışmamızda formlar arası gereksinim alanlarından gündüz aktiviteleri ve çocukların bakımı orta düzeyde uyumlu bulunurken, diğer gereksinim alanları yüksek ve çok yüksek düzeyde uyumlu bulunmuştur. Literatürde CGD araçlarının geçerlik ve güvenilirliklerinin yapıldığı çalışmalar dışında da CGD formlarının uygulandığı araştırmalarda da paralel form güvenilirliğine bakılmıştır. Ponizovsky ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmada CGD Kısa ve Öz Bildirim Formlarının arasında her bir gereksinim alanının uyumuna bakılmıştır (Ponizovsky ve ark. 2014). Durum ve tedavi hakkında bilgi, yakın ilişkiler, gündüz aktiviteleri, psikotik semptomlar maddelerinin korelasyon katsayısı 0.54 ile 0.73 arasında değişen orta ve yüksek düzeyde pozitif uyum bulunmuştur. Diğer tüm gereksinim alanları ise korelasyon katsayısı 0.76 ile 1.00 arasında değişen çok yüksek pozitif uyum bulunmuştur (Ponizovsky ve ark. 2014).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerini değerlendiren Camberwell Gereksinim Değerlendirme Kısa ve Öz Bildirim Formunun psikolinguistik ve psikometrik özelliklerinin analizi sonucu Türk kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bulunmuştur. İncelenen sonuçlar aşağıda yer almaktadır=

- CGD Kısa Formu ortalama 13 dakikada, CGD Öz Bildirim Formu ortalama 7 dakikada değerlendirilmektedir.
- CGD Kısa ve Öz Bildirim Formunun kapsam geçerliğinde, maddelerin uygulanabilirliği ve anlaşılabilirliği açısından uzmanlar arasında görüş birliği sağlanmış ve kapsam geçerlik indeksi 0,84 olarak anlamlı bulunmuştur.
- CGD Kısa Formu'nun açıklayıcı faktör analizi sonucunda Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı 0,68, Barlett Testi ise $\chi^2=1224,660$ ve $p=0,000$ ile anlamlı ve varsayıma uygun olarak bulunmuştur. Özdeğeri birin üzerinde toplam varyansın %74,41'ini açıklayan 5 faktör yapısı bulunmuştur.
- CGD Kısa Formunun beş faktör yapısı sırasıyla; Günlük Yaşam Becerileri, Bilgi Becerileri, İlişkiler, Güvenlik ve Psikolojik Başetme olarak adlandırılmıştır. Faktör yükleri ise 0,54 ile 0,90 arasında değişmektedir.
- CGD Kısa Formu'nun doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indekslerinin RMSEA 0,075; RMR 0,032; CFI 0,899; IFI 0,901; GFI 0,813; TLI 0,886; χ^2 ise 1,615 ($p=0,000$) değerleri ile kabul edilebilir düzeyde olduğu bulunmuştur.
- CGD Öz Bildirim Formu'nun açıklayıcı faktör analizi Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı 0,65, Barlett Testi ise $\chi^2=797,257$ ve $p=0,000$ ile anlamlı ve varsayıma uygun olarak bulunmuştur. Özdeğeri birin üzerinde toplam varyansın %70,14'ünü açıklayan 5 faktör yapısı bulunmuştur.
- CGD Öz Bildirim Formunun beş faktör yapısı sırasıyla; Kendine Bakabilme, Yaşam Becerileri, Kişilerarası İlişkiler, Psikolojik Sağlık, Bağımlılık olarak adlandırılmıştır. Faktör yükleri ise 0,49 ile 0,85 arasında değişmektedir.
- CGD Öz Bildirim Formu'nun doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indekslerinin RMSEA 0,054; RMR 0,054; CFI 0,919; IFI 0,922; GFI 0,867; TLI 0,908; χ^2 ise 1,322 ($p=0,000$) değerleri ile kabul edilebilir düzeyde olduğu bulunmuştur.
- CGD Kısa Formu ile DSÖ Yaşam Kalitesinin yordama geçerliğinde toplam gereksinim düzeyi ile genel alan korelasyonu -0,529 ile negatif orta düzeyde anlamlı ilişki

bulunmuştur. CGD Kısa Formu ile DSÖ Yaşam Kalitesi arasında yordama geçerliği vardır.

- CGD Kısa Formunun ilk görüşmede bağımsız gözlemciler arası iç uyum analizi Kappa değeri toplam gereksinimler üzerinden 0,621 olarak iyi düzeyde uyumlu bulunmuştur. CGD Kısa Formunun ilk görüşmede bağımsız gözlemciler arası güvenilirliği vardır.
- CGD Kısa Formunun test tekrar test güvenilirliği korelasyon katsayı değerleri 0,313 ve 0,930 arasında değişen anlamlı ilişki bulunmuştur. CGD Kısa Formunun test tekrar test güvenilirliği sağlanmıştır.
- CGD Öz Bildirim Formunun test tekrar test güvenilirliği korelasyon katsayı değerleri 0,522 ile 0,824 arasında orta ve iyi düzeyde değişen anlamlı ilişki bulunmuştur. CGD Öz Bildirim Formunun test tekrar test güvenilirliği sağlanmıştır.
- CGD Kısa Formu ve Öz Bildirim formu arasında yapılan paralel form güvenilirliği arasında korelasyon katsayısının 0,431 ve 0,936 arasında orta ve iyi düzeyde değişen anlamlı ilişki bulunmuştur. CGD Kısa Formu ve Öz Bildirim formu arasında yapılan paralel form güvenilirliği sağlanmıştır.

6.2. Öneriler

Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerini değerlendiren Camberwell Gereksinim Değerlendirme Kısa ve Öz Bildirim Formunun geçerlik güvenirlik çalışmasının önerileri aşağıda yer almaktadır.

- CGD Kısa Formu değerlendirmesi, hastaları tanıyan ve gereksinimlerini bütüncül olarak değerlendirebilecek toplum ruh sağlığı profesyonelleri olan vaka yöneticileri ile tekrarlanmalıdır.
- CGD Kısa ve Öz Bildirim Formu toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan ruh sağlığı profesyonelleri olan vaka yöneticileri tarafından çok daha geniş bir örneklem ile çalışılmalıdır.
- CGD Kısa ve Öz Bildirim Formu toplum ruh sağlığı hizmetleri, poliklinik hizmetlerinden farklı olması nedeniyle formların poliklinikten yararlanan hastalar için geçerlik ve güvenirliği tekrarlanmalıdır.
- CGD Kısa ve Öz Bildirim Formu toplum ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerini değerlendirmek için uygun araçlar olduğu için toplum ruh sağlığı hizmetlerinde rutin uygulama ve çalışmalarda kullanılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2002;4(1): 9-14.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği, Çev. Köroğlu E. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Beşinci Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014.
3. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Gelistirme Dergisi* 2003;4: 9-20.
4. Andresen R., Caputi P, Oades LG. Interrater reliability of the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000;34: 856–861.
5. Arvidsson H. Met and unmet needs of severely mentally ill persons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003;38(7): 373-379.
6. Arvidsson H. The development of needs in a group of severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2008;43(9): 705-713.
7. Bengtsson-Tops A, Hansson L. Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: the relationship between needs and subjective quality of life. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 1999;34(10): 513-518.
8. Bilge A, Mermer G, Çam MO, Çetinkaya A, et al. Profile of community mental health centers in Turkey between 2013-2015 Years. *Journal of Health Sciences of Kocaeli University* 2016;2(2): 1-5.
9. Bitter NA, Roeg DP, van Nieuwenhuizen C, van Weeghel J. Identifying profiles of service users in housing services and exploring their quality of life and care needs. *BMC psychiatry* 2016;16(1): 419-429.
10. Broadbent E, Kydd R, Sanders D, Vanderpyl J. Unmet needs and treatment seeking in high users of mental health services: role of illness perceptions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2008;42(2): 147-153.
11. Buhler G, Oades SJ, Leicester CJB, Allison MFJ. Effect of executive functioning on perceived needs in chronic schizophrenia. *International journal of psychiatry in clinical practice* 2001;5(2): 119-122.
12. Caqueo-Urizar A, Boyer L, Gilman SE. Needs of patients with schizophrenia among an ethnic minority group in Latin America. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2017;1-10.

13. Cleary M, Freeman A, Hunt GE, Walter G. Patient and carer perceptions of need and associations with care-giving burden in an integrated adult mental health service. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006;41(3): 208-214.
14. Deniz KZ. Psikolojik ölçme aracı uyarlama. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2007;40(1): 1-16.
15. Dursun Y, Kocagöz E. Yapısal Eşitlik Modellemesi Ve Regresyon: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2010;(35): 1-17.
16. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33:766-771.
17. Ericson BG, Hansson JH, Teike T. Urgent need for a Need Assessment Scale in monitoring social support: A validation study on the Swedish version of the Camberwell Assessment of Need. *Nordic Journal of Psychiatry* 1997;51(3): 173-182.
18. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Hemşirelikte Araştırma; Süreç, uygulama ve kritik. 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015.
19. Erkuş A. Varolan ölçek geliştirme yöntemleri ve ölçme kuramları psikolojik ölçek geliştirmede ne kadar işlevsel: yeni bir öneri. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 2012;3(2): 279-290.
20. Ernest S, Nagarajan G, Jacob KS. Assessment of need of patients with schizophrenia: A study in Vellore, India. *International Journal of Social Psychiatry* 2013;59(8): 752-756.
21. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Yalçın Eser S, Elbi H, Göker E : Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref. 3P (Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji) Dergisi. 1999; 7(ek):5-13.
22. Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, Tremblay J. Factors associated with needs of users with severe mental disorders. *Psychiatric Quarterly* 2013;84(3): 363-379.
23. Flisher A, Sorsdahl K, Joska J. Reliability of the Camberwell Assessment of Need for South African mental health service users. *International Journal of Social Psychiatry* 2012;58(1): 47-54.
24. Grinshpoon A, Ponizovsky AM. The relationships between need profiles, clinical symptoms, functioning and the well-being of inpatients with severe mental disorders. *Journal of evaluation in clinical practice* 2008;14(2): 218-225.
25. Gümüş AB. Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006;7: 33-42.

26. Hansson L, Sandlund M, Bengtsson-Tops A, Bjarnason O, et al. The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. A Nordic multi-center study. *Nordic Journal of Psychiatry* 2003;57(1): 5-11.
27. İçel S, Özkan B, Aydoğan A. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü. *Ankara Medical Journal* 2016;16(2): 208-214.
28. Jansson L, Sonnander K, Wiesel FA. Needs assessed by psychiatric health care and social services in a defined cohort of clients with mental disabilities. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 2005;255(1): 57-64.
29. Joska J, Flisher AJ. The assessment of need for mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005;40(7): 529-539.
30. Junghan UM, Leese M, Priebe S, Slade M. Staff and patient perspectives on unmet need and therapeutic alliance in community mental health services. *The British Journal of Psychiatry* 2007;191(6): 543-547.
31. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2014;40(40): 39-49.
32. Kılıç C. Ruhsal Hastalıklara Bağlı Hastalık Yükü. *Ulusal Hastalık Yükü Çalışması Sonuçları ve Hastalık Yükü*, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 2017;3.
33. Kılıç S. Kappa testi. *Journal of Mood Disorders* 2015;5(3): 142-144.
34. Korkeila J, Heikkilä J, Hansson L, Sørgaard KW, Vahlberg, et al. Structure of needs among persons with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005;40(3): 233-239.
35. Kulhara P, Avasthi A, Grover S, Sharan P, et al. Needs of Indian schizophrenia patients: an exploratory study from India. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2010;45(8): 809-818.
36. Lasalvia A, Ruggeri M, Mazzi MA, Dall'Agnola RB. The perception of needs for care in staff and patients in community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 3. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;102(5): 366-375.
37. Lasalvia A, Bonetto C, Salvi G, Bissoli S, et al. Predictors of changes in needs for care in patients receiving community psychiatric treatment: a 4-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007;116(437): 31-41.
38. Lasalvia A, Boggian I, Bonetto C, Saggiaro V, et al. Multiple perspectives on mental health outcome: needs for care and service satisfaction assessed by staff, patients and family members. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2012;47(7): 1035-1045.

39. Macpherson R, Varah M, Summerfield L, Foy C, Slade M. Staff and patient assessments of need in an epidemiologically representative sample of patients with psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2003a;38(11): 662-667.
40. Macpherson R, Varah M, Summerfield L, Foy C, et al. Staff and patient assessments of need in an epidemiologically representative sample of patients with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003b;38(11): 662-667.
41. MacPherson R, Gregory N, Slade M, Foy C. Factors associated with changing patient needs in an assertive outreach team. *International Journal of Social Psychiatry* 2007;53(5): 389-396.
42. Marshall M, Hogg LI, Gath DH, Lockwood A. The cardinal needs schedule—a modified version of the MRC needs for care assessment schedule. *Psychological Medicine* 1995;25(3): 605-617.
43. Marshall M, Lockwood A, Green G, Zajac-Roles G, et al. Systematic assessments of need and care planning in severe mental illness. *The British journal of psychiatry* 2004;185(2): 163-168.
44. McCrone P, Leese M, Thornicroft G, Schene A, et al. A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European Countries: The EPSILON Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001;103(5): 370-379.
45. Middelboe T, Mackeprang T, Hansson L, Werdelin G, et al. The Nordic study on schizophrenic patients living in the community. *Subjective Needs and Perceived Help. European Psychiatry* 2001;16(4): 207-214.
46. Mojtabai R, Fochtmann L, Chang SW, Kotov R, et al. Unmet need for mental health care in schizophrenia: an overview of literature and new data from a first-admission study. *Schizophrenia Bulletin* 2009;35(4): 679-695.
47. Neogi R, Chakrabarti S, Grover S. Health-care needs of remitted patients with bipolar disorder= A comparison with schizophrenia. *World Journal of Psychiatry* 2016;6(4): 431.
48. Ochoa S, Haro JM, Usall J, Autonell J, et al. Needs and its relation to symptom dimensions in a sample of outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2005;75(1): 129-134.
49. Olivás F, Muray E, Crespo M. Evaluation of needs among patients with severe mental illness. a community study. *Actas Esp Psiquiatr* 2013;41(2): 115-121.
50. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*, 13. Baskı, Ankara, Tuna Matbaacılık A.Ş, 2015.

51. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, et al. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry* 1995;167(5): 589-595.
52. Priebe S, Matanov A, Demi N, Simic JB, et al. Community mental health centres initiated by The South-Eastern Europe Stability Pact: evaluation in seven countries. *Community Mental Health Journal* 2012;48(3): 352-362.
53. Ponizovsky AM, Rothstein I, Grinshpoon A. The CANSAS self-report for screening of needs in outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Community mental health journal* 2014;50(3): 343-347.
54. Puschner B, Steffen S, Gaebel W, Freyberger H, et al. Needs-oriented discharge planning and monitoring for high utilisers of psychiatric services (NODPAM): design and methods. *BMC health services research* 2008;8(1): 152-160.
55. Ritsner MS, Lisker A, Arbitman M, Grinshpoon A. Factor structure in the Camberwell Assessment of Need–Patient Version: The correlations with dimensions of illness, personality and quality of life of schizophrenia patients. *Psychiatry and clinical neurosciences* 2012;66(6): 499-507.
56. Roberge P, Hudon C, Pavilanis A, Beaulieu MC, et al. A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. *BMC family practice* 2016;17(1): 134-148.
57. Rosales CV, Torres FG, Luna JDC, Jiménez JE, et al. Reliability of the Spanish version of the Camberwell Assessment of Needs (CAN)(Spanish version of CAN Reliability Study). *Actas espanolas de psiquiatria* 2002;30(2): 99-104.
58. Ruggeri M, Leese M, Slade M, Bonizzato P, et al. Demographic, clinical, social and service variables associated with higher needs for care in community psychiatric service patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004;39(1): 60-68.
59. Salvi G, Leese M, Slade M. Routine use of mental health outcome assessments: choosing the measure. *The British Journal of Psychiatry* 2005;186(2): 146-152.
60. Salčić D, Mehmedbašić AB, Kučukalić A, Ibrahimagić E. Assessment of needs of schizophrenia patients within centres for mental health of canton sarajevo. *Medical Journal* 2011;17(4): 284-289
61. Slade M, Beck A, Bindman J, Thornicroft G, et al. Routine clinical outcome measures for patients with severe mental illness: CANSAS and HoNOS. *The British Journal of Psychiatry* 1999;174(5): 404-408.

62. Slade M, Leese M, Cahill S, Thornicroft G, Kuipers E. Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *The British Journal of Psychiatry* 2005;187(3): 256-261.
63. Saruç S, Kaya Kılıç A. Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların sosyal profili ve merkezde verilen hizmetler. *Journal of Society and Social Work*, 2015;26(2): 53-71.
64. Stefanatou P, Giannouli E, Konstantakopoulos G, Vitoratou S, Mavreas V. Measuring the needs of mental health patients in greece: reliability and validity of the greek version Of The Camberwell Assessment of Need. *International Journal of Social Psychiatry* 2014;60(7): 662-671.
65. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlik. 1. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2005.
66. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması, Ana Rapor. Ankara: Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. 1998
67. TC Sağlık Bakanlığı. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.
68. The University of Nottingham. Research Into Recovery and Wellbeing. <http://www.researchintorecovery.com/adultcantranslations> (Erişim Tarihi: 13.07.2017).
69. The WHOQOL Group . The development of the World Health Organization Quality of Life Instrument in Quality of Life Assesment: International perspectives. J Orley&W Kuyken, Springer Verlag, Heidelberg, 1994; 41-61.
70. Torres González F, Ibanez-Casas I, Saldivia S, Ballester D, et al. Unmet needs in the management of schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2014;10: 97–110.
71. Trauer T, Tobias G, Slade, M. Development and evaluation of a patient-rated version of the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS-P). *Community mental health journal* 2008;44(2): 113-124.
72. Trauer T, Tobias G. The Camberwell Assessment of Need and behaviour and symptom identification scale as routine outcome measures in a psychiatric disability rehabilitation and support service. *Community Mental Health Journal*, 2004;40(3): 211-221.
73. van der Krieke L, Sytema S, Wiersma D, Tielen H, van Hemert AM. Evaluating the CANSAS self-report (CANSAS-P) as a screening instrument for care needs in people with psychotic and affective disorders. *Psychiatry research* 2011;188(3): 456-458.
74. Wennström E, Sörbom D, Wiesel FA. Factor structure in the Camberwell Assessment of Need. *The British Journal of Psychiatry* 2004;185(6): 505-510.

75. Wennström E, Wiesel FA. The Camberwell assessment of need as an outcome measure in routine mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2006;41(9): 728-733.
76. Wennström E. The Camberwell Assessment of Need as an outcome measure in community mental health care. Doctoral dissertation, Acta Universitatis Upsaliensis 2008a.
77. Wennström E, Berglund L, Lindbäck J, Wiesel FA. Deconstructing the 'black box' of the Camberwell assessment of need score in mental health services evaluation. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2008b;43(9): 714-719
78. Werner S. Needs assessment of individuals with serious mental illness: Can it help in promoting recovery?. *Community Mental Health Journal* 2012;48(5): 568-573.
79. Wiersma D. Needs of people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006;113(429): 115-119.
80. Wiersma D, van den Brink R, Wolters K, McCabe R, et al. Individual unmet needs for care: are they sensitive as outcome criterion for the effectiveness of mental health services interventions?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2009;44(4): 317-324.
81. Yeh LL, Liu SK, Hwu HG. Needs and demands for community psychiatric rehabilitation programs from the perspectives of patients and caregivers. *Community mental health journal* 2011;47(4): 415-423.
82. Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi: 1-6, 28-30 Eylül 2005, Denizli.

8. EKLER

Ek 1: Hasta Tanıtım Formu

Hasta Tanıtım Formu

1. TRSM:
2. Adı soyadı:
3. Yaşı:
4. Cinsiyeti: 1) Kadın 2) Erkek
5. Öğrenim durumu: 1) Okur-yazar değil 2) İlköğretim 3) Ortaöğretim
4) Yükseköğretim
6. Çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Yarı Zamanlı Çalışıyor 3) Çalışmıyor
7. Ailenin gelir durumu: 1) Gelir gider dengeli 2) Gelir giderken yüksek
3) Gelir giderden az
8. Aile yapısı: 1) Geniş aile 2) Çekirdek aile
9. Hastalığınızın tanısı?
10. Hastalık süresi?
1. TRSM'ye ne sıklıkla geliyorsunuz?
2. Ne zamandır TRSM'ye geliyorsunuz?

Ek 2: Camberwell Gereksinim Değerlendirme – Kısa Formu (Taslak)

Hasta adı:	Gereksinim değerlendirmesi			
	0 = problem yok		2 = karşılanmamış gereksinim	
	1 = karşılanmış gereksinim		9 = bilinmiyor	
Değerlendirme numarası	1	2	3	4
Değerlendirmeyi yapan kişi (H=Hasta, P=Personel, B=Bakım veren)				
Değerlendirme tarihi				

1. Barınma / Konaklama <i>Nasıl bir yerde yaşıyorsunuz?</i>				
2. Beslenme <i>Yeterince yemek yiyebiliyor musunuz?</i>				
3. Evine bakma <i>Eviniz ile ilgilenabiliyor musunuz?</i>				
4. Özbakım <i>Temiz ve düzenli görünümünüzü sürdürmekte bir problem yaşıyor musunuz?</i>				
5. Gündüz aktiviteleri <i>Gününüzü nasıl geçiriyorsunuz?</i>				
6. Fiziksel sağlık <i>Fiziksel olarak nasıl hissediyorsunuz?</i>				
7. Psikotik belirtiler <i>Hiç sesler duyuyor musunuz veya düşüncelerinizle ilgili sorun yaşıyor musunuz?</i>				
8. Durum ve tedavi hakkında bilgi <i>Tedaviniz ve ilaçlarınız hakkında açık bir şekilde bilgilendirildiniz mi?</i>				
9. Psikolojik sıkıntı <i>Son zamanlarda kendinizi çok üzgün veya çökkün hissediyor musunuz?</i>				
10. Kendine yönelik güvenlik <i>Hiç kendinize zarar verme düşünceniz oldu mu?</i>				

11. Diğerlerinin güvenliği <i>Diğer insanların güvenliği açısından bir tehlike oluşturabileceğinizi düşünüyor musunuz?</i>				
12. Alkol <i>Alkol kullanmak sizde herhangi bir soruna neden oluyor mu?</i>				
13. İlaçlar/Madde <i>Reçete edilmeyen herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?</i>				
14. Sosyal yaşam <i>Sosyal yaşamınızdan memnun musunuz?</i>				
15. Yakın ilişkiler <i>Bir eşiniz/sevgiliniz var mı?</i>				
16. Cinsel yaşam <i>Cinsel yaşamınız nasıldır?</i>				
17. Çocukların bakımı <i>18 yaş altında çocuğunuz var mı?</i>				
18. Eğitim <i>Türkçe okuma, yazma veya anlamada herhangi bir sorun yaşıyor musunuz?</i>				
19. Telefon <i>Telefonu nasıl kullanacağınızı biliyor musunuz?</i>				
20. Ulaşım <i>Otobüs, tren, tramvay gibi toplu taşıma araçlarını rahatlıkla kullanabiliyor musunuz?</i>				
21. Para <i>Para ile ilgili bütçe yönetiminizi nasıl buluyorsunuz?</i>				
22. Sosyal güvenceler <i>Hakkınız olan tüm parayı alıyor musunuz?</i>				
A. Karşılanmış gereksinim – sütundaki (1) rakamlarının sayısı				
B. Karşılanmamış gereksinim – sütundaki (2) rakamlarının sayısı				
Toplam gereksinimler – A + B =				

Ek 3: Camberwell Gereksinim Değerlendirme – Kısa Formu

Hasta adı:	Gereksinim değerlendirme 0 = problem yok 2 = karşılanmamış gereksinim 1 = karşılanmış gereksinim 9 = bilinmiyor
Değerlendirmeyi yapan kişi (H=Hasta, P=Personel, B=Bakım veren)	
Değerlendirme tarihi	

	Gereksinim değerlendirme (H / P / B)	Gereksinim değerlendirme (H / P / B)	Gereksinimle ilgili notlar
1. Barınma / Konaklama <i>Nasıl bir yerde yaşıyorsunuz? (Nerede ve kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?)</i>			Notlar :
2. Beslenme <i>Yeterince yemek yiyebiliyor musunuz? (Yemeklerinizi kendiniz yapabiliyor musunuz?/ Yemeklerinizi kim yapıyor?)</i>			Notlar :
3. Evine bakma <i>Eviniz ile ilgilenebiliyor musunuz? (Evinizi kendiniz temizleyebiliyor musunuz?/ Ev temizliğini kim yapıyor?)</i>			Notlar :
4. Özbakım <i>Temiz ve düzenli görünümünüzü sürdürmekte bir problem yaşıyor musunuz? (Banyonuzu kendiniz yapabiliyor musunuz?/ Kıyafetlerinizi kendiniz değiştirebiliyor musunuz?/ Birinin uyarısı gerekiyor mu?)</i>			Notlar :
5. Gündüz aktiviteleri <i>Gününüzü nasıl geçiriyorsunuz? (Yeterince yapacak işiniz var mıdır?/ Kendinizi meşgul edebiliyor musunuz?)</i>			Notlar :
6. Fiziksel sağlık <i>Fiziksel sağlığınızla ilgili nasıl hissediyorsunuz? (Fiziksel problemlerinizi dolaylı doktorunuzdan yardım alıyor musunuz?)</i>			Notlar :

<p>7. Psikotik belirtiler <i>Hiç ortamda kimse yokken sesler duyuyor musunuz?</i> <i>Düşüncelerinizle ilgili sorun yaşıyor musunuz?</i> <i>(Ortamda kimse yokken sesler duyma veya görüntü görme gibi problemler yaşıyor musunuz?)</i> <i>/ Hakkınızda konuşulduğunu düşündüğünüz veya birilerinin size zarar vereceği gibi düşüncelerinizden rahatsızlık duyuyor musunuz?)</i></p>			<p>Notlar :</p>
<p>8. Durum ve tedavi hakkında bilgi <i>Tedaviniz ve ilaçlarınız hakkında açık bir şekilde bilgilendirildiniz mi?</i> <i>(İlaçlarınızı ne için alıyorsunuz?/ Hastalığınızın ne gibi belirtileri olduğunu biliyor musunuz?)</i></p>			<p>Notlar :</p>
<p>9. Psikolojik sıkıntı <i>Son zamanlarda kendinizi çok üzgün veya çökkün hissediyor musunuz?</i> <i>(Aşırı derecede sıkıntılı veya korkmuş hissettiniz mi?/ Aşırı derecede gerginlik ve huzursuzluk hissettiniz mi?)</i></p>			<p>Notlar :</p>
<p>10. Kendine yönelik güvenlik <i>Hiç kendinize zarar verme düşünceniz oldu mu?</i> <i>(Kendinize zarar verdiniz mi? / Kendinizi başka yollardan tehlikeye attınız mı?)</i></p>			<p>Notlar :</p>
<p>11. Diğerlerinin güvenliği <i>Diğer insanların güvenliği açısından bir tehlike oluşturabileceğinizi düşünüyor musunuz?</i> <i>(Diğer insanlara zarar verme düşünceniz ve davranışınız oldu mu? / Hiç kızdınız ve ardından birine vurdunuz mu?)</i></p>			<p>Notlar :</p>
<p>12. Alkol <i>Alkol kullanmak sizde herhangi bir soruna neden oluyor mu?</i> <i>(Alkol alıyor musunuz? / Alkol almayı azaltmak ister miydiniz?)</i></p>			<p>Notlar :</p>
<p>13. İlaçlar/Madde <i>Reçete edilmeyen herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?</i> <i>(Herhangi bir yasadışı madde kullanıyor musunuz? / Bırakmada güçlük çektiğiniz bir ilaç veya madde var mıdır?)</i></p>			<p>Notlar :</p>
<p>14. Sosyal yaşam <i>Sosyal yaşamınızdan memnun musunuz?</i> <i>(İş veya sosyal arkadaşlarınızla ne sıklıkla görüşürsünüz?)</i></p>			<p>Notlar :</p>

15. Yakın ilişkiler <i>Bir eşiniz/sevgiliniz var mı? (Birlikteliğiniz veya evliliğinizde problemleriniz var mı?)</i>			Notlar :
16. Cinsel yaşam <i>Cinsel yaşamınız nasıldır? (Cinsel etkinliklerinizle ilgili sorun yaşıyor musunuz?)</i>			Notlar :
17. Çocukların bakımı <i>18 yaş altında veya bakıma gereksinim duyan çocuğunuz var mı? (Çocuklara kim bakıyor ya da bakmanızda yardım ediyor? / Onlara bakmakta zorluk yaşıyor musunuz?)</i>			Notlar :
18. Eğitim <i>Türkçe okuma, yazma veya anlamada herhangi bir sorun yaşıyor musunuz? (Reçete veya tabelaları okuyabiliyor musunuz? / Bir alışverişte para üstünü hesaplayabiliyor musunuz?)</i>			Notlar :
19. Telefon <i>Telefonu nasıl kullanacağınızı biliyor musunuz? (Telefonu rahatça kullanabiliyor musunuz?)</i>			Notlar :
20. Ulaşım <i>Otobüs, tren, tramvay gibi toplu taşıma araçlarını rahatlıkla kullanabiliyor musunuz? (Ulaşım kartına sahip misiniz? / Bir yere otobüs veya trenle giderken birilerinin yardımına gereksinim duyuyor musunuz?)</i>			Notlar :
21. Para <i>Para ile ilgili bütçe yönetiminizi nasıl buluyorsunuz? (Gelir ve giderlerinizi ayarlayabiliyor musunuz? / Faturalarınızı ödeyebiliyor musunuz?)</i>			Notlar :
22. Sosyal yardım ücreti <i>Hakkınız olan (engellilik maaşı, malulen emeklilik maaşı vb) parayı alıyor musunuz? (Size bağlanan aylığınızı alıyor musunuz?)</i>			Notlar :
A. Karşılanmış gereksinim – sütundaki (1) rakamlarının sayısı			Notlar : ...
B. Karşılanmamış gereksinim – sütundaki (2) rakamlarının sayısı			Notlar : ...
Toplam gereksinimler – A + B =			Notlar : ...

Ek 4: Camberwell Gereksinim Değerlendirme – Öz Bildirim Formu

Gereksinimim yok : Herhangi bir sorunum yok

Yardım aldığım için gereksinimim yok : Doktor, ailem yardım ettiği için sorunum yok

Gereksinimim var : Ciddi bir sorunum var

	Gereksinimim yok	Yardım aldığım için gereksinimim yok	Gereksinimim var	Bu soruyu cevaplamak istemiyorum
1. Barınma / Konaklama <i>Yaşadığınız yer ile ilgili gereksinimleriniz var mı?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2. Beslenme <i>Yemek yemek ve beslenme ile ilgili sorununuz var mı?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3. Eve bakabilme <i>Evinizin bakımı ile ilgili yardıma gereksinim duyuyor musunuz?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4. Özbakım <i>Temiz ve düzenli görünümün sağlamakta bir problem yaşıyor musunuz?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
5. Günlük yaşam aktiviteleri <i>Günlük yaşamda kendinizi meşgul edebilmek ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
6. Fiziksel sağlık <i>Fiziksel sağlığınız ile ilgili sorununuz var mı?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7. Psikotik belirtiler <i>Herhangi bir ses duyma ya da rahatsız edici düşünceler ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
8. Durum ve tedavi hakkında bilgi <i>Tedaviniz ve ilaçlarınız hakkında bilgi gereksininiz var mı?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
9. Psikolojik sorunlar <i>Son zamanlarda kendinizi çok üzgün/değersiz hissetmek ile ilgili sorunlar yaşadınız mı?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
10. Kendine yönelik güvenlik <i>Son zamanlarda kendinize zarar verme düşüncelerinizle ilgili yardıma gereksinim duydunuz mu?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

	Gereksinimim yok	Yardım aldığım için gereksinimim yok	Gereksinimim var	Bu soruyu cevaplamak istemiyorum
11. Diğerlerinin güvenliği <i>Diğer insanlara zarar verme düşünceleri ile ilgili sorunuz var mı?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
12. Alkol <i>Alkol kullanmak sizde herhangi bir soruna neden oluyor mu?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
13. Madde <i>Yasadışı madde kullanmak sizde herhangi bir soruna neden oluyor mu?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
14. Sosyal yaşam <i>Sosyal ilişkilerinizde yardıma gereksinim duyuyor musunuz?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
15. Yakın ilişkiler <i>Bir eş veya sevgiliye gereksinim duyuyor musunuz?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
16. Cinsel yaşam <i>Cinsel etkinlikleriniz ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
17. Çocukların bakımı <i>Çocuğunuzun bakımında yardıma gereksinim duyuyor musunuz?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
18. Eğitim <i>Türkçe okuma, yazma veya anlamada herhangi bir sorun yaşıyor musunuz?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
19. Telefon <i>Telefonu kullanımıyla ilgili sorunuz var mı?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
20. Ulaşım <i>Otobüs, tren, tramvay gibi toplu taşıma araçlarını kullanmakta sorun yaşıyor musunuz?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
21. Para <i>Parasal harcamalarda yardıma gereksinim duyuyor musunuz?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
22. Sosyal yardım ücreti <i>Size bağlanan emekli maaşı/engellilik maaşını alma ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Ek 5: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi – Kısa Formu

	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	5	4	3	2	1
4 Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için, tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	5	4	3	2	1
5 Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
7 Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	5	4	3	2	1

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
27 Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Ek 6: Camberwell Gereksinim Değerlendirme Kısa ve Öz Bildirim Formu Kullanım İzni

Do go ahead – you have permission

Best wishes

Mike

From: Gulsum Damlarkaya [mailto:gulsumdamlarkaya@gmail.com]

Sent: 03 August 2017 16:24

To: Slade Mike <ntzms@exmail.nottingham.ac.uk>

Subject: Permit to CANSAS validity and reliability

Dear Gülsüm

Thanks for this. I attach the short versions (CANSAS and CANSAS-P) – I do not have copies of CAN-R and CAN-C (which are in the CAN book).

Best wishes

Mike

Mike Slade

Professor of Mental Health Recovery and Social Inclusion

School of Health Sciences

University of Nottingham

Address: Institute of Mental Health, Triumph Road, Nottingham NG7 2TU

Email: m.slade@nottingham.ac.uk

Staff page: [here](#)

Google Scholar= [here](#)

Web: researchintorecovery.com

NB

Books

Positive Psychotherapy for Psychosis. Clinician's Guide and Manual (Routledge, 2017)

Wellbeing, Recovery and Mental Health (Cambridge, 2017)

Conferences

Refocus on Recovery 2017 (Nottingham, 18-20 September 2017)
- <http://www.researchintorecovery.com/ror2017>

ENMESH 2017 (Groningen, 5-7 October 2017) - <http://enmesh2017 Groningen.com/>

From: Gulsum Damlarkaya [mailto:gulsumdamlarkaya@gmail.com]

Sent: 02 August 2017 20:56

To: Slade Mike <ntzms@exmail.nottingham.ac.uk>

Subject: PERMIT RELIABILITY AND VALIDITY YOUR SCALE - urgently



Ek 7:Veri Toplama Aracının Hazırlanmasında Değerlendirmeye Katkı Veren Uzmanlar

Uzman	Bölümü
Prof. Dr. Olcay Çam	Ege Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Ayşegül Bilge	Ege Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Nurhan Eren	İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı
Doç.Dr. Nazmiye Kocaman	İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı
Doç.Dr. Neslihan Günüşen	Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Aysun Babacan Gümüş	Ege Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Gülseren Keskin	Ege Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Selma Sabancıoğulları	Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı
Doç. Dr. Leyla Küçük	İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Arzu Yıldırım	Erzincan Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Derya Tanrıverdi	Gaziantep Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak	Başkent Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Duygu Hiçdurmaz	Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Satı Bozkurt	Ege Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Figen Şengün İnan	Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Serap Yıldırım	Ege Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Figen İnci	Ömer Halisdemir Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Sevil Yılmaz	İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Sevgi Nehir	Celal Bayar Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Azize Özbaş	Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Ek 8: Camberwell Gereksinim Değerlendirme Kısa Formu Gözlemci Eğitimi

CGD KISA FORMU:

- ✓ Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlık ve sosyal alanda gereksinimlerini tanımlamak için 22 maddeden oluşmaktadır.
- ✓ Her maddenin hedefi, hastanın herhangi bir gereksinimi olup olmadığını ve bu gereksinimleri için yeterli yardım alıp almadığını tespit etmektir.
- ✓ Her konu alanı için son bir ayda bir problem olup olmadığını sorar

CGD değerlendirme puanları
Her etki alanı için gereksinim puanı aşağıdaki gibidir= 0 = Gereksinim yok - maddenin oluşturduğu alanda hiçbir sorunu yok 1 = Karşılanmış gereksinim - yardım alması nedeniyle hiç veya orta dereceli problem yaşamaktadır. 2 = Karşılanmamış gereksinim - herhangi bir yardım almadan ciddi bir sorun yaşamaktadır. 9 = Bilinmiyor – bu alanla ilgili veri alınamaması durumu

22 GEREKSİNİM DEĞERLENDİRME ALANI;

1. Konaklama - Barınma
<i>ŞUAN YAŞAYACAK BİR YERDEN YOKSUN MU?</i> <i>Nasıl bir yerde yaşıyorsunuz?</i> <i>Nasıl bir yerdir?</i> <i>Kimin yanında yaşıyorsunuz?</i> <ul style="list-style-type: none">• 0 = kendine yetecek bir yerleşim yerine sahiptir (ailesinin evi, kendi evi veya akrabaların evinde yaşamaktadır)• 1 = kişi sığınma evi veya yurttan yaşamaktadır.• 2 = kişi evsiz veya güvenliği olmayan bir evde yaşamaktadır.

2. Beslenme

YETERİNCE BESLENMEDE GÜÇLÜK İÇİNDE MİDİR ?

Yeterince yemek yiyebiliyor musunuz?

Ne tür yiyecekler yiyiyorsunuz?

Yemeklerinizi ve yiyecek alışverişinizi kendiniz mi yaparsınız?

- 0 = Alışveriş yapabiliyor ve yemek hazırlayabiliyor
- 1 = yemek yapamıyor. Bir yakını hazırlıyor veya yemek temin ediliyor
- 2 = çok az besleniyor. Yemek yapan kimsesi yok

3. Evine bakma

EV TEMİZLEME VE DÜZENLEMEDE GÜÇLÜK ÇEKMEKTE MİDİR

Eviniz ile ilgilenebiliyor musunuz?

Evinizi kendiniz temizleyebiliyor musunuz?

Ev temizliğini kim yapıyor?

- 0 = ev dağınık olabilir ama kişi genel temizliğini sağlayabilir
- 1 = ev bakımını yapamaz ve ev işleri için düzenli olarak yardım alır
- 2 = ev kirlidir ve sağlığı tehdit edicidir

4. Özbakım

KENDİNE BAKIMDA GÜÇLÜĞÜ VAR MI?

Temiz ve düzenli görünümünüzü sürdürmekte bir problem yaşıyor musunuz?

Temiz ve düzenli olmak için birinin ikazına gereksinim duyuyor musunuz?

Banyonuzu kendiniz yapabiliyor musunuz?

Kıyafetlerinizi kendiniz değiştirebiliyor musunuz?

- 0 = görüntü düzensiz olabilir ama genellikle kokusuz ve temizdir
- 1 = özbakıma ihtiyacı var ve yardım alıyor
- 2 = kötü kişisel hijyen, koku mevcut

5. Gündüz aktiviteleri

DÜZENLİ VE UYGUN GÜNLÜK AKTİVİTELERİ YERİNE GETİRMEKTE GÜÇLÜK ÇEKİYOR MU?

Gününüzü nasıl geçiriyorsunuz?

Yeterince yapacak işiniz var mıdır?

- 0 = tam gün işi var veya evle/sosyal aktiviteler ile yeterince meşgul
- 1 = kendi kendini meşgul edemez bu yüzden TRSM'nin günlük aktivitelerine katılır
- 2 = hiç bir işte çalışmaz veya ev/sosyal aktivite ile yeterince meşgul olmaz

6. Fiziksel sağlık

HERHANGİ BİR FİZİKSEL HASTALIĞI VEYA FİZİKSEL SAKATLIĞI VAR MI?

Fiziksel olarak nasıl hissediyorsunuz?

Fiziksel problemlerinizi doktorunuzdan yardım alıyor musunuz?

- 0 = Fiziksel olarak iyi
- 1 = fiziksel hastalık var, aile teşviği ile doktora gidiyor ve tedavisini görüyor
- 2 = tedavi edilmemiş fiziksel hastalığı var

7. Psikotik belirtiler

SANRI, HALÜSİNASYON VE ÇAĞRIŞIM BOZUKLUĞU GİBİ PSİKOTİK BULGULAR

Hiç sesler duyuyor musunuz veya düşüncelerinizle ilgili sorun yaşıyor musunuz?

İlaç tedavisi alıyor musunuz? Bu tedaviyi ne için alıyorsunuz?

- 0 = pozitif semptom yok, riskli bulgu yok, ilaç kullanmıyor
- 1 = semptomlara yönelik ilaç veya psikoterapi alıyor
- 2 = şuan bulgular var ve risk altında

8. Durum ve tedavi hakkında bilgi

DURUMU VE TEDAVİSİ HAKKINDA SÖZEL YADA YAZILI BİLGİ ALMIŞ MIDIR?

Tedaviniz ve ilaçlarınız hakkında açık bir şekilde bilgilendirildiniz mi?

Tedaviniz ile ilgili bu bilginden nasıl yararlanıyorsunuz?

- 0 = yeterli bilgi almış
- 1 = yeterli bilgi almamış ya da anlamamış
- 2 = hiç bilgi almamış

9. Psikolojik sıkıntı

PSİKOLOJİK BİR SIKINTI İÇİNDE Mİ?

Son zamanlarda kendinizi çok üzgün veya çökkün hissediyor musunuz?

Aşırı derecede sıkıntılı veya korkmuş hissettiniz mi?

- 0 = ara sıra hafif sıkıntılı hissediyor
- 1 = devamlı destek ve paylaşmaya gereksinimi var ve alıyor
- 2 = sıkıntı hissi kişiyi dışarı çıkmaktan alıkoyuyor ve hayatını etkiliyor

10. Kendine yönelik güvenlik

KİŞİ KENDİ KENDİNE BİR TEHLİKE OLUŞTURUYOR MU?

Hiç kendinize zarar verme düşünceniz oldu mu?

Gerçekten kendinize zarar verdiniz mi?

Kendinizi başka yollardan tehlikeye attınız mı?

- 0 = intihar düşüncesi yok
- 1 = intihar riski var ama aile yada terapistten destek alıyor
- 2 = son bir ay içinde intihar düşüncesi var, kendini ciddi bi tehlikeye maruz bırakmış

11. Diğerlerinin güvenliği

BAŞKALARININ GÜVENLİĞİNİ TEHTİD ETMEKTE MİDİR?

Diğer insanların güvenliği açısından bir tehlike oluşturabileceğinizi düşünüyor musunuz?

Hiç kızdınız ve ardından birine vurdunuz mu?

- 0 = şiddet hikayesi ve tehdit edici davranış yok.
- 1 = tehlikeli davranışları nedeniyle yardım alıyor ve izleniyor
- 2 = son zamanda şiddet veya tehditler mevcut

12. Alkol

AŞIRI ALKOL ALMA VEYA AKOL ALIMINI KONTROL EDEMEME PROBLEMLERİ VAR MI?

Alkol kullanmak sizde herhangi bir soruna neden oluyor mu?

Alkol almayı azaltmak ister miydiniz

- 0 = alkol alımını kontrol problemi yok
- 1 = alkol kullanımı nedeniyle yardım alıyor
- 2 = şuan alkol kullanımı zarar verici boyutta veya kontrol edilemiyor

13. Madde/İlaçlar

MADDE VEYA İLAÇ KÖTÜYE KULLANIMI

Reçete edilmeyen herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

Herhangi bir yasadışı madde kullanıyor musunuz?

Almayı bırakmada güçlük çektiğiniz bir ilaç veya madde var mıdır?

- 0 = bağımlılık veya ilaç kötüye kullanımı yok
- 1 = bağımlılık veya kötüye kullanım için yardım alıyor
- 2 = ilaç veya yasal olmayan madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı mevcut.

14. Sosyal yaşam

SOSYAL ETKİLEŞİMDE VEYA İLİŞKİLERİNDE BİR PROBLEM VAR MI?

Sosyal yaşamınızdan memnun musunuz?

İş veya sosyal arkadaşlarınızla ne sıklıkla görüşüyorsunuz?

- 0 = arkadaşları var ve sıklıkla onlarla görüşüyor
- 1 = arkadaşı yok ancak sosyal etkileşimi arttırmak için yardım alıyor
- 2 = arkadaşı yok ve sosyal etkileşime geçemiyor

15. Yakın ilişkiler

BİR EŞ BULMA VEYA YAKIN İLİŞKİYİ SÜRDÜRMEDE GÜÇLÜK İÇİNDE MİDİR?

Bir eşiniz/sevgiliniz var mı?

Birlikteliğiniz veya evliliğinizde problemleriniz var mı?

- 0 = doyurucu bir ilişkisi var veya eş istemiyor
- 1 = yardımcı olacağı düşünülen evlilik terapisi alıyor
- 2 = evde geçimsiz veya bir eşi olmasını istiyor.

16. Cinsel yaşam

CİNSEL HAYATIYLA İLGİLİ PROBLEMLERİ VAR MIDIR?

Cinsel yaşamınız nasıldır?

- 0 = şimdiki cinsel yaşamından mutlu
- 1 = cinsel terapi ya da danışmanlıklardan faydalanıyor
- 2 = impotans veya cinsel isteksizlik gibi ciddi cinsel güçlük

17. Çocukların bakımı

ÇOCUKLARI BAKMAKTA GÜÇLÜK ÇEKMEKTE MİDİR?

18 yaş altında çocuğunuz var mı?

Çocuklara kim bakıyor ya da bakmanızda yardım ediyor?

Onları bakmakta zorluk yaşıyor musunuz?

- 0 = 18 yaşın altında bir çocuk yok ya da bakımıyla ilgili bir sorun yok
- 1 = anne/babalık becerilerinde güçlük var ve yardım alıyor
- 2 = çocuk bakımında ciddi güçlüğü var

18. Eğitim

OKUMA YAZMA VE HESAP YAPMA GİBİ TEMEL BİLGİ VE BECERİLERDEN YOKSUN MUDUR?

Türkçe okuma, yazma veya anlamada herhangi bir sorun yaşıyor musunuz?

Bir alışverişte para üstünü hesaplayabiliyor musunuz?

- 0 = okuyup yazabiliyor ve basit formları anlayabiliyor.
- 1 = okumada güçlüğü var aile ya da arkadaşlardan yardım alıyor
- 2 = temel becerilerde güçlük mevcut ve Türkçesi akıcı değil

19. Telefon

TELEFONU KULLANMADA HERHANGİ BİR GÜÇLÜK ÇEKMEKTE MİDİR?

Telefonu nasıl kullanacağınızı biliyor musunuz?

Telefonu rahatça kullanabiliyor musunuz?

- 0 = kendisinde veya evde rahatça ulaşabildiği ve kullanabildiği bir telefon var
- 1 = telefonu var ama kullanmak için birinin yardımını alıyor
- 2 = telefonu yok ve kullanamıyor

20. Ulaşım

TOPLU TAŞIMA ARAÇLARINI KULLANMADA HERHANGİ BİR PROBLEMİ VAR MI ?

Otobüs, tren, tramvay gibi toplu taşıma araçlarını rahatlıkla kullanabiliyor musunuz?

- 0 = toplu taşıma araçlarını tek başına kullanabiliyor
- 1 = otobüs vb. kullanmak için başkalarından yardım alıyor
- 2 = toplu taşıma araçlarını kullanamıyor

21. Para

GELİR VE GİDERLERİNİ YÖNETMEDE BİR PROBLEMİ VAR MI?

Para ile ilgili bütçe yönetiminizi nasıl buluyorsunuz?

Gelir ve giderlerinizi ayarlayabiliyor musunuz?

Faturalarınızı ödeyebiliyor musunuz?

- 0 = temel ihtiyaçlarını satın alabiliyor ve faturalarını ödeyebiliyor
- 1 = gelir giderini ayarlamak için yardım alıyor
- 2 = çoğu zaman temel ihtiyaçlarını alabilmek ve faturaları ödemek için parası olmuyor

22. Sosyal Yardım Ücreti

HAKETTİĞİ YARDIMLARIN TÜMÜNÜ ALMAKTA MIDIR?

Hakkınız olan tüm parayı alıyor musunuz?

Size bağlanan aylığınızı alıyor musunuz?

- 0 = hakettiği yardımları tam olarak alıyor
- 1 = parasını alıp almadığını kontrol ederek yardım ediliyor
- 2 = emin değil ya da maaş /aylık almıyor.



Ek 9: Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu- Şarh Etik Kurul Yazısı

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/21-15	Tarih:07.09.2017
	Doç.Dr.Zekiye Çetinkaya DUMAN'ın sorumlusu olduğu "Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Gereksinimlerini Değerlendirme Aracı "Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS)" ve "Self-rated version of the Camberwell Assessment of Need (CANSAS - P)" Türkçeye Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, kurum izinleri alınması koşuluyla, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. - Kurum izinleri alındıktan sonra Etik Kurula gönderilmesi gerekmektedir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43
	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3524-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Gereksinimlerini Değerlendirme Aracı "Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS)" ve "Self-rated version of the Camberwell Assessment of Need (CANSAS - P)" Türkçeye Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Zekiye Çetinkaya DUMAN Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

Adı Soyadı	Branş	Ünvanı	Cinsiyet	İzmir	İzmir	İzmir
Doç.Dr.M. Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Katılanlar
Doç.Dr. Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HA
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGIN	Hukuk	DEÜ Tıp Fakültesi ve Etik A.D.	Erkek	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HA
Mehmet Erhan ÖZKIBI	Sağlık Meslekleri Fakültesi	DEÜ Tıp Fakültesi İleri Medikal Laboratuvar	Erkek	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	S.Şahin

Ek 10: İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İZMİR İLİ GÜNEY
BÖLGESİ KHBGS TIBBİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
21/09/2017 16.11 - 23592379 - 604.02 - E.4208



Sayı : 23592379-604.02
Konu : Gülsüm Zekiye Tuncer'in Araştırma
İzni

DAĞITIM YERLERİNE

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Gülsüm Zekiye Tuncer'in "Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Gereksinimlerini Değerlendirme Aracı "Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS)" ve "Self-rated version of the Camberwell Assessment of Need (Cansas-P)" Türkçeye Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması" konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi ve İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Aydın ER
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkan

Dağıtım:

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Poligon Mah. 123/11 Sk. No:6 Karabağlar/ İZMİR

Bilgi için: Meltem SERTTAŞ

Faks No: 0232 2464344

Unvan: HEMŞİRE

e-Posta: meltem.serttas@saglik.gov.tr İnt.Adresi: <http://izmirguney.khb.saglik.gov.tr/>

Telefon No: 0232 232 32 32 / 2350

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9d4c3bf6-82c1-4649-9802-91e3dedfb3de kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 11: İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma İzni



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ
05/10/2017 14:27 - 77597247 - 604.02 - E.1281



Sayı : 77597247/604.02
Konu : Gülsüm Zekiye TUNCER' in Yüksek
Lisans Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Gülsüm Zekiye TUNCER' in Öğretim Üyelerinden Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN' ın danışmalığında "Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Gereksinimlerini Değerlendirme Aracı "Camberwel Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS)" ve "Self-rated version of the Camberwel Assessment of Need (CANSAS-P)" Türkçeye Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" konulu Yüksek Lisans Tezi araştırmasını Ekim 2017 - Mayıs 2018 tarihleri arasında Hastaneniz Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezlerinde uygulama talebi uygun görülmüş olup, onay yazımız ekindedir.

Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Uzm. Dr. Bediha SALNUR
İl Sağlık Müdürü

Ek: Araştırma Evrakları (47 Syf)
Makam Onayı (1 Syf)

Dağıtım:

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi (Ar-Ge Birimi)
İzmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi

sümer mh. 452 sk. no:2 35260 konak - izmir

Bilgi için:Derya DOKUMACI

Faks No:02322469084

Unvan:HEMŞİRE

e-Posta:derya.dokumaci@saglik.gov.tr İnt.Adresi: derya.dokumaci@saglik.gov.tr

Telefon No:02324443501/1204

Tel:4443501-1204 Fax:2469084

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 16f3d7b0-75f1-404a-9dd8-7a4482cbb66 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 12: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Uygulama İzni

ge Univ. Evrak Tarih ve Sayısı: 13/10/2017-E.90446



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



Sayı : 69631334-703.99
Konu : uygulama izni (gülsüm zekiye tuncer)

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi : 04/10/2017 tarihli ve 2850 sayılı yazı.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Gülsüm Zekiye TUNCER'in "Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Gereksinimlerini Değerlendirme Aracı "Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS) ve "Self – rated version of the Camberwell Assesment of Need Cansas-P" Türkçeye Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" isimli tez çalışmasını Ekim 2017 – Mayıs 2018 tarihleri arasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Bilgin ARDA
Başhekim V.

Ek:Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalından gelen 257726 sayılı yazı.

Evrakı Doğrulamak İçin: https://edys.ege.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BE6P5BPKS

Üniversite Caddesi No:9 Posta Kodu: 35100 Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 390 32 74 Faks No: +90 (232) 339 10 15
E-Posta: hem.hiz@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Banu ERGON
Unvan: Veri Kayıt Elemanı
Telefon No: 3274



belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Ek 13: Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu - Etik Kurul Yazısı

Karar No: 1917/24-25 Tarih: 26.10.2017

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR	
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58	
FAKS	0 232 412 22 43	
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr	

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3524-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Gereksinimlerini Değerlendirme Aracı "Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS)" ve "Self-rated version of the Camberwell Assessment of Need (CANSAS - P)" Türkçeye Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Zekiye Çetinkaya DUMAN Hemşirelik Fakültesi	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	Araştırmacı dilekçesi	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Selim SARIÇELİK	Pasien	2017				
Prof. Dr. Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	2017				
Doç. Dr. Seda KÖRÜKÇÜ	Psikiyatri	2017				
Prof. Dr. Ayhan ABAÇI	Psikiyatri	2017				
Doç. Dr. M. Aslı ARACI	Tıp Fakültesi	2017				
Doç. Dr. Murat AYDIN	Psikiyatri	2017				
Doç. Dr. Alihan ÇELİK	Psikiyatri	2017				
Doç. Dr. Erhan AYDIN	Psikiyatri	2017				

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/25-25	Tarih:26.10.2017
	Doç.Dr.Zekiye Çetinkaya DUMAN'ın sorumlusu olduğu "Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Gereksinimlerini Değerlendirme Aracı "Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS)" ve "Self-rated version of the Camberwell Assessment of Need (CANSAS - P)" Türkçeye Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması " isimli klinik araştırmaya ait araştırmacı dilekçesine ilişkin olarak; -Çalışma adının "Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde "Camberwell Gereksinim Değerlendirme Ölçeği – Kısa Form/Öz Bildirim Formu'nun Türkçeye Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması " olarak değiştirilmesi, -Kurum izin belgeleri, incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

Ek 14: Bilgilendirilmiş Olur Formu (Hemşire ve Psikolog)

Sayın Bay/Bayan

Ben Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programında öğrenci Gülsüm Zekiye TUNCER. Danışmanım Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN ile birlikte tez çalışması yürütmekteyiz. “Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Camberwell Gereksinim Değerlendirme Ölçeği Kısa Formu/Öz Bildirim Formunun Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması” isimli Yüksek Lisans tez çalışmamız toplum ruh sağlığı merkezlerinden yaralanan ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerini belirlemek için planlanmıştır. Araştırma Ege Üniversitesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ile İzmir İli Güney ve Kuzey Genel Sekreterliğine bağlı 5 hastanenin Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde çalışan ve ilk görüşme sırasında kısa formun değerlendirmesinin gözleme dayalı olarak doldurmanız istenmektedir. Araştırma Haziran 2017-Mayıs 2018 tarihlerinde yapılacaktır. Formları doldurmanız yaklaşık olarak sizin 15 dakikanızı alacaktır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacaktır. Sorulara doğru veya yanlış cevap verme durumu söz konusu değildir. İstedığınız zaman soruları cevaplamayı bırakabilirsiniz. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmadan doğacak herhangi bir risk bulunmamakta olup olası riskler araştırmacının sorumluluğundadır. Bununla birlikte aracın doldurulması ve gözlemlerin yürütülmesi için sizlere eğitim yapılacaktır.

Ben katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Bireyin Adı Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):.....

Tarih (gün/ay/yıl):.....

Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):.....

Tarih (gün/ay/yıl):.....

Onam alma işlemine tanık olan kişinin Adı- Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):.....**Adresi (Telefon No, varsa Faks No):**

Ek 15: Bilgilendirilmiş Olur Formu (Hasta)

Sayın Bay/Bayan

Ben Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programında öğrenci Gülsüm Zekiye TUNCER. Danışmanım Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN ile birlikte tez çalışması yürütmekteyiz. “Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Camberwell Gereksinim Değerlendirme Ölçeği Kısa Formu/Öz Bildirim Formunun Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması” isimli Yüksek Lisans tez çalışmamız toplum ruh sağlığı merkezlerinden yaralanan ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerini belirlemek için planlanmıştır. Araştırma Ege Üniversitesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ile İzmir İli Güney ve Kuzey Genel Sekreterliğine bağlı 5 hastanenin Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden takip edilen kronik ruhsal bozukluğu olan ve araştırmaya katılmak isteyen siz gönüllüler tarafından yürütülmektedir. Araştırma Haziran 2017-Mayıs 2018 tarihlerinde yapılacaktır ve sizlerden sosyo-demografik özelliklerinizi, gereksinimlerinizi ölçmemiz için formları doldurmanız istenmektedir. Formları doldurmanız yaklaşık olarak sizin 15 dakikanızı alacaktır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacaktır. Sorulara doğru veya yanlış cevap verme durumu söz konusu değildir. İstedığınız zaman soruları cevaplamayı bırakabilirsiniz. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmadan doğacak herhangi bir risk bulunmamakta olup olası riskler araştırmacının sorumluluğundadır. Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir.

Araştırma sonunda elde edilen veriler doğrultusunda toplum ruh sağlığı merkezinden takip edilen hastaların gereksinimlerinin belirlenmesi, toplum ruh sağlığı merkezinden verilen hizmetlerin gereksinimler doğrultusunda planlaması konusunda katkı sağlayacaktır.

Ben katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Bireyin Adı Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):..... **Tarih (gün/ay/yıl):**.....

Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):..... **Tarih (gün/ay/yıl):**.....

Onam alma işlemine tanık olan kişinin Adı- Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):..... **Adresi (Telefon No, varsa Faks No):**.....

Ek 16: Araştırmacı Özgeçmişi





GÜLSÜM ZEKİYE TUNCER

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	17641285284
Doğum Tarihi	18/10/1993
İletişim Adresi	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Sağlık Yerleşkesi Inciraltı/izmir
Telefon	
E-posta	gulsumdamlarkaya@gmail.com
Web Adresi	

Eğitim Bilgileri

01 Eylül 2011 - 01 Haziran 2015 (3 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğrenim, EGE ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
ATATÜRK SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK PR.
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.34 / 4.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Nisan 2016 - Şu Anda (2 yıl 3 ay) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
İdari Görev: DİĞER

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: Orta, Konuşma: Orta)

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Panelistik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0

