



T.C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**CİDDİ RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLER İÇİN ALINAN
SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI**

Emine Nur ÇELİK

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Dilek AVCI

Bandırma, 2024

T.C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**CİDDİ RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLER İÇİN ALINAN
SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI**

Emine Nur ÇELİK

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Dilek AVCI

Bandırma, 2024



BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

TEZ ONAYI

Bu çalışma 18.12.2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



BEYAN

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

(18/12/2024)

Emine Nur ÇELİK

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecimin her aşamasında yoluma ışık tutan, danıştığım her konuda beni sabırla dinleyerek yönlendiren, ilgisini ve özverisini esirgemeyen, sadece bilgi ve donanımlarıyla değil, bu önemli yolculukta yüksek motivasyonu ve etkili baş etme becerileriyle bana örnek olan, danıştığım her konuda doğru bilgiye ulaştırmak için çabalayan, bana inanan, süreci yakından takip ederek beni her zaman destekleyen, özverili ve özenli akademik hayatını her zaman rol model alacağım çok kıymetli danışmanım Sayın Prof. Dr. Dilek AVCI'ya,

Yüksek lisans dönemim boyunca önemli bilgi ve deneyimlerini paylaşarak desteklerini esirgemeyen, gelişmeme katkı sağlayan yüksek lisans ders hocalarıma,

Yüksek lisans sürecim boyunca desteklerini her zaman hissettiğim Kestel Devlet Hastanesi ekip arkadaşlarıma,

Yüksek lisans sürecimin her anında birlikte olduğumuz son ana kadar desteklerini esirgemeyen dönem arkadaşlarım Esra ORTAÇ ve Celle ÖMEROĞLU'na,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve desteklerini esirgemeyen yüksek lisans dönem arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında beni destekleyen, her zaman yanımda hissettiğim ve bu süreçte bana her zaman inanarak arkamda duran aileme ve arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Emine Nur ÇELİK

Bandırma

18/12/2024

ÖZET

CİDDİ RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLER İÇİN ALINAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI

Bu metodolojik araştırma, Chronister ve arkadaşları (2022) tarafından geliştirilen Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler İçin Alınan Sosyal Destek Ölçeğini Türkçeye uyarlayarak geçerlik ve güvenirlik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemi, Bursa Kestel Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğine Nisan 2023- Nisan 2024 tarihleri arasında başvuran 274 hastadan oluşmuştur. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler İçin Alınan Sosyal Destek Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra geçerlik ve güvenirlik analizlerinden yararlanılmıştır. Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler İçin Alınan Sosyal Destek Ölçeğinin Türkçe versiyonunun 21 maddeden oluşan 3 faktörlü bir yapı gösterdiği ve maddelere ait faktör yüklerinin 0.828 ile 0.965 arasında değiştiği belirlenmiştir. Ölçeğin uyum iyiliği indeksleri $\chi^2/df=3.335$, GFI=0.823, NFI=0.933, TLI=0.944, IFI=0.952, CFI=0.952, RMSEA=0.092, SRMR=0.024'tür. Ayrıca ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0,986 olarak hesaplanmıştır. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları ise 0.806 ile 0.929 arasındadır. Bu doğrultuda Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler İçin Alınan Sosyal Destek Ölçeğinin Türkçe versiyonunun hem geçerli hem de güvenilir bir ölçme aracı olduğu ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ciddi ruhsal hastalık, sosyal destek, geçerlik, güvenirlik

ABSTRACT

TURKISH ADAPTATION OF THE RECEIVED SOCIAL SUPPORT SCALE FOR PERSONS WITH SERIOUS MENTAL ILLNESS

This methodological study was carried out to determine the validity and reliability of the Received Social Support Scale for Persons with Serious Mental Illness developed by Chronister et al. (2022) by adapting it to Turkish. The sample of the study consisted of 274 patients who applied to Bursa Kestel Public Hospital psychiatry outpatient clinic between April 2023 and April 2024. The data were obtained using a Personal Information Form, the Received Social Support Scale for Persons with Serious Mental Illness and the Multidimensional Perceived Social Support Scale. In the evaluation of the data, descriptive statistics as well as validity and reliability analyses were used. It was determined that the Turkish version of the Received Social Support Scale for Persons with Serious Mental Illness showed a 3-factor structure consisting of 21 items, and the items factor loadings ranged between 0.828 and 0.965. The goodness of fit indices of the scale are $\chi^2/df=3.335$, GFI=0.823, NFI=0.933, TLI=0.944, IFI=0.952, CFI=0.952, RMSEA=0.092, SRMR=0.024. In addition, Cronbach's alpha coefficient of the scale was calculated as 0.986. Item-total score correlation coefficients are between 0.806 and 0.929. Accordingly, it was revealed that the Turkish version of the Received Social Support Scale for Persons with Serious Mental Illness is both a valid and reliable measurement tool.

Keywords: Serious mental illness, social support, validity, reliability

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Ciddi Ruhsal Hastalık.....	5
2.2. Sosyal Destek	10
2.3. Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Sosyal Destek	13
2.4. Sosyal Desteğin Artırılmasında Psikiyatri Hemşiresinin Rollerini	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Türü	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	17
3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	18
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	18
3.4. Veri Toplama Araçları	18
3.5. Veri Toplama Yöntemi	20
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	20

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	21
4. BULGULAR	23
4.1. Hastaların Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular	23
4.2. Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulgular	25
4.3. Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular	30
5. TARTIŞMA	33
5.1. Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	33
5.2. Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
6.1. Sonuçlar	41
6.2. Öneriler	41
7. KAYNAKLAR	43
8. EKLER.....	54
9. ÖZGEÇMİŞ.....	62

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1. Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyo-demografik özellikleri	24
Tablo 4.2. Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin klinik özellikleri	25
Tablo 4.3. $\alpha = 0,05$ anlamlılık düzeyinde KGO için minimum değerler	27
Tablo 4.4. Uyum iyiliği indeksleri ve kabul edilebilir değer aralığı	29
Tablo 4.5. Doğrulayıcı faktör analizine göre faktör yükleri.....	30
Tablo 4.6. CRH-ASDÖ'nin güvenirliği	31
Tablo 4.7. Test-tekrar test güvenirliği	32
Tablo 4.8. Paralel form güvenirliği	32

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekli 2.1. Sosyal stres modeli	13
Şekil 3.1. Araştırma süreci	22
Şekil 4.1. Üç boyutlu birinci dereceden doğrulayıcı faktör analizi modeli	29



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

WHO: World Health Organization

TSB: Türkiye Sağlık Bakanlığı

CRH-ASDÖ: Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler İçin Alınan Sosyal Destek Ölçeği

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

KGO: Kapsam Geçerliği Oranı

KGİ: Kapsam Geçerlilik İndeksi

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

AMOS: Analysis of Moment Structures

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

ICC: Intraclass Correlation Coefficient

ITC: International Test Commission

COSMIN: Consensus-Based Standards for the Selection of Health Measurement Instrument

χ^2/df : Ki-Kare Değeri/Serbestlik Derecesi

GFI: Goodness of Fix Index (Uyum İyiiliği İndeksi)

NFI: Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum)

TLI: Tucker-Lewis Index (Normlaştırılmamış Uyum İndeksi)

IFI: Incremental Fit Index (Artan Uyum İndeksi)

CFI: Comperative Fit Index (Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi)

SRMR: Standardized Root Meansquare Residual (Standardize Ortalama Hataların Karekökü)

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)

1. GİRİŞ

Ciddi ruhsal hastalık (CRH), bir veya daha fazla yaşam aktivitesini önemli ölçüde engelleyen ya da sınırlayan, ciddi işlevsel bozulmaya neden olan, uzun süreli ve nükseden bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (Haile ve ark., 2022; Regev ve Josman, 2020; Shokrgozar ve ark., 2024). CRH'lar arasında majör depresif bozukluk, şizofreni, bipolar bozukluk, kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk gibi rahatsızlıklar yer almaktadır (Haile ve ark., 2022; Maragakis ve Vriesman, 2018). Ruhsal bozukluklar engellilikle yaşanan yılların önde gelen en önemli nedeni olup, küresel olarak tüm nedenlere bağlı engellilikle yaşanan yılların %15.6'sini oluşturmaktadır (World Health Organization [WHO], 2022). Dünya Sağlık Örgütü, 2019 yılında dünyada tahminen 970 milyon kişinin ruhsal bir bozuklukla yaşadığını, bunların %31'inin anksiyete bozuklukları (~ 301 milyon kişi), %28.9'unun depresif bozukluklar (~ 280 milyon kişi), %4.1'inin bipolar bozukluklar (~ 40 milyon kişi) ve %2.5'inin şizofreni (~ 24 milyon kişi) olduğunu bildirmektedir. Bununla birlikte pandemi sonrası sadece bir yıl içinde majör depresif bozuklukların %28, anksiyete bozukluklarının ise %26 oranında arttığını ifade etmektedir (WHO, 2022). Benzer şekilde, son yıllarda ülkemizde doğal afetler, savaşlar, göç, ekonomik sorunlar nedeniyle depresyon ve anksiyete bozukluklarının ciddi oranda arttığı belirtilmektedir. Türkiye Sağlık Bakanlığı (TSB) verilerine göre nüfusun %17'si herhangi bir ruhsal bozukluğa sahiptir (TSB, 2022).

CRH'ı olan kişilerde genel nüfusa kıyasla morbidite ve erken mortalite oranlarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Janssen ve ark., 2015; Rehm ve Shield, 2019). Bunun yanı sıra bu bireyler günlük yaşam aktiviteleri, kişisel güvenliğin korunması, sağlığın sürdürülmesi, kişilerarası ilişkiler, mesleki faaliyetler, boş zaman aktiviteleri, maddi süreçler gibi birçok alanda güçlükler yaşamaktadırlar (Dalton-Locke ve ark., 2021; Lee ve Yu, 2024; Richter ve Hoffmann, 2019). Bu durum CRH'ı olan kişilerin işsizlik, yoksulluk, kötü yaşam koşulları, sağlık hizmetlerine yetersiz erişim, teşhis ve tedavide gecikme gibi büyük risklere maruz bırakmakta, sosyal içermelerini olumsuz etkilemekte, semptomlarını kötüleştirmekte, işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini azaltmaktadır (Hu ve ark., 2023; Killaspy ve ark., 2022; Read ve

ark., 2024). Günümüzde tüm dünyada modern ruh sağığı sistemleri CRH'ı olan bireylerin yaşadıkları zorlukların üstesinden gelebilmek için geleneksel biyo-medikal modelden kişi-odaklı iyileşme modeline geçiş yapmaktadır (Khanthavudh ve ark., 2023; Leonhardt ve ark., 2017; Peck ve ark., 2023). İyileşme, "hastalığın getirdiğı kısıtlamalara rağmen tatmin edici bir yaşam sürdürebilmek için kişinin tutumlarını, değerlerini, duygularını, hedeflerini, becerilerini ve/veya rollerini dönüştüren son derece kişisel ve eşsiz bir süreçtir" (Ellison ve ark., 2018; Van Weeghel ve ark., 2019). Diğer bir deyişle, iyileşme bireylerin sağıklarını geliştirmek, bağımsız bir şekilde yaşamak ve potansiyellerini kullanabilmek için çabaladıkları bir değışim aşaması olarak nitelendirilmekte olup (Khanthavudh ve ark., 2023; Peck ve ark., 2023), sosyal desteğın iyileşmede önemli bir unsur olduğı belirtilmektedir (Beckers ve ark., 2023; Chronister ve ark., 2022).

Sosyal destek, bir veya daha fazla sosyal ağıdaki insanlardan alınabilen, birini desteklemeyi amaçlayan, örtük veya açık herhangi bir aktivitedir (Beckers ve ark., 2020; Berkman ve ark., 2014). Diğer bir ifade ile sosyal destek, "stres altında ya da güç durumda olan bireye aile, arkadaşlar, akrabalar ve komşular tarafından gayri resmi olarak veya profesyoneller ve kuruluşlar tarafından resmi olarak sağılanan yardımdır" (Drageset, 2021). Sosyal desteğın duygusal, araçsal, değerlendirme ve bilgilendirici destek gibi birden fazla boyutu ve etki eden faktörü vardır (Berkman vd., 2014; Drageset, 2021). Literatürde CRH'ı olan kişilerin yetersiz bir şekilde karşılanan çok sayıda destek ihtiyacı olduğı belirtilmektedir (Beckers ve ark., 2023; Cohen ve Peachey, 2014). Önceki çalışmalarda bu hastaların hayatta karşılaştıkları zorluklar daha fazla olmasına karşın, daha az sosyal desteğe sahip olduğı ve bu desteğinde genellikle daha düşük kalitede algılandığı bildirilmektedir (Brooks ve ark., 2020; Chronister ve ark., 2015; Swai ve ark., 2024). Ayrıca sosyal destek eksikliği sorununun COVID-19 pandemisinde endişe verici boyutlara ulaştığı vurgulanmaktadır (Wildman ve ark., 2021). Oysaki, sosyal desteğın CRH'ı olan bireylerde psikiyatrik semptomları, gönüllü/gönülsüz hastaneye yatış oranlarını, intihar riskini, komorbid fiziksel sağılık sorunlarını, stigmatı ve sosyal izolasyonu azaltmakta iken öz-yeterliliğı, işlevselliğı, kişisel/klinik iyileşmeyi ve yaşam kalitesini arttığı ifade edilmektedir (Beckers ve ark., 2023; Chronister ve ark., 2016; Hu ve ark., 2023; Lee ve Yu, 2024; Ma ve ark., 2024).

İyileşme odaklı modelin önemli bir bileşeni olan sosyal desteğin bu avantajları göz önüne alındığında, CRH'ı olan kişilerde sosyal desteğin geliştirilmesi ruh sağlığı hizmetlerinin arzu edilen bir sonucu olarak giderek daha fazla önemsenmektedir (Beckers ve ark., 2023; Brooks ve ark., 2020). Ancak, sosyal desteğin CRH'ı olan bireylerin hem kişisel hem de klinik iyileşmesinde bir öngörücü olduğu kabul edilmesine karşın, bunun etki mekanizmasının yeterince araştırılmadığı ifade edilmektedir (Fitzgerald ve ark., 2024; Ma ve ark., 2024). Bu durumun en önemli nedenlerinden biri olarakta CRH'ı olan kişilerde kullanılmak üzere tasarlanmış sosyal destek araçlarının eksikliği ileri sürülmektedir (Beckers ve ark., 2020; Chronister ve ark., 2022).

Türkiye’de yetişkin bireylerin sosyal destek düzeylerini değerlendirmek için “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” (Eker & Arkar, 1995) yaygın olarak kullanılmaktadır. Sosyal destek, CRH'ı olan bireyler için tartışmasız en önemli ve gerekli psikososyal kaynaklardan biri olmasına rağmen (Chronister ve ark., 2022), ülkemizde bu incinebilir grup için özel olarak tasarlanmış ve iyileşme bazlı bir sosyal destek ölçeği bulunmamaktadır. Bununla birlikte söz konusu ölçüm aracı algılanmış sosyal desteği ölçmekte olup, literatürde alınan ve algılanan desteğin kavramsal olarak farklı yapılar olduğu bildirilmektedir (Beckers ve ark., 2023; Melrose ve ark., 2015). Algılanan sosyal destek ölçekleri, bireyin gerekirse alabileceği destek türü ve/veya miktarı hakkındaki algısını ölçmekte iken, alınan sosyal destek ölçekleri kişinin belirli bir olay veya ihtiyaç anında aldığı özel destekleyici davranışları değerlendirmek için tasarlanmışlardır (Chronister vd., 2022). Algılanan sosyal destek bireyin potansiyel bir ihtiyacın karşılanacağına olan inancını içerirken, alınan destek mevcut durumda sunulan yardımlardır. Yani, algılanan sosyal destek doğası gereği öznel, alınan sosyal destek ise nesneldir (Melrose ve ark., 2015). Bu nedenle alınan destek ölçeklerinin bireylerin aldığı gerçek desteği, algılanan destek ölçeklerinden daha kesin ve objektif bir şekilde yansıttığı düşünülmektedir (Chronister vd., 2022).

Bu gerekçelerden yola çıkarak ülkemizde CRH'ı olan bireylere özgü, iyileşme odaklı ve sosyal desteği nesnel olarak değerlendirebilen bir ölçeğe gereksinim olduğu söylenebilir. Bu doğrultuda araştırmada Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler İçin

Alınan Sosyal Destek Ölçeğini (CRH-ASDÖ) Türkçeye uyarlayarak geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amaçlanmaktadır. Söz konusu ölçüm aracının hem bilimsel alanda hem de klinik uygulamada önemli bir boşluğu dolduracağı düşünülmektedir. Nitekim, bu ölçüm aracı genel sosyal destekten ziyade CRH'a özgü sosyal destek ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılmasına ve bu destek türlerini geliştirmeyi hedefleyen müdahalelerin planlanmasına imkân sağlayabilir. Aynı zamanda, belirli destek türleri ile CRH kaynaklı stres faktörleri arasındaki etkileşimleri belirlemeye aracılık ederek hastaların kişisel/klinik iyileşme, iyilik hali ve yaşam kalitelerinin geliştirilmesinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Hatta, CRH'ı olan bireylere özgü bir ölçüm aracı, ruh sağlığı politikalarında gerekli düzenlemelerin yapılmasıyla bu alandaki hizmetlerin geliştirilmesine de katkı sunabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ciddi Ruhsal Hastalık

Ciddi ruhsal hastalık (CRH), 18 yaş ve üzerindeki bireylerde görülen, kişinin günlük yaşam aktivitelerini, boş zaman etkinliklerini, sosyal işlevselliğini engelleyen veya sınırlayan herhangi bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Regev ve Josman, 2020; Haile ve ark., 2022). Bunun yanı sıra CRH, uzun süreli engellilik, işlev kaybı veya sosyal destek eksikliği, damgalanma, işsizlik, evsizlik ve daha fazla fiziksel rahatsızlık olasılığını içeren ruhsal bir hastalıkla yaşamının yansımaları olarak da açıklanmaktadır (Buzlu ve Şahin, 2018; Killaspy ve ark., 2022; Seabury ve ark., 2019). CRH'lar şizofreni, bipolar bozukluk, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, kişilik bozukluğu gibi hastalıkları içermektedir (Haile ve ark., 2022; Maragakis ve Vriesman, 2018). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünyada yaklaşık 970 milyon kişi ruhsal bir bozukluktan muzdariptir (WHO, 2022). Bunun yanı sıra CRH prevalansının kadınlarda (%6.9) erkeklere (%3.4) kıyasla, 18-25 yaş arası bireylerde ise (%9.7) 26-49 yaş arası (%6.9) ve 50 yaş üstü (%3.4) yetişkinlere göre daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (National Institute of Mental Health [NIMH], 2022).

Yetişkinlerde en yüksek CRH prevalansının anksiyete bozukluklarına (%19.1) ait olduğu ve bunu majör depresif bozukluk (%8.4), travma sonrası stres bozukluğu (%3.6), bipolar bozukluk (%2.8), borderline kişilik bozukluğu (%1.4), obsesif kompulsif bozukluk (%1.2) ve şizofreninin (<%1) izlediği belirtilmektedir (National Alliance on Mental Illness [NAMI], 2022). Dahası bu hastaların yaklaşık %40'ının ihtiyacı olan tedaviye erişemediği ifade edilmektedir (NAMI, 2022). Bununla birlikte CRH'ı olan bireylerin yaşadığı izolasyon, damgalanma, sosyal destek eksikliği ve hastalık yönetimi ile ilgili güçlükler hastalıklarının daha da kötüleşmesine, yaşam kalitelerinin azalmasına, morbidite ve mortalite riskinin artmasına sebep olmaktadır (Chronister ve ark., 2015; NAMI, 2022; Read ve ark., 2024; Rehm ve Shield, 2019).

CRH bireylerin yanı sıra aileleri ve toplum için de ciddi yük oluşturmaktadır (Bekiroğlu ve Attepe Özden, 2021; Buzlu ve Şahin, 2018; Chronister ve ark., 2021; Harries ve ark., 2023). Literatürde CRH olan bireylerin ailelerinin bakım vermenin etkisi ile sosyal izolasyon, maddi zorluklar, fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir (Guan ve ark., 2023; Phillips ve ark., 2023; Zhang ve ark., 2024). Ayrıca CRH'nın ülke ekonomisine de yük oluşturduğu, 2010 yılında ruhsal hastalıklarla ilgili küresel maliyetlerin ortalama 2.5 trilyon dolar iken 2030 yılına kadar bu maliyetin 6.0 trilyon dolara yükseleceği tahmin edilmektedir (Forma ve ark., 2021). Bu nedenle son yıllarda CRH olan bireylerin ve ailelerinin yaşadıkları güçlükler odaklanılmakta olup (Dalton-Locke ve ark., 2021; Foster ve ark., 2019), aşağıda sık görülen CRH kısaca değinilmiştir.

2.1.1. Depresyon

Depresyon, “sürekli üzüntü, karamsarlık ve mutsuzluk, herhangi bir şeyden zevk alamama gibi ilgi kaybının yaşandığı ruhsal çöküntü ile karakterize duygudurum bozukluğu” olarak tanımlanmaktadır (Helvacı Çelik ve Hacıoğlu, 2016). Depresif mizaç ve ilginin kaybolması temel semptomlar olmakla beraber hüznün, umutsuzluğa kapılma, kederli olma ve değersizlik düşünceleri de sık görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Olguların önemli bir kısmında psikomotor etkinliklerde azalma görülmektedir. Bu kişiler tipik olarak laterji ve yorgunluktan şikayetçidirler. Enerji seviyeleri azalmış olup, bıkmışlık ve isteksizlik hastalarda sık görülür (Gürhan, 2016). Majör depresyon tanısı için en az iki hafta süren depresif duygudurumunun olması ve belirgin biçimde ilgi kaybının gözlenmesi gerekmektedir (Gautam ve ark., 2017).

Depresyon ciddi bir halk sağlığı problemi ve dünya genelinde hastalık yükünün önde gelen sebeplerinden biridir (Moussavi ve ark., 2007). Depresif bozukluğun etiyolojisinde biyolojik, genetik, psikososyal ve çevresel faktörlerin etkileşiminin rol oynadığı düşünülmektedir (Uchida ve ark., 2018). Depresyon için risk faktörleri arasında çeşitli ailevi sorunlar, depresyona yatkın bir kişilik, kadın cinsiyette olma, düşük eğitim düzeyi, ekonomik güçlükler, stresli yaşam olayları, yalnızlık, mevcut fiziksel hastalık yer almaktadır (Helvacı Çelik ve ark., 2016). Depresyon tedavisinde ise genellikle antidepresan ilaçlar, elektrokonvülsif tedavi ve psikososyal müdahaleler

kullanılmaktadır. Bunların yanı sıra ışık terapisi, transkraniyal manyetik stimülasyon, vagal sinir stimülasyonu, derin beyin stimülasyonu gibi tedavilerde bulunmaktadır (Zhang ve ark., 2018).

2.1.2. Şizofreni

Şizofreni, “genellikle ergenlik döneminde başlayan, gidişi ve sonlanışı bireysel farklılık gösteren, büyük oranda yeti yitimine sebep olan, pozitif (örneğin; varsanı, sanrı, dağınık düşünceler, hareket bozuklukları) ve negatif (örneğin; sosyal geri çekilme, tekdüze duygulanım, herhangi bir eylemden keyif alamama) semptomlar ile karakterize bir ruhsal bozukluk” olarak tanımlanmaktadır. Dünya çapında şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı yetişkinlerde yaklaşık %1'dir. Şizofreni hem yaygınlığı hem de genç yaşta ortaya çıkarak kişinin hayatında yol açtığı kayıplar açısından önemli bir halk sağlığı problemidir (Batmaz ve Gezgin Yazıcı, 2021; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Hastalığın başlama yaşı cinsiyete göre farklılaşabilmektedir. Erkeklerde başlangıç yaşı genellikle 15-25, kadınlarda ise 25-35'tir (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Şizofreni tanısı almış kişilerin genel nüfusa kıyasla yaşam süreleri %20 daha kısa olup, bunun en önemli sebebi komorbid fiziksel hastalıklardır (Yung ve ark., 2023)

Şizofreni, hastaların yaşamını her açıdan etkileyen kronik seyirli bir hastalık olduğu için tedavide amaç, semptomları azaltmak ya da ortadan kaldırmak, hastanın hayat kalitesini ve topluma uyumunu mümkün olduğu kadar artırmak ve hastalığın yıkıcı etkilerini olabildiğince azaltmaktır (Öztürk ve Uluşahin, 2020; Taşkın Uyan ve ark., 2023). İlk atak yaşayan şizofreni hastalarının yatarak tedavi gördükten sonra düzenli antipsikotik ilaç kullanımına rağmen ilk sene içerisinde ikinci bir atak geçirme olasılığı yaklaşık %35-40'tır. Atak sayısı arttıkça hastalığın kronikleşme olasılığı da yükselmektedir. Hastalığın gidiş ve sonlanışını tahmin etmek zor olsa da tanı aldıktan sonraki beş yıllık süreçte hastanın durumu prognozu ile ilgili ipuçları vermektedir (Summakoglu ve Ertugrul, 2018). Hastalığın tedavisinde antipsikotik ilaçlar önemli yer almakta olup, bu ilaçlar şizofreninin akut ve kronik semptomlarının kötüleşmesini önlemektedir. Bunun yanı sıra grup terapileri, aile terapileri, bilişsel davranışçı terapi, sanat terapileri ve psikoeğitim hastaların işlevselliğini artırmada önemli psikosoyl müdahalelerdir (Townsend ve Morgan, 2018).

2.1.3. Şizoaffectif Bozukluk

Şizoaffectif bozukluk, “aralıksız süregiden bir hastalık dönemi sırasında şizofreni semptomlarıyla eş zamanlı olarak bir major depresif epizod, bir manik epizod ya da mikst epizodun olması ile karakterize ruhsal bir bozukluktur”. Diğer bir ifade ile sanrılar, halüsinasyonlar, düşüncede bozulma gibi psikotik şizofreni semptomları ile birlikte depresyon veya mani gibi duygudurum bozukluğu semptomlarının yaşandığı bir hastalıktır (American Psychological Association [APA], 2013; Boyd, 2018). Şizoaffectif bozuklukta da damgalanma sık görülmekte olup, bu durum hasta ve aileleri için önemli derecede yük oluşturmaktadır (DeLuca, 2020; Gürhan, 2016). Şizoaffectif bozukluk tartışmalı bir hastalık olup, hastalığa özgü geliştirilen bir tedavi kılavuzu henüz bulunmamaktadır (Assion ve ark., 2019; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Ancak, şizoaffectif bozuklukta hem psikotik semptomların hem de duygudurum bozukluğu semptomlarının görülmesi nedeniyle antipsikotikler ve duygudurum düzenleyicileri birlikte kullanılabilmektedir (Assion ve ark., 2019; Townsend ve Morgan, 2018).

2.1.4. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk, iki ayrı hastalık dönemleriyle karakterize bir hastalık olup, bu hastalık dönemlerinden birisi mani, diğeri de depresyondur. Bipolar bozukluk, yatışma ve alevlenmelerle seyreden, yüksek düzeyde mortalite, morbidite ve hemen hemen her alanda işlev kaybına sebep olabilen, CRH’lardan birisidir (APA, 2013; Yeloğlu, 2017). Bipolar bozukluğun etiyolojisinde multifaktöriyel geçişli genetik yatkınlığın bulunduğu ve hastaların ailelerinde görülme riskinin toplumun genelinden 8-18 kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Işık ve Işık, 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Hastalığın iki yıl içinde yinelenme oranı ise %60 civarındadır (Fagiolini ve ark., 2015).

Bipolar bozukluğun nüksetmesini engellemek, hastalıkla ilişkili psikososyal sorunları önlemek, ölüm oranlarını düşürmek ve ataklar arası işlevselliği artırmak için uygun tedavinin planlaması gereklidir (Aksoy ve Kelleci, 2016; Eroğlu ve Özpoyraz, 2010). Ayrıca taburculuktan sonra tedaviye uyumun sağlanması, hasta ve ailesinin

hastalık ve öncü belirtileri tanınması, bu semptomlarla ilgili gerekli tedbirlerin alınması için farmakolojik tedavinin yanı sıra psikoeğitim gibi terapötik yaklaşımlar oldukça önemlidir (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010; Mahmood ve ark., 2010).

2.1.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk, “çok sıkıntı yaratan, gündelik işlevleri kısıtlayan, ısrarlı ve kontrol edilemeyen düşünceler ya da tekrar tekrar yapma zorunluluğu hissedilen davranışlar ile karakterize bir bozukluk” olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013; Zayman, 2016). Obsesyon (takıntı) irade dışı olan, bireyi tedirgin eden, benliğe yabancı, bilinçli çaba ile kovulamayan, tekrarlayan düşünceler; kompülsiyon (zorlanti) ise saplantılı düşünceleri kovmak için yapılan, irade dışı, tekrarlayan davranışlar anlamına gelmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğun yaşam boyu görülme yaygınlığı yaklaşık %2.5’tir. Hastalarda en sık bulaşma, kuşku, somatik, simetri, agresif, cinsel, dinsel obsesyonlar ile kontrol etme, yıkama, sayma, sorma-anlatma, dua etme, simetri ve düzen kompülsiyonları görülmektedir (Gürhan, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Obsesif kompulsif bozukluk için en etkili tedavi yöntemleri ise antidepresan ilaçlar ve bilişsel davranışçı terapidir (Cocchi ve ark., 2018).

2.1.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu, “doğal afetler, işkence, tecavüz, terörist elinde rehin tutulmak, savaşta olmak, trafik ve uçak kazaları gibi herkes için ağır stres sayılabilecek stresli durumlarda gecikmiş ve uzamış olarak ortaya çıkan bir belirtiler kümesi” olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013; Öner, 2020). Travma sonrası stres bozukluğundan bahsedebilmek için kişinin doğrudan travmatik olaya maruz kalması, başkalarının başına gelen travmatik olayı görmesi, ailesinin veya arkadaşının başına travmatik bir olay geldiğini öğrenmesi ve travmatik olayın sevimsiz ayrıntılarına yineleyici bir biçimde ya da aşırı düzeyde karşı karşıya kalması gerekmektedir (Gürhan, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Travmayı takip eden süreçte bireylerde travmatik olayın büyük bir bölümünü hatırlamama, kendisi, başkası veya dünyaya yönelik abartılı olumsuz inanışlar, olayla ilgili olarak kendini veya başkasını suçlama, olumsuz duygusal durum, ilgide azalma, başkalarına yabancılaşma, odaklanma

güçlüğü, her an tetikte olma, abartılı irkilme tepkisi gösterme gibi biliş, duygudurum ve davranışlarda değişiklikler görülmektedir (APA, 2013; Batmaz ve Gezgin Yazıcı, 2021; Öner, 2020). Travma sonrası stres bozukluğunun kadınlarda daha sık görüldüğü, prevalansının genel toplumda %1-14 arasında değiştiği bildirilmektedir. Tedavisinde ise psikofarmakoloji ve psikoterapinin birlikte kullanılması önerilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

2.1.7. Panik Bozukluk

Panik bozukluk, “yoğun anksiyeteye bağlı beklenmedik ve yineleyici panik atakların varlığı, başka atak yaşayacağına yönelik sürekli kaygı hissetme, atağın sonuçları ile ilgili olarak üzüntü duyma, ataklarla ilişkili olarak belirgin davranış değişikliği gösterme ile karakterize bir hastalık” olarak açıklanmaktadır (APA, 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Panik bozukluk oldukça yaygın olup, yaygınlığının %3-4 olduğu ve kadınlarda erkeklere kıyasla iki kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Hastalığın başlangıç yaşı ise her iki cinsiyette 15-24 ve 45-54 yaşları arasında zirve yapmaktadır (Gürhan, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Tedavide farmakolojik ilaçlar (antidepresanlar, beta-blokerler, benzodiazepinler) ve psikoterapötik yaklaşımlardan (destekleyici psikoterapi, psikodinamik psikoterapi, bilişsel-davranışçı terapi, nefes egzersizleri, vb.) yararlanılmaktadır (Çıtak, 2018).

2.2. Sosyal Destek

Sosyal destek, literatürde çeşitli tanımlarla ele alınan çok yönlü bir kavramdır (Drageset, 2021). İlk araştırmalarda sosyal destek, “başkaları tarafından sağlanan kaynaklar” olarak tanımlanmaktadır (Cohen & Syme, 1985). Barrera ise (1986) sosyal desteği sosyal bağlanma, algılanan sosyal destek, gerçekleştirilen destek olmak üzere üç kavramla açıklamaktadır. Sosyal bağlanma, bireyin toplumdaki diğer kişilerle olan bağlantısı olarak kavramsallaştırılmakta; algılanan sosyal, bireyin aldığı desteği algılama biçimi olarak tanımlanmakta; gerçekleştirilen destek ise bireylere sosyal destek sağlamak için yapılan belirli eylemleri ifade etmektedir (Barrera, 1986).

Literatürde sosyal desteğin “duygusal, araçsal, bilgilendirici ve değerlendirme desteği” olmak üzere dört kategoriye ayrıldığı ifade edilmektedir (Berkman ve ark., 2014; Cohen & Syme, 1985; Langford ve ark., 1997). Duygusal destek, bireyin iletişim kurabileceği yakın arkadaşlar, aile üyeleri ve diğer kişilerle sahip olduğu ilişkiler olarak tanımlanmaktadır. Araçsal destek, hizmet (Örneğin; bireyin alışveriş yapmak, randevulara gitmek, temizlik gibi görevleri yerine getirmesine yardımcı olma) veya finansal anlamda destek sağlanmasını ifade etmektedir. Bunun yanı sıra bilgilendirici destek, bireye gereksinim duyduğu bilgilerin sunulması ile ilgili iken, değerlendirme desteği bireye geri bildirim ve takdir sunmayı içermektedir (Baiden ve ark., 2017; Berkman ve ark., 2014; Taylor, 2011).

Sosyal destek, bireyin iyilik halini artırmayı sağlayan kişilerarası bağlantılar ağı” olarak da tanımlanmaktadır (McDougall ve ark., 2016). Başka bir tanımda ise sosyal desteğin, “zor bir durumda ya da stres altındaki bireye ailesi, eşi/partneri, arkadaşları, etkileşimde bulunduğu diğer kişiler tarafından sağlanan duygusal (sevgi, aidiyet hissi, güven, vb.), bilişsel (bilgi, tavsiye, vb.) ve maddi (para, hizmet alımı, vb.) yardım” olduğu belirtilmektedir (Eker ve ark., 2001). Sosyal desteğin güncel tanımları ise bir bireye başka bir kişi tarafından sağlanan duygusal ve somut kaynaklarla karakterize edilmektedir (Chronister ve ark., 2013).

2.2.1. Algılanan ve Alınan Sosyal Destek

Alan yazında algılanan ve alınan desteğin farklı kavramsal yapılar olduğu ifade edilmekte olup (Chronister ve ark., 2022; Melrose ve ark., 2015), algılanan sosyal destek, ilk araştırmalarda sosyal ilişkilerden duyulan memnuniyet olarak tanımlanmıştır (Streeter ve Franklin, 1992). Algılanan destek, genellikle “bireylerin çevrelerindeki kişilerin onlara ihtiyaç duyduklarında yardım edeceklerine yönelik inançları” olarak tanımlanmaktadır. Bu destek türü, bireyin çevresindeki insanlara olan güvenini, onların yardım/ desteğini yanında hissetme duygusunu içermektedir. Diğer bir deyişle, algılanan destek, kişinin gerektiğinde birilerinden destek alabileceğine ilişkin inanç olduğu için kişisel algılara dayanan öznel bir kavramdır (Chronister ve ark., 2008; 2022; Uchino, 2009).

Alınan sosyal destek ise “bireyin sosyal çevresinden, belirli bir olay veya ihtiyaç anında gerçekten aldığı yardım ve destek” olarak tanımlanmaktadır. Bu destek türü pratikte gerçekleşmiştir, yani alınan sosyal destek kişinin çevresi tarafından belirli bir zamanda sunulan duygusal, araçsal, bilişsel somut yardımları ve destek süreçlerini içermektedir (Chronister ve ark., 2008; 2022). Alınan destek, bireylerin algıları yerine verilen sosyal desteğin sıklığını göstermektedir (Chronister ve ark., 2008; Uchino, 2009).

Algılanan sosyal destek, bireylerin aldıkları desteği nasıl değerlendirdiklerini anlamak açısından önemli olsa da alınan sosyal destek, verilen desteğin türü ve miktarı ile ilişkilidir (Chronister ve ark., 2022). Bu iki kavram arasındaki temel fark, algının soyut bir güven duygusuna dayanması ve algıdaki öznellikten dolayı ölçülmesinin daha zor olması, alınan sosyal desteğin ise somut ve ölçülebilir bir yardım olarak gerçekleşmesidir (Beckers ve ark., 2023; Chronister ve ark., 2008; Melrose ve ark., 2015). Diğer taraftan algılanan ve alınan sosyal destek arasında her zaman tutarlılık olmayabilir. Örneğin; birey çevresinden yeterli maddi destek alıyor olsa bile, duygusal olarak desteklenmediğini hissedebilir (Chronister ve ark., 2008; Reinhardt ve ark., 2006; Uchino, 2009).

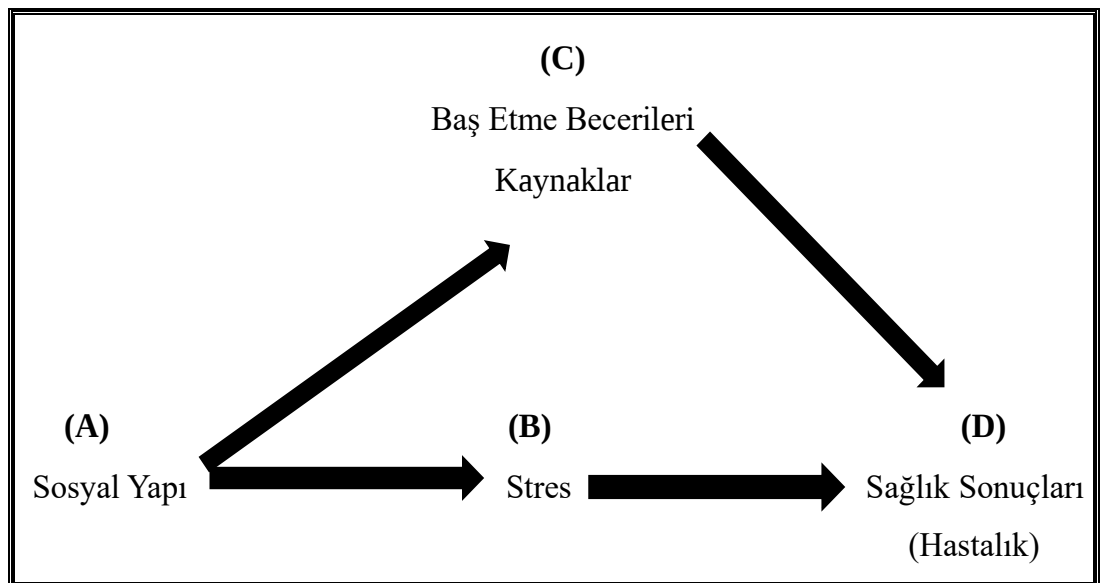
Alanyazında bu iki sosyal destek türü arasındaki etkileşimin de karmaşık olduğu ifade edilmektedir (Cohen ve Wills, 1985; Reinhardt ve ark., 2006). Nitekim, algılanan sosyal desteğin bireylerin kendilerini güvende hissetmelerine ve öz-saygılarının artmasına katkı sağlayabileceği, alınan desteğin ise belirli bir durumda ortaya çıkan bir yardım olması sebebiyle etkisinin olayın sonrasında azalabileceği iddia edilmektedir. Bunun yanı sıra algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olan kişilerin genellikle stresle baş etme düzeyleri ve ruh sağlıklarının daha iyi düzeyde olduğu, ancak alınan desteğin zor zamanlarda kişinin dayanıklılığını artıran önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır (Barrera, 1986; Chronister ve ark., 2008; Cohen ve Wills, 1985).

2.3. Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Sosyal Destek

CRH'ı olan bireyler fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan birçok stresöre maruz kalmakta (Dalton-Locke ve ark., 2021; Richter ve Hoffmann, 2019), bu da tedaviye uyumsuzluğa, tekrarlayan hastane yatışlarına, kişilerarası ilişkilerde zorluklara, komorbid fiziksel hastalıklara, düşük işlevsellik ve yaşam kalitesine yol açmaktadır (Hu ve ark., 2023; Killaspy ve ark., 2022; Read ve ark., 2024). Nitekim, Aneshensel (1992) CRH olan bireylerin hem fiziksel hem de ruh sağlığı tedavisindeki eşitsizlikler nedeniyle kronik stres yaşadıklarını ifade etmiş ve sosyal desteğin ruhsal bozukluk, morbidite, mortalite ile ters orantılı olduğunu ve stresin genel etkisinin algılanan sosyal destek tarafından aracılık edildiğini saptamıştır.

Meyer ve arkadaşları (2008) ise stres fenomenini daha iyi anlamak amacıyla bireysel özelliklerin (örneğin; cinsiyet, yaş, ırk/etnik köken, sosyo-ekonomik durum, tanı, vb.) stres seviyesini nasıl etkilediğini açıklamak için bir sosyal stres modeli geliştirmişler ve modeli dört bölümle açıklamışlardır. Bunlar: A) sosyal yapı (bireyin sosyal statüsü), B) stres (genel stres veya önyargılardan kaynaklanan stres [örneğin; sosyal statüye yönelik olumsuz görüşler]), C) baş etme becerileri ve kaynaklar (kişisel kaynaklar ve sosyal destek), D) sağlık sonuçları (stresin sağlıkla ilgili sonuçlara, örneğin; hastalıklara nasıl yol açabileceği)'dir (Şekil 2.1).

Şekil 2.1. Sosyal stres modeli



Bu modelde kişisel kaynaklar ve sosyal destek, stresin sağlıkla ilgili sonuçlar üzerindeki etkisini azaltmak için kullanılmaktadır. Ancak, bireysel özellikler stresle baş etme kaynaklarını ve sosyal desteğe erişimi, bu da dolaylı olarak sağlıkla ilgili sonuçları etkilemektedir (Meyer ve ark., 2008). Daha sonra bu modeli kullanarak yaptıkları çalışmalarda da savunmasız grupların daha fazla stres yaşadıklarını ve daha az sosyal desteğe sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Ayrıca, başa çıkma kaynaklarının sosyal yapının sağlık sonuçları üzerindeki etkisini azaltmada aracı bir rolü olduğunu belirlemişlerdir. Başka bir ifade ile, savunmasız popülasyonlarda sosyal yapının stresle pozitif ilişkili olup kötü sağlık sonuçlarına yol açarken, sosyal destek gibi başa çıkma kaynaklarına sahip olmanın sosyal yapının sağlık sonuçları üzerindeki olumsuz etkilerini azaltan koruyucu bir faktör işlevi gördüğünü bulmuşlardır. Özetle, bu model CRH'ı olan savunmasız kişilerin bireysel özelliklerinin sosyal destek gibi başa çıkma kaynaklarıyla nasıl etkileşime girdiğini ve sağlık sonuçlarını nasıl etkilediğini anlamak için derin bir anlayış sunmaktadır (Meyer ve ark., 2008; Schwarz ve Meyer, 2010).

Sosyal stres modelini doğrular şekilde alan yazında CRH'ı olan bireylerin maruz kaldıkları birçok güçlüğe rağmen sosyal destek düzeylerinin istenilen düzeyde olmadığı (Brooks ve ark., 2020; Chronister ve ark., 2015; Swai ve ark., 2024), oysaki sosyal desteğin stresörlere karşı olumsuz biyolojik ve duygusal tepkileri azaltan, tedavi motivasyonunu, tedaviye uyumu, işlevselliği, iyilik halini ve yaşam kalitesini artıran kritik bir faktör olduğu vurgulanmaktadır (Beckers ve ark., 2023; Chronister ve ark., 2016; Inagaki ve Orehek, 2017; Ma ve ark., 2024). Luitel ve arkadaşları (2019) da artan sosyal desteğin CRH'a yönelik farkındalığı artırabileceğini, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegrasyonunu kolaylaştırabileceğini ve CRH ile ilgili damgalamayı azaltabileceğini ifade etmişlerdir. Benzer şekilde, CRH'ı olan bireylerde sosyal desteğin içselleştirilmiş damgalamayı azaltarak iyilik halini artırdığını ve birçok ruh sağlığı sonucunu iyileştirdiği bildirilmektedir (Birtel ve ark., 2017; Ma ve ark., 2024). Bunun yanı sıra sosyal desteğin hem içsel hem de dışsal sorunlarla mücadele etmeyi kolaylaştırdığı, böylece bireyin benlik saygısının artmasına ve zor durumlarda yalnız hissetmemesine yardımcı olduğu bildirilmektedir (King ve ark., 2006; Lee ve Yu, 2024).

Daha spesifik olarak, Shi (2021) depresyon hastalarıyla yürüttükleri çalışmada sosyal desteğin depresif belirtilerin azalmasında etkili olduğunu belirtmiştir. Benzer biçimde, Tang ve Dai (2018), depresyon ile sosyal destek arasında güçlü bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Hu ve arkadaşları (2023) ise yaptıkları sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında sosyal desteğin CRH'ı olan bireylerde intiharla ilişkili davranışları azaltmada etkili olduğunu saptamışlardır. Jarnecke ve arkadaşları (2022) da sosyal desteğin madde kullanımından uzak durmayı teşvik ettiğini ve ruh sağlığı semptomlarını azalttığını bulmuşlardır. Prabhakaran ve arkadaşları (2021) ise şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastalarda sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Şizofreni hastaları ve aileleriyle yapılan başka bir çalışmada da sosyal desteğin hastalık yönetiminde kritik bir kaynak olduğu tespit edilmiştir (Swai ve ark., 2024). Bu sonucu destekler biçimde, Zhang ve arkadaşları (2024) da CRH'ı olan bireylerin ailelerinin sosyal desteklerinin yetersiz olduğunu ve sosyal destek ile bakım yükü arasında negatif bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir.

Özetle, yapılan çalışmalar sosyal desteğin yalnızca ruhsal ve fiziksel sağlığı teşvik etmekle kalmayıp, aynı zamanda ruh sağlığı hizmetlerine erişimdeki engelleri de azalttığını ortaya koymaktadır. Tüm bu bilgiler ışığında sosyal desteğin, ruh sağlığı iyileşme paradigmasının önemli bir bileşeni olarak dikkat çekmesi şaşırtıcı değildir (Chronister ve ark., 2015; NAMI, 2022). Bu nedenle de koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı hizmetlerini sunarken psikiyatrik değerlendirmeye CRH'ı olan bireylerin ve ailelerinin sosyal desteklerinin belirlenmesi ve izlenmesinin dahil edilmesi gerektiği bildirilmektedir (Daumit ve ark., 2010; NAMI, 2022).

2.4. Sosyal Desteği Artırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Hemşireliğin uzmanlık alanlarından birisi olan psikiyatri hemşireliği, “bireyin yaşadığı deneyimlerden anlam bulmasını ve güçlenmesini sağlayan bir disiplin” olarak tanımlanmaktadır. Psikiyatri hemşireliği uygulamalarının amaçlarından biri de birey ve ailesinin mevcut ruhsal hastalıkla baş etme becerilerini artırmaktır (Arslan ve Buldukoğlu, 2018; Townsend ve Morgan, 2018). Baş etme kaynaklarından biri olarak sosyal destek, CRH'ı olan bireylerin tedavi ve iyileşme süreçlerinde kritik bir faktördür. Diğer bir ifadeyle sosyal destek, bireylerin yalnızlık hissini azaltarak,

dayanıklılıklarını artırarak, tedaviye bağlılıklarını güçlendirerek hastaların klinik ve kişisel iyileşmelerine katkı sunan önemli bir güçtür (Beckers ve ark., 2023; Brooks ve ark., 2020; NAMI, 2022). Bu bağlamda, psikiyatri hemşirelerinin koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı hizmetlerini sunarken bakım verici, yönetici, eğitici, danışman, savunucu ve araştırmacı rollerini gereği CRH'lı bireylerin sosyal desteklerini belirleme ve artırma konusunda önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Ardahan, 2006; Boyd, 2018; Kelleci ve Ata, 2011).

Psikiyatri hemşireleri öncelikle CRH'ı olan bireylerin mevcut sosyal destek ağlarını ve ihtiyaçlarını (örneğin; destek olan kişiler ve yakınlık düzeyleri, bu kişilerle görüşme sıklığı ve şekli, aldığı destek türü, vb.) bütüncül olarak değerlendirmelidir. Bu değerlendirme hastanın tedavi planının sosyal destek boyutuna odaklanmasına yardımcı olmaktadır (Craddock, 2013). Ayrıca, psikiyatri hemşireleri hem hastalara hem de ailelerine ruhsal hastalık ve sosyal destek mekanizmaları hakkında eğitim vererek bireylerin kendilerini ifade etmelerine ve sosyal ilişkilerini geliştirmesine katkı sağlayabilir (Kök ve Demir, 2018; Tel ve ark., 2010). Bunun yanı sıra psikiyatri hemşireleri CRH'ı olan bireylerin destek gereksinimlerini belirleyerek onları sosyal destek gruplarına yönlendirmeli, sosyal desteğin stresle başa çıkma becerilerini artıran değerli bir kaynak olduğunu göz önünde bulundurarak bireye özgü ve kanıta dayalı psikososyal müdahaleleri planlamalıdır (Butcher ve ark., 2018; Townsend ve Morgan, 2018).

Psikiyatri hemşireleri CRH'ı olan bireylerin tedavi sürecine aile üyelerini ve yakın çevresini dahil ederek destekleyici bir ortam oluşturmalıdır. Aile danışmanlığı CRH'a yönelik sosyal farkındalığı artırmak, damgalanmayı azaltmak ve hastaların sağlık sonuçlarını iyileştirmek için oldukça önemlidir (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2018; Boyd, 2018). Ayrıca psikiyatri hemşireleri CRH'ı olan bireylerin toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine erişimini kolaylaştırarak sosyal izolasyon yaşamalarını önlemelidirler. Nitekim, bu tür uygulamalar bireyin toplumda aktif bir rol almasını teşvik etmekte ve sosyal destek ağlarının güçlenmesine katkı sağlamaktadır (Boyd, 2018; Kök ve Demir, 2018; Pektaş ve ark., 2006).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, Chronister ve arkadaşları (2022) tarafından geliştirilen Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler İçin Alınan Sosyal Destek Ölçeğinin (CRH-ASDÖ) Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla metodolojik tasarımı gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Bursa Kestel Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran CRH'lı olan bireyler ile Nisan 2023- Nisan 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Bursa Kestel Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğine Nisan 2023 ile Nisan 2024 tarihleri arasında başvuru yapan CRH'lı olan bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde, ölçek uyarlama çalışmalarında en fazla önerilen yöntem olan ölçek madde sayısı dikkate alınmıştır. Ölçek uyarlama çalışmalarında örneklem büyüklüğünün ölçek madde sayısının 5 ila 10 katı olması gerektiği (Boateng ve ark., 2018; Seçer, 2018) ve test- tekrar test güvenilirliğini değerlendirmek için ise örneklemin %25'inin yeterli olduğu ifade edilmektedir (Seçer, 2018). Bu çalışmada Türkçeye uyarlaması yapılan CRH-ASDÖ, 21 maddeden oluşmaktadır. Böylece ölçekteki madde sayısının 10 katı referans alınarak minimum örneklem büyüklüğü 210 olarak belirlenmiştir. Fakat örneklemin faktör analizi için yeterli olması, faktörler arasındaki ilişkinin ve ölçüm aracının değişmezlik özelliğinin daha net açıklanabilmesi için belirtilen tarihlerde dâhil edilme ölçütlerini karşılayan 274 CRH'lı birey araştırma kapsamına alınmıştır. Test- tekrar test güvenilirlik analizi için de örneklem grubundan rastgele seçilen 125 bireye CRH-ASDÖ iki hafta sonra yeniden uygulanmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

• Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5-TR) tanı kriterlerine göre CRH tanısı alma (örneğin; şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk, majör depresyon, panik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk) (APA, 2013).

- Ruhsal bozukluğun remisyon döneminde olma
- ≥ 18 yaşında olma
- Okur-yazar olma
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

• Madde kullanım bozukluğu, nörobilişsel bozukluk, entellektüel yetiyitimi öyküsü

3.4. Veri Toplama Araçları

Mevcut araştırmanın verileri Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1), Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler İçin Alınan Sosyal Destek Ölçeği (Ek-2) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek-3) ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Form literatür bilgileri kapsamında (Brooks ve ark., 2020; Chronister ve ark., 2015; 2022) araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup, CRH'ı olan bireylerin sosyo-demografik ve klinik özelliklerini belirlemeye yönelik 13 soru içermektedir.

Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler İçin Alınan Sosyal Destek Ölçeği (CRH-ASDÖ): Chronister ve arkadaşları tarafından 2022 yılında CRH'ı olan kişilerin aldıkları sosyal desteği belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir öz-bildirim ölçeğidir. CRH-ASDÖ, 5'li Likert tipinde derecelendirilen ("1: hiçbir zaman", "2: nadiren", "3: bazen", "4: çoğu zaman" ve "5: her zaman") 21 maddeden ve günlük yaşam desteği (1-9. maddeler), ruh sağlığı desteği (10-18. maddeler), uyum desteği (19-21. maddeler) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Günlük yaşam desteği, günlük

karşılanmayan temel ihtiyaçlar ve izolasyonla ilişkili stres kaynaklarına yönelik araçsal ve duygusal destekleri ifade etmektedir. Karşılanmayan temel ihtiyaçlarla ilgili günlük yaşam destekleri; yiyecek, giyecek, ulaşım, randevular ile ilgili yardımları içermektedir. İzolasyonla ilgili günlük yaşam destekleri ise günlük kontroller, cesaretlendirme, umut verme, olumlu bir bakış açısı sunma gibi duygusal yardımları kapsamaktadır. Ruh sağlığı desteği, ruh sağlığı belirtilerini yönetme, ruh sağlığı hizmetlerine erişim sağlama, ruh sağlığı belirtilerinin işlevsellik üzerindeki etkisini anlama gibi stres kaynaklarıyla ilgili araçsal ve duygusal destekleri ifade etmektedir. Ruh sağlığı belirtilerini yönetme ile ilgili destekler; başa çıkma stratejileri sunma, gerçeklik kontrolü sağlama ve karar alma süreçlerini destekleme gibi araçsal yardımları içermektedir. Uyum desteği ise tıbbi ve psikiyatrik randevular, ilaçlarla ilgili stres kaynaklarına yönelik araçsal destekleri ifade etmektedir. Tıbbi ve psikiyatrik randevularla ilgili destekler; randevuları hatırlatma, kişiye randevularında eşlik etme gibi destekleri içermektedir. CRH-ASDÖ’nde tersten kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 21 ile 105 arasında değişmekte olup, puanın yüksekliği CRH’ı olan bireylerin aldıkları sosyal desteğin yüksek olduğunu işaret etmektedir. Ölçeğin toplam Cronbach’s alfa katsayısı 0.94 iken, alt boyutlarının Cronbach’s alpha güvenirlik katsayıları 0.76–0.84 arasında değişmektedir (Chronister ve ark., 2022).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): Bireylerin algıladığı sosyal destek özelliklerini belirlemek amacıyla Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir ve Cronbach’s alpha katsayısı 0.88 olarak hesaplanmıştır. ÇBASDÖ’nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Eker & Arkar tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Daha sonra Eker ve arkadaşları (2001) tarafından aile ve özel bir insan terimlerinin anlamlarının netleştirilmesi amacıyla bazı revizyonlar yapılarak ölçeğin gözden geçirilmiş formunun psikometrik özellikleri incelenmiş ve Cronbach’s alpha güvenirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. ÇBASDÖ, 7’li Likert tipinde (“1: kesinlikle evet” ile “7: kesinlikle hayır”) 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin aile (3., 4., 8., 11. maddeler), arkadaş (6., 7., 9., 12. maddeler) ve özel bir insan (1., 2., 5., 10. maddeler) desteği olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Her bir alt boyuttan en az 4, en çok 28 puan alınabilirken, tüm ölçekten alınabilecek puan aralığı 12-84 arasında

değişmektedir. Her bir alt boyuttan elde edilen puan o gruba ilişkin algılanan sosyal destek düzeyini, ölçeğin tamamından alınan puan ise kişinin genel anlamda algıladığı sosyal destek düzeyini ifade etmektedir. Elde edilen puanın artışı, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir (Eker ve Arkar, 1995; Eker ve ark., 2001).

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Nihai araştırmanın verileri araştırmacı tarafından Nisan 2023- Nisan 2024 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yoluyla elde edilmiştir. Bu kapsamda veri toplama araçları Bursa Kestel Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran 274 hastaya uygulanmıştır. Yanlılığı engellemek ve test- tekrar test ölçümlerini eşleştirebilmek için hastalardan tanımlayıcı bir kod kullanmaları istenmiştir. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 30-40 dakika sürmüştür. Değişmezliği incelemek için ise iki hafta sonra örneklem grubundan rastgele seçilen 125 hastaya CRH-ASDÖ tekrar uygulanmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Bursa Kestel Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar ile yürütülmüş olup, bulgular çalışmaya gönüllü olarak katılan hastaların öz-bildirimlerine dayanmaktadır. Bu da sonuçların Türkiye'deki tüm CRH'ı olan bireylere genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Bunun yanı sıra, kültürlerarası geçerliğe ve/veya yordama-kestirim geçerliğine odaklanmaması bu araştırmanın diğer sınırlılığdır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

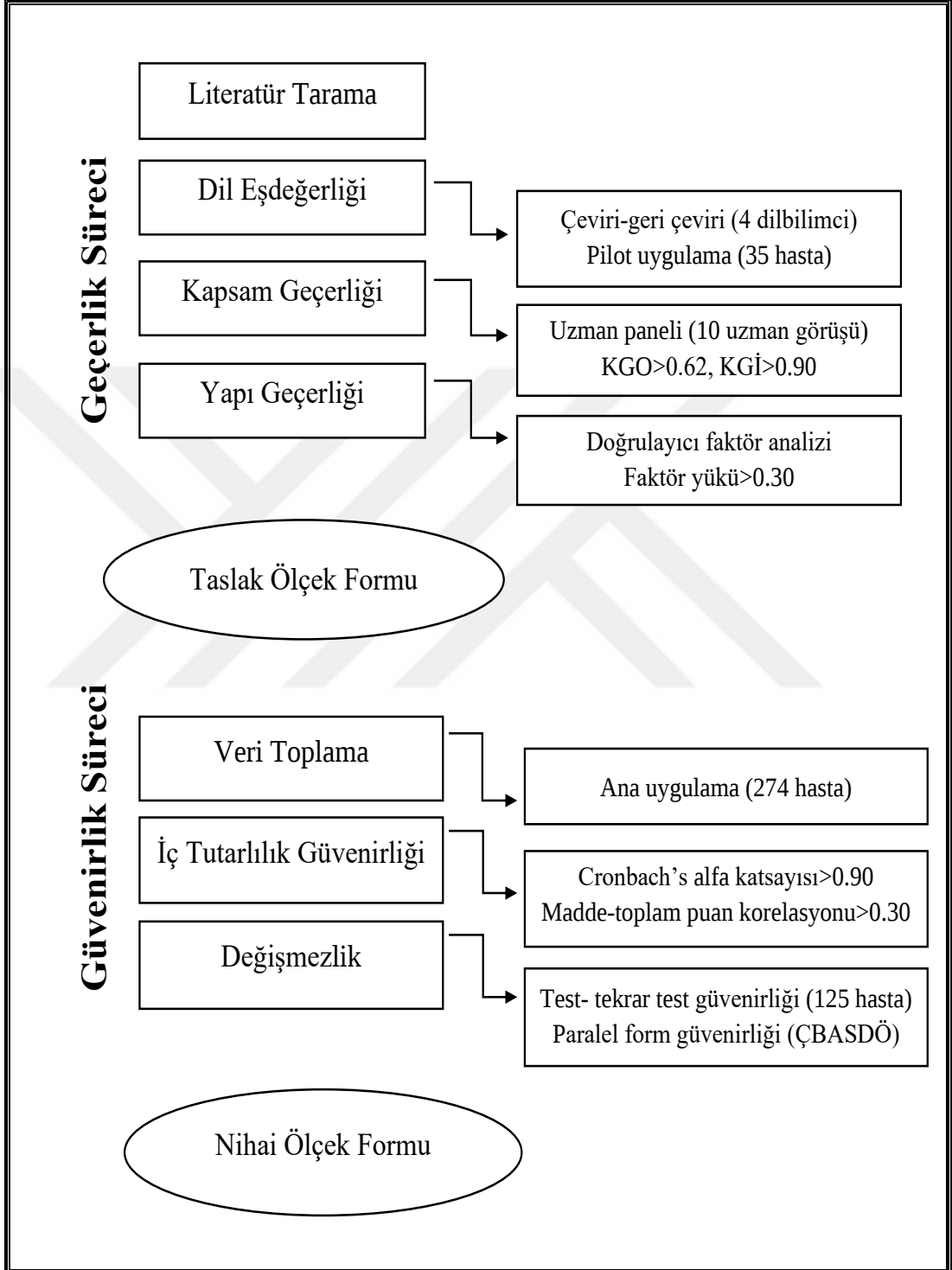
Verilerin analizi bağımsız bir biyoistatistikçi tarafından “Statistical Package for Social Sciences (SPSS- 23.0)” ve “Analysis of Moment Structures (AMOS-23.0)” programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğunu belirlemek için Shapiro-Wilk normallik testi kullanılmıştır. Araştırma kapsamındaki hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri frekans (n), yüzde (%), ortalama±standart sapma ($X \pm SS$) olarak sunulmuştur. Ölçeğin kapsam geçerliğini belirlemek için “kapsam geçerlilik oranı (KGO)” ve “kapsam geçerlilik indeksi (KGİ)” hesaplanırken, yapı geçerliğini test etmek için maksimum olabilirlik tahmini ve ilişkili

uyum indeksleri kullanılarak doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. CRH-ASDÖ'nin güvenilirliğini tahmin etmek için Cronbach's alfa katsayısı ve madde-toplam puan korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Ölçüm aracının test- tekrar test güvenilirliğini saptamak için sınıf içi korelasyon katsayısından (Intraclass correlation coefficient [ICC]) yararlanılmış, paralel form güvenilirliğini test etmek için de Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir (Field, 2024).

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

CRH-ASDÖ'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik özelliklerinin belirlenerek kullanılması için orijinal ölçeği geliştiren sorumlu yazardan e-posta yoluyla izin alınmıştır (EK-4). Bu araştırma “Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu” tarafından 21.02.2023 tarih ve 304 karar sayısı ile onaylanmıştır (EK-5). Etik kurul onayının ardından Bursa İl Sağlık Müdürlüğünden 23.03.2023 tarih ve E-67508481-799-211950701 numaralı kurum izni alınmıştır (EK-6). Ayrıca hastalara katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu ve istedikleri zaman araştırmaya katılmaktan vazgeçebilecekleri açıklanmıştır. Her hastaya araştırmaya dair ayrıntılı bilgi verilerek yazılı onayları alınmıştır (EK-7). Katılımcıların anonimlik ve gizlilik hakları da her zaman korunmuştur.

Şekil 3.1. Araştırma süreci



4. BULGULAR

Bu bölümde, Chronister ve arkadaşları (2022) tarafından geliştirilen Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler İçin Alınan Sosyal Destek Ölçeği'nin (CRH-ASDÖ) Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik özelliklerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın bulguları yer almaktadır.

4.1. Hastaların Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamındaki CRH'ı olan bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1.'de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere, hastaların %63.9'unun kadın, %44.2'sinin 18-34 yaş aralığında, %33.9'unun lise mezunu, %57.7'sinin evli, %54.8'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %66.1'inin ekonomik durumunun orta olduğu ve %87.6'sının ailesiyle yaşadığı saptanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen CRH'a sahip bireylerin klinik özellikleri ise Tablo 4.2.'de verilmiştir. Hastaların primer psikiyatrik tanıları depresyon (%34.0), şizofreni (%21.2), anksiyete bozuklukları (%17.9), bipolar bozukluk (%13.1), şizoaffektif bozukluk (%6.2), obsesif kompulsif bozukluk (%4.7) ve travma sonrası stres bozukluğu (%2.9) olup, hastalık süresi ortalaması 7.67 ± 6.82 , yatış sayısı ortalaması ise 1.18 ± 2.18 'dir. Bunun yanı sıra hastaların %88.3'ünün komorbid psikiyatrik tanısının olmadığı, %81.4'ünün alkol veya madde kullanmadığı, %79.2'sinin fiziksel hastalık öyküsünün olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.1. Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyo-demografik özellikleri

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	175	63.9
Erkek	99	36.1
Yaş (ort±ss: 36.76±11.89; min-maks: 18–68)		
18-34 yaş	121	44.2
35-44 yaş	80	29.2
≥ 45 yaş	73	26.6
Eğitim düzeyi		
Okuryazar	11	4.0
İlkokul	62	22.7
Ortaokul	36	13.1
Lise	93	33.9
Üniversite	72	26.3
Medeni duru		
Evli	158	57.7
Bekâr	116	42.3
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	150	54.8
Yarı zamanlı çalışıyor	48	17.5
Tam zamanlı çalışıyor	76	27.7
Ekonomik durum		
İyi	47	17.2
Orta	181	66.1
Kötü	46	16.7
Birlikte yaşanan kişiler		
Yalnız	26	9.5
Arkadaşlar	8	2.9
Aile	240	87.6

Tablo 4.2. Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin klinik özellikleri

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Primer psikiyatrik tanı		
Depresyon	93	34.0
Şizofreni	58	21.2
Anksiyete bozuklukları	49	17.9
Bipolar bozukluk	36	13.1
Şizoaffektif bozukluk	17	6.2
Obsesif kompulsif bozukluk	13	4.7
Travma sonrası stres bozukluğu	8	2.9
Hastalık süresi (ort±ss: 7.67±6.82; min-maks: 1-32)		
1-5 yıl	146	53.3
6-10 yıl	70	25.5
≥ 11 yıl	58	21.2
Yatış sayısı (ort±ss: 1.18±2.18; min-maks: 0–12)		
Yatışı yok	154	56.2
1-2 kere	78	28.5
≥ 3 kere	42	15.3
Komorbid psikiyatrik tanı		
Yok	242	88.3
Var	32	11.7
Alkol/madde kullanımı		
Kullanmıyor	223	81.4
Alkol kullanıyor	51	18.6
Madde kullanıyor	-	-
Fiziksel hastalık öyküsü		
Yok	217	79.2
Var	57	20.8

4.2. Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulgular

CRH-ASDÖ'nin geçerliği dil eşdeğerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği ile değerlendirilmiştir.

4.2.1. Dil Eşdeğerliğinin İncelenmesi

Bu araştırmada kültürlerarası ölçek uyarlamasına ilişkin Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization [WHO]), Uluslararası Test Komisyonu (International Test Commission [ITC]) ve Sağlık Enstrümanlarının Seçimi için Fikir Birliğine Dayalı Standartların (Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instrument [COSMIN]) rehberleri temel alınmıştır (Hernández ve ark., 2020; Gagnier

ve ark., 2021; WHO, 2020). Bu rehberlere dayanarak ölçek uyarlama çalışmasına başlamadan önce orijinal ölçeği geliştiren sorumlu yazarla 27 Aralık 2022 tarihinde iletişime geçilerek e-posta ile yazılı izin alınmıştır (EK-4). Ölçeğin psiko-linguistik özelliklerini incelemek için “çeviri- geri çeviri yöntemi” kullanılmıştır. Bu amaçla ölçek anadili Türkçe olan, iyi seviyede İngilizce ve ilgili alanın bilimsel terimlerini iyi bilen birbirinden bağımsız iki dilbilimci tarafından orijinal dilden adapte edilmesi hedeflenen Türkçeye çevrilmiştir. Bunu takiben araştırmacılar, çeviri ekibi ve bir Türkçe dil uzmanı tarafından iki çeviri metni “anlamsal, kavramsal, dilsel, bağlamsal” açıdan karşılaştırılarak benzer ve farklı yönleri incelenmiş, her madde için fikir birliği sağlanarak ilk taslak Türkçe versiyon oluşturulmuştur ve her bir madde için çeviriciler arası uyum düzeyinin %95’ten fazla olduğu belirlenmiştir. Sonrasında taslak Türkçe ölçek anadili İngilizce olan, Türkçeyi iyi bilen, orijinal ölçeği daha önce görmeyen iki uzman dilbilimci tarafından orijinal dile çevrilmiştir. Bunu takiben araştırmacılar ve geri çeviri ekibi tarafından iki çeviri metni karşılaştırılarak İngilizce ölçek taslağı oluşturulmuş, orijinal ölçek ve geri çeviri ile elde edilen İngilizce versiyon “kavramsal ve kültürel eşdeğerlik” açısından gözden geçirilmiştir. Son olarak orijinal ölçeği geliştiren sorumlu yazarla iletişime geçilerek İngilizce ölçek taslağına yönelik görüşü sorulmuş ve olumlu geribildirim alınmıştır. Böylece ölçeğin dil eşdeğerliğinin sağlandığına karar verilmiştir.

4.2.2. Kapsam Geçerliğinin İncelenmesi

Dil eşdeğerliği sağlandıktan sonra, ölçeğin kapsam geçerliğinin incelenmesi için “uzman paneli” aşamasına geçilmiştir. Bu aşamada psikiyatri hemşireliği alanında görev yapan 10 öğretim üyesine ölçeğin orijinal ve taslak Türkçe versiyonunu içeren “Uzman Görüşü Formu” e-posta ile gönderilmiştir. Uzmanlardan her maddeyi “Davis tekniği (1: uygun değil, 2: maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir, 3: uygun, ancak küçük değişiklik gerekir, 4: çok uygun)” ile değerlendirerek görüşlerini iletmeleri istenmiştir. Uzman paneli sonrası uyarlaması yapılan ölçeğin aday Türkçe versiyonu elde edilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliğine karar verebilmek adına her bir madde için KGO ve ölçeğin tamamına yönelik KGI hesaplanmıştır.

Ölçek uyarlama çalışmalarında, ölçüm aracında yer alan maddelerin uygunluk düzeyini tespit etmek için her bir madde için $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde KGO hesaplanmaktadır. KGO, uzmanlar tarafından “3” ve “4” ile değerlendirilen madde sayısının toplam uzman sayısına oranını göstermekte olup, kritik KGO değeri uzman sayısına göre farklılık göstermektedir. Tablo 4.2.’de görüldüğü üzere uzman sayısı 10 olduğunda $KGO \geq 0.62$ olan maddelerin ölçekte kalması önerilmektedir (Veneziano ve Hooper, 1997; Yusoff, 2019).

KGİ ise ölçüm aracındaki her maddeyi uzmanların gerekli görüp görmediğinin belirlenmesi için tercih edilmektedir. KGİ, KGO’ların ortalamasının alınması ile hesaplanmakta ve bu değer ≥ 0.90 olması mükemmel tutarlılığı göstermektedir (Polit ve Beck, 2020; Yusoff, 2019). Bu çalışmada uzman sayısının 10 olduğu dikkate alındığında, her bir maddeye ilişkin minimum KGO değerinin ≥ 0.62 , KGİ’nin ise 1 olduğu belirlenmiştir. Böylece ölçeğin kapsam geçerliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 4.3. $\alpha = 0.05$ anlamlılık düzeyinde KGO için minimum değerler

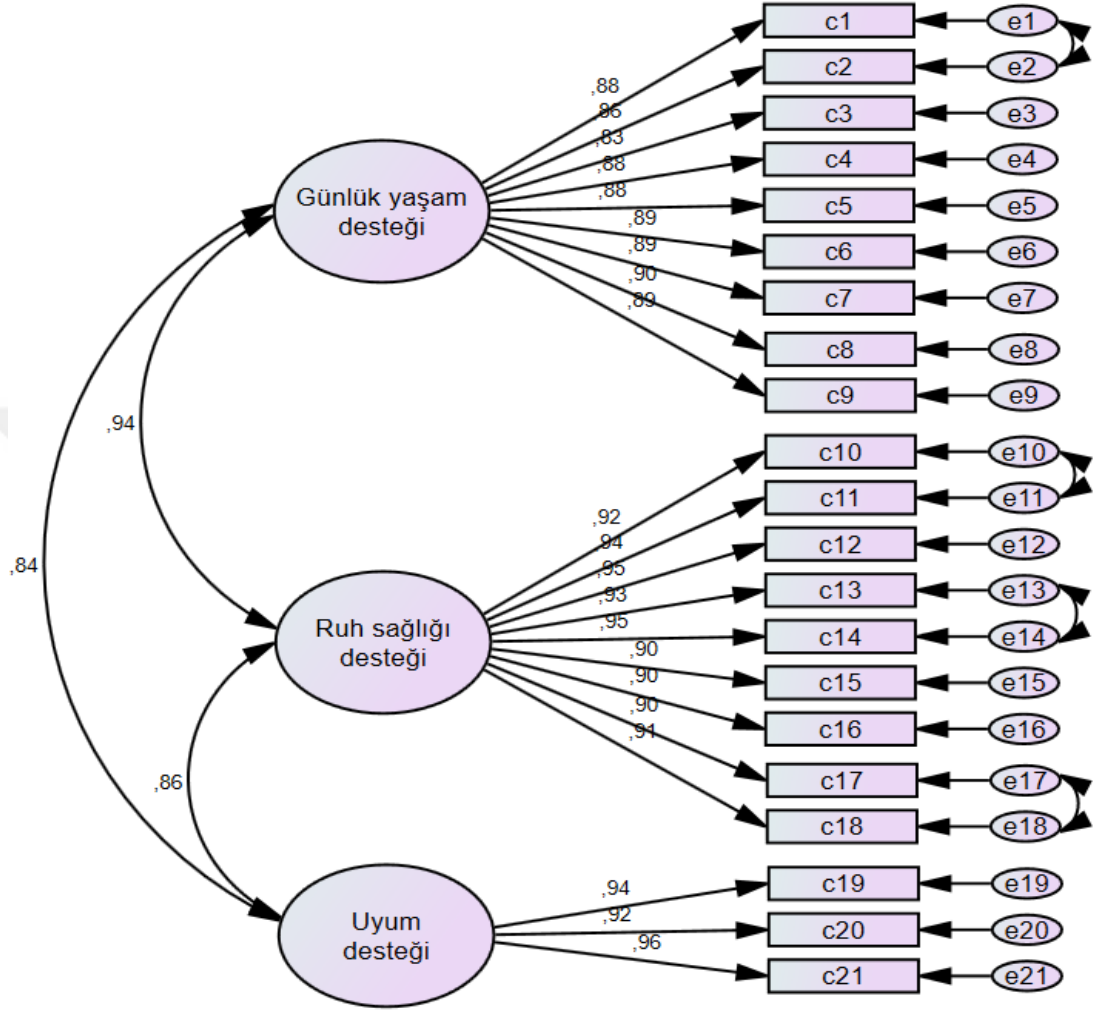
Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0.99	13	0.54
6	0.99	14	0.51
7	0.99	15	0.49
8	0.78	20	0.42
9	0.75	25	0.37
10	0.62	30	0.33
11	0.59	35	0.31
12	0.56	40+	0.29

Uzman panelini takiben aday Türkçe ölçek açıklık ve anlaşılabilirlik açısından test etmek amacıyla amaçlı örnekleme yöntemi ile pilot uygulama için seçilen ve örneklem grubuna dahil edilmeyen CRH’a sahip 35 birey ile ön-uygulama yürütülmüştür. Pilot uygulama esnasında hastalara anlaşılmayan ifade olup olmadığı sorulmuş, varsa önerileri istenmiştir. Aday Türkçe ölçek maddeleri hastalar tarafından açık ve anlaşılır bulunduğu için ölçekte herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Böylece araştırmanın örneklem grubuna uygulanacak ölçek (deneme formu) elde edilmiştir.

4.2.3. Yapı Geçerliğinin İncelenmesi

Örneklem grubuna uygulanan ölçeğin (deneme formu) yapı geçerliğinin test edilmesi için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. DFA'nın ilk aşamasında üç faktörün gizil, faktörleri oluşturan maddelerin ise gösterge değişken olarak yer aldığı birinci dereceden DFA modelinin path diyagramı oluşturulmuştur (Şekil 4.1.). İkinci aşamada model tahminlenirken yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan Robust maximum likelihood yöntemi kullanılarak regresyon katsayıları hesaplanmıştır. Üç faktör ve 21 maddeden oluşan orijinal ölçeğin faktör yapısı doğrulanmış, ancak sonuçların iyileştirilmesi için modelde dört farklı modifikasyon yapılmıştır (madde 1-2, madde 10-11, madde 13-14 ve madde 17-18 arasında). Son aşamada ise üç faktörlü birinci dereceden oluşturulan DFA modeli için uyum indeksleri incelenmiştir. Tablo 4.4.'te görüldüğü üzere modelin uyum değerleri $\chi^2/df=3.335$, GFI=0.823, NFI=0.933, TLI=0.944, IFI=0.952, CFI=0.952, RMSEA=0.092, SRMR=0.024'tür. Bu doğrultuda χ^2/df , NFI, TLI, IFI, CFI, SRMR değerlerinin iyi olduğu, GFI ve RMSEA değerlerinin ise kabul edilebilir sınıra oldukça yakın olduğu tespit edilmiştir (Akyüz, 2018; Field, 2024; Mohajan, 2017; Tabachnick & Fidell, 2019). Böylece CRH-ASDÖ'nin iyi uyum gösterdiği ve DFA modelinin geçerli olduğu söylenebilir.

Şekil 4.1. Üç boyutlu birinci dereceden doğrulayıcı faktör analizi modeli



Tablo 4.4. Uyum iyiliği indeksleri ve kabul edilebilir değer aralığı

İndeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Sonuçlar
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df < 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	3.335
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI < 0.95$	0.823
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 \leq NFI < 0.95$	0.933
TLI	$0.95 \leq TLI \leq 1$	$0.90 \leq TLI < 0.95$	0.944
IFI	$0.95 \leq IFI \leq 1$	$0.90 \leq IFI < 0.95$	0.952
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI < 0.95$	0.952
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 < RMSEA \leq 0.08$	0.092
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.05$	$0.05 < SRMR \leq 0.08$	0.024

DFA'ya göre ölçek maddelerine ilişkin faktör yükleri Tablo 4.5.'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde, maddelerin faktör yüklerinin 0.828 ile 0.965 arasında değiştiği saptanmıştır. Her bir maddeye ait kritik oranlar ve p değerleri gözden geçirildiğinde ise tüm maddelerin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu sonuçlara dayanarak hiçbir faktör yükünün 0.300'un altında olmadığı ve faktör yüklerinin kabul edilebilir olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 4.5. Doğrulayıcı faktör analizine göre faktör yükleri

Maddeler	Boyutlar	S.E.	C.R.	p	Faktör yükü
Madde 1	<---				0.880
Madde 2	<---	0.035	28.061	<0.001	0.862
Madde 3	<---	0.050	18.801	<0.001	0.828
Madde 4	<---	0.049	21.547	<0.001	0.884
Madde 5	<---	0.052	21.325	<0.001	0.880
Madde 6	<---	0.048	21.675	<0.001	0.887
Madde 7	<---	0.051	22.045	<0.001	0.893
Madde 8	<---	0.050	22.528	<0.001	0.902
Madde 9	<---	0.051	22.046	<0.001	0.893
Madde 10	<---				0.922
Madde 11	<---	0.025	41.290	<0.001	0.935
Madde 12	<---	0.034	30.245	<0.001	0.948
Madde 13	<---	0.037	28.370	<0.001	0.931
Madde 14	<---	0.035	30.225	<0.001	0.948
Madde 15	<---	0.038	25.332	<0.001	0.899
Madde 16	<---	0.037	25.799	<0.001	0.904
Madde 17	<---	0.038	25.167	<0.001	0.897
Madde 18	<---	0.037	26.084	<0.001	0.908
Madde 19	<---				0.936
Madde 20	<---	0.036	28.582	<0.001	0.923
Madde 21	<---	0.031	33.779	<0.001	0.965

SE: Standard Error; CR: Critical Ratio

4.3. Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular

CRH-ASDÖ'nin güvenirliliği ise iç tutarlılık (Cronbach's alfa katsayısı ve madde analizi) ve değişmezlik (test- tekrar test güvenirliliği ve paralel form güvenirliliği) ile değerlendirilmiştir.

4.3.1. İç Tutarlılık Analizleri

Bu araştırmada CRH-ASDÖ'nin Cronbach's alfa güvenirlik katsayısının 0.986 olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra günlük yaşam desteği, ruh sağlığı desteği ve uyum desteği alt boyutlarının Cronbach's alfa değerlerinin sırasıyla 0.969, 0.981 ve 0.959 olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan ölçüm aracında yer alan her bir maddenin güvenirliğini saptamak ve ölçeğin tamamı ile düşük korelasyon gösteren maddeleri belirleyip ölçekten çıkarmak için madde analizi yapılmıştır. Madde-toplam puan korelasyon katsayısının ≥ 0.30 olması söz konusu maddenin güvenirliğinin iyi olduğu anlamına gelmektedir (Alpar, 2022; Erdoğan ve ark., 2020). Nitekim, bu araştırmada madde-toplam puan korelasyon değeri < 0.30 olan herhangi bir madde bulunmaması sebebiyle madde çıkarma işlemine gerek duyulmamıştır (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. CRH-ASDÖ'nin güvenirliği

Ölçek	Boyutlar	Maddeler	Madde-Toplam Korelasyon	Cronbach's Alfa (Madde Çıkarıldığında)	Cronbach's Alpha
Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler İçin Alınan Sosyal Destek Ölçeği	Günlük yaşam desteği	M1	0.860	0.985	0.969
		M2	0.836	0.986	
		M3	0.806	0.986	
		M4	0.868	0.985	
		M5	0.852	0.985	
		M6	0.858	0.985	
		M7	0.861	0.985	
		M8	0.875	0.985	
		M9	0.875	0.985	
	Ruh sağlığı desteği	M10	0.901	0.985	0.981
		M11	0.909	0.985	
		M12	0.919	0.985	
		M13	0.919	0.985	
		M14	0.929	0.985	
		M15	0.887	0.985	
		M16	0.899	0.985	
		M17	0.873	0.985	
		M18	0.887	0.985	
	Uyum desteği	M19	0.812	0.986	0.959
		M20	0.842	0.986	
		M21	0.853	0.986	

4.3.2. Değişmezlik Analizleri

Ölçeğin güvenirliği kapsamında zaman göre değişmezliğini incelemek için test- tekrar test aşamasına katılmayı onaylayan 125 hastaya iki hafta sonra nihai Türkçe versiyon yeniden uygulanmıştır. Ölçümlerin tutarlılığını test etmek için kullanılan sınıf içi korelasyon katsayısı günlük yaşam desteği için 0.990, ruh sağlığı desteği için 0.988, uyum desteği için 0.990 ve ölçeğin tamamı için 0.994'tür. Böylece test-tekrar test ölçümleri arasında CRH-ASDÖ ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir uyum bulunduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Test-tekrar test güvenirliği

Ölçek	ICC	%95 CI		p
		Alt sınır	Üst sınır	
CRH-ASDÖ	0.994	0.992	0.995	<0.001
Günlük Yaşam Desteği	0.990	0.988	0.992	<0.001
Ruh Sağlığı Desteği	0.988	0.984	0.991	<0.001
Uyum Desteği	0.990	0.987	0.992	<0.001
ICC: Intraclass Correlation Coefficient				

Paralel form güvenirliği incelendiğinde, CRH-ASDÖ ile ÇBASDÖ arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ($r= 0.266$, $p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Paralel form güvenirliği

Ölçek		Aile	Arkadaş	Özel insan	ÇBASDÖ
CRH-ASDÖ	r	0.250	0.183	0.223	0.266
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Günlük yaşam desteği	r	0.225	0.150	0.192	0.235
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Ruh sağlığı desteği	r	0.219	0.149	0.204	0.236
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Uyum desteği	r	0.187	0.161	0.147	0.209
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği					

5. TARTIŞMA

Sosyal desteğin CRH'ı olan kişilerde hem klinik hem de kişisel iyileşmeye doğrudan katkıda bulunan veya duygusal sıkıntılara karşı tampon görevi gören bir faktör olduğu ifade edilmesine rağmen (Chronister ve ark., 2022; Ma ve ark., 2024), Türkiye'de bu hasta grubuna özgü sosyal desteğin belirlenmesinde kullanılan bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu nedenle araştırmada Chronister ve arkadaşları (2022) tarafından geliştirilen CRH-ASDÖ'nin Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Geçerlik ve güvenirlik herhangi bir ölçüm aracının değerlendirilmesinde en temel iki özellik olup, ölçeğin bütünlüğünü ve kalitesini güvence altına almak için ön koşullardır (Büyüköztürk, 2024; Mohajan, 2017). Bu doğrultuda araştırmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılarak, (1) geçerlik analizlerine ilişkin bulguların tartışılması, (2) güvenirlik analizlerine ilişkin bulguların tartışılması şeklinde iki ana başlık altında bu bölümde sunulmuştur. Türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri incelenen CRH-ASDÖ'nin henüz farklı kültürlere uyarlama çalışması olmadığı için araştırmanın bulguları sadece orijinal ölçek ile karşılaştırılmıştır. Bu durumda ölçeğin ilk uyarlama sonuçlarının Türk kültürüne ait olacağı söylenebilir.

5.1. Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Nicel araştırmalarda geçerlik, “bir ölçüm aracının ölçmeyi iddia ettiği şeyi ne ölçüde ölçtüğü” şeklinde tanımlanmaktadır. Diğer bir ifadeyle, “geçerlik, bir ölçüm aracının ölçmek için tasarlandığı şeyi ölçme derecesi ve sonuçların ne ölçüde doğru olduğudur”. Yani, ölçeğin amaca hizmet etme derecesidir (Alpar, 2022; Mohajan, 2017; Yusoff ve ark., 2021). Geçerlik, enstrümanın değil, enstrümanın puanlarının ve yorumlarının bir özelliği olarak nitelendirilmektedir (Mohajan, 2017). Geçerlik testi, kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve ölçüt-bağımlı geçerlik şeklinde temel olarak üç türe ayrılmaktadır (Büyüköztürk, 2024; Erdoğan ve ark., 2020; Pallant, 2020; Sürücü ve Maslakçı, 2020). Bu araştırmada CRH-ASDÖ'nin geçerliğini belirlemek için hem kapsam geçerliği hem de yapı geçerliği yöntemleri kullanılmıştır.

5.1.1. Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği, “bir ölçüm aracındaki maddelerin ölçülmesi istenen kavramı ölçmede nicelik ve nitelik olarak yeterli olup olmadığını belirlemeye yönelik öznel bir değerlendirme biçimidir” (Büyüköztürk, 2024; Erdoğan ve ark., 2020). Yani, ölçekteki maddelerin ve bu maddelerden alınan puanların ölçülmek istenen kavram hakkında sorulabilecek tüm olası maddeleri ne ölçüde temsil ettiğidir. Ölçek maddeleri ölçülen kavramın alanını ne kadar çok temsil ederse kapsam geçerliği de o kadar yüksek olmaktadır (Mohajan, 2017; Yeşilyurt ve Çapraz, 2018; Yusoff ve ark., 2021). Kapsam geçerliğini değerlendirmek için istatistiksel bir test olmayıp, genellikle uzman görüşüne başvurulmakta ve ölçüm aracındaki maddeleri kapsam geçerliğine göre değerlendiren uzmanların yargılarına dayanarak KGO ve KGİ hesaplanmaktadır (Mohajan, 2017; Yusoff, 2019). Uzmanların ölçüm aracını değerlendirmesi için en sık kullanılan tekniklerden birisi “Davis tekniği” olup, bu teknikte en az 3, en fazla ise 20 uzman önerilmektedir (Davis, 1992; Erdoğan ve ark., 2020; Gökdemir ve Yılmaz, 2023).

Bu araştırmada ölçeğin dil eşdeğerliği sağlandıktan sonra kapsam geçerliğinin belirlenmesi için psikiyatri hemşireliği alanındaki 10 uzmanın görüşüne başvurulmuş ve “Davis tekniği” ile ölçek maddelerini değerlendirmeleri istenmiştir. Uzmanların yargılarına dayanarak ölçekte yer alan her madde için KGO, ölçeğin tamamı için de KGİ hesaplanmıştır. KGO, maddenin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek için geliştirilen bir ölçüttür. Kısacası KGO, her bir maddenin kabulü ya da reddinde kullanılan istatistiksel bir araçtır. Davis tekniğine göre uzmanlar tarafından “3” ve “4” olarak değerlendirilen madde sayısının toplam uzman sayısına oranı KGO değerini vermekte olup, her bir maddenin uygunluğuna karar verebilmek için ihtiyaç duyulan minimum KGO değeri uzman sayısına göre değişmektedir. Uzman sayısı 10 olduğuunda ≥ 0.62 KGO değerine sahip maddelerin ölçekte yer alması önerilmektedir (Veneziano ve Hooper, 1997; Yusoff, 2019). Bu araştırmada ölçekteki her maddenin KGO değerinin 0.62’den büyük olduğu tespit edildiği için hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

Her maddeye ilişkin KGO'nun tespitinden sonra ise ölçeğin tamamı için KGİ hesaplanmıştır. KGİ, nihai forma alınan maddelerin KGO ortalamaları üzerinden elde edilmektedir. KGİ'de genellikle 0.80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir (Davis, 1992), hatta bu değerin ≥ 0.90 olması mükemmel tutarlılığı işaret etmektedir (Polit ve Beck, 2020; Yusoff, 2019). Mevcut araştırmada KGİ'nin 1 olduğu hesaplanmış olup, ölçeğin kapsam geçerliğinin sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır.

5.1.2. Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği, “aracın ölçmeyi amaçladığı kavramı, yani teorik bir yapıyı ölçme derecesi” olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile, ölçüm aracının doğrudan ölçülemeyen bir kavramı ne kadar iyi temsil ettiği veya yansıttığı ile ilgilidir (Erdoğan ve ark., 2020; Hajjar, 2018; Mohajan, 2017; Sürücü ve Maslakçı, 2020). Yapı geçerliği ile “ölçeğin hangi alt boyutları içerdiği, bu alt boyutlarda hangi maddelerin bulunduğu, ölçüm amacına hizmet edip etmediği ve alınan test puanlarının ne anlama geldiği” incelenmektedir. Ölçeğin yapı geçerliğine sahip olması, ölçülmek istenen teorik yapıyı ortaya çıkarabildiği anlamına gelmektedir. Yapı geçerliğini değerlendirmek için çoklu özellik/çoklu yöntem matriksi, yapısal eşitlik modellemesi, hipotez testi ve faktör analizi gibi farklı yöntemler kullanılmaktadır (Alpar, 2022; Field, 2024; Seçer, 2018; Yusoff ve ark., 2021). Faktör analizi, ölçekte özünde birbiriyle ilişkileri olan maddeleri belli bir faktör/boyut altında birleştirmede kullanılan bir tekniktir. Faktör analizinde açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olmak üzere iki yöntemden yararlanılmakta olup (Hajjar, 2018; Gökdemir ve Yılmaz, 2023; Koyuncu ve Kılıç, 2019), ölçek uyarlama çalışmalarında genellikle DFA'nın yeterli olduğu ifade edilmektedir (Erdoğan ve ark., 2020; Seçer, 2018). Bu araştırmada da yapı geçerliğini incelemek ve faktörler arasındaki uyumu test etmek için DFA'dan yararlanılmıştır.

5.1.2.1. Doğrulayıcı faktör analizi

Farklı bir dil ve kültürde geliştirilen ölçeği Türkçe'ye uyarlama çalışmalarında faktörlerin doğrulanması için sadece DFA yapmak yeterli olmaktadır. Bir ölçeğin yapı geçerliğinin sağlanması için DFA'da bildirilmesi gereken uyum iyiliği istatistikleri

istenilen düzeyde olmalıdır (Erdoğan ve ark., 2020; Hajjar, 2018; Koyuncu ve Kılıç, 2019). DFA’da kullanılan uyum iyiliği indeksleri genellikle χ^2/df , GFI, NFI, TLI, IFI, CFI, RMSEA ve SRMR’dir (Meydan ve Şeşen, 2015; Tabachnick ve Fidell, 2019). Literatürde $\chi^2/df < 3$ ise model uyumu mükemmel, $3 \leq \chi^2/df \leq 5$ arasında ise model uyumu kabul edilebilir düzeydedir. Ancak, $\chi^2/df > 5$ olduğunda model reddedilmelidir. Uyum indeksleri GFI, NFI, TLI, IFI, CFI’da ≥ 90 kabul edilebilir uyumu, ≥ 95 ise mükemmel uyumu işaret etmektedir. DFA’da RMSEA ve SRMR değerlerinde ≤ 0.05 mükemmel, 0.05-0.08 arası kabul edilebilir, 0.08-0.10 arası kötü, > 0.10 ise kabul edilemez uyum olarak yorumlanmaktadır. Model uyumu sağlamadığında modifikasyon önerileri incelenmelidir (Akyüz, 2018; Field, 2024; Mohajan, 2017; Seçer, 2018; Tabachnick & Fidell, 2019).

Bu araştırmada modelin uyum değerlerinin χ^2/df için 3.335, GFI için 0.823, NFI için 0.933, TLI için 0.944, IFI için 0.952, CFI için 0.952, RMSEA için 0.092, SRMR için 0.024 olduğu bulunmuştur. Bu doğrultuda ölçeğin Türkçe versiyonuna ait IFI, CFI ve SRMR değerlerinin mükemmel, χ^2/df , NFI ve TLI değerlerinin kabul edilebilir, GFI ve RMSEA değerlerinin ise kabul edilebilir sınıra yakın olduğu tespit edilmiştir. Tüm bu sonuçlar CRH-ASDÖ’nin 21 madde içeren üç faktörlü yapısının iyi uyuma sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında ise χ^2 , CFI, TLI, RMSEA kullanılmış ve üç faktörlü DFA’nın iyi uyum ($\chi^2=353.12$, CFI=0.99, TLI=0.99, RMSEA=0.07) sergilediği saptanmıştır (Chronister ve ark., 2022). Orijinal ölçeğin uyum indekslerinin Türkçe versiyondan biraz daha iyi olması, dil ve kültür farklılığına bağlı olabilir.

CRH-ASDÖ’nin orijinal yapısında faktör yüklerinin günlük yaşam desteği, ruh sağlığı desteği ve uyum desteği alt boyutları için sırasıyla 0.61-0.78, 0.74-0.91 ve 0.68-0.74 arasında olduğu rapor edilmiştir (Chronister ve ark., 2022). Mevcut araştırmada ise DFA sonucunda maddelere ait faktör yüklerinin günlük yaşam desteği alt boyutu için 0.82-0.90, ruh sağlığı desteği alt boyutu için 0.89-0.94 ve uyum desteği alt boyutu için 0.92-0.96 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Alan yazında faktör yükü 0.30-0.40 arasında ise kabul edilebilir, ≥ 0.50 ise iyi, ≥ 0.70 ise mükemmel olarak kabul edilmektedir (Alpar, 2022; Çokluk ve ark., 2018). Faktör yükü ≤ 0.30 olan maddelerin

çok önemli/kritik değillerse ölçekten çıkarılmasının uygun olabileceği, şayet bu maddeler ölçeğe dahil edilecekse nedenlerinin çok iyi bir şekilde açıklanması gerektiği vurgulanmaktadır (Field, 2024; Seçer, 2018; Tavşancıl, 2019). Bu çalışmada maddelere ait kritik oranlar ve p değerleri göz önünde bulundurulduğunda, ölçüm aracındaki bütün maddelerin faktör yükünün 0.30'dan büyük ve anlamlı olduğu, ölçeğin Türkçe versiyonunun mükemmel bir faktör yapısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Böylece CRH-ASDÖ'nin Türk dili ve kültürü için geçerli bir ölçüm aracı olduğu doğrulanmıştır.

5.2. Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Nicel araştırmalarda güvenilirlik, “ölçüm aracının tutarlı, duyarlı ve istikrarlı sonuçlar üretme derecesi” olarak tanımlanmaktadır (Erdoğan ve ark., 2020; Sürücü ve Maslakçı, 2020). Güvenirlik, eşit değerlerle tutarlı sonuçlar sağlayan bir ölçümü ifade etmektedir ve temel olarak iç tutarlılık güvenilirliği ile değişmezlik olmak üzere iki türe ayrılmaktadır (Mohajan, 2017). Bu çalışmada CRH-ASDÖ'nin hem iç tutarlılık güvenilirliği hem de değişmezliği analiz edilmiştir.

5.2.1. İç Tutarlılık Güvenirliği

İç tutarlılık, “ölçekteki tüm maddelerin aynı yapıyı tutarlı bir biçimde ölçüp ölçmediğinin incelenme işlemi” olup, iç tutarlılık analizleri hem yapı geçerliği hem de güvenilirlik için önemli kanıtlar sağlamaktadır (Büyüköztürk, 2024; Erdoğan ve ark., 2020). Bu çalışmada ölçüm aracının iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı ve madde-toplam puan güvenilirliği yöntemleri kullanılmıştır.

5.2.1.1. Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı

Bir ölçüm aracına ait maddelerin kendi içinde aynı tutumu ölçüp ölçmediğinin test edilmesi, yani iç tutarlılığının saptanması için en sık kullanılan yöntem Cronbach's alfa katsayısının (α) hesaplanmasıdır (Alpar, 2022; Erdoğan ve ark., 2020; Tavşancıl, 2019). Cronbach's alfa katsayısı ölçüm aracındaki maddelerin birbiriyle olan benzerlik ve yakınlığını ölçen bir değeri temsil etmektedir. Her madde için ayrı Cronbach's alfa katsayısı hesaplanabileceği gibi, ölçekteki tüm maddelere ait ortalama bir değerde

belirlenmektedir. Elde edilen Cronbach's alfa katsayısı yükseldikçe ölçüm aracındaki maddelerin birbirleriyle tutarlılıklarının da arttığı kabul edilmektedir (Kılıç, 2016; Sürücü ve Maslakçı, 2020). Literatürde Cronbach's alfa katsayısının değerlendirilmesi ile ilgili farklı sınıflamalar yer almaktadır. Ancak, yaygın kabul edilen kriterlere göre Cronbach's alfa katsayısı $0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise “ölçek güvenilir değil”, $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise “ölçek düşük güvenilirlikte”, $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise “ölçek oldukça güvenilir”, $0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise “ölçek yüksek derecede güvenilir” şeklinde yorumlanmaktadır (Alpar, 2022; Kılıç, 2016; Tavşancıl, 2019).

Mevcut araştırmada CRH-ASDÖ'nin Cronbach's alfa katsayısı 0.986 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca günlük yaşam desteği, ruh sağlığı desteği ve uyum desteği alt boyutlarının Cronbach's alfa güvenilirlik katsayılarının sırasıyla 0.969, 0.981 ve 0.959 olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda ölçeğin Türkçe versiyonunun yüksek düzeyde güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. Orijinal çalışmada da ölçeğin güçlü bir iç tutarlılığa sahip olduğu ifade edilmiş ve Cronbach's alfa katsayısı ölçeğin tamamı için 0.94, günlük yaşam desteği alt boyutu için 0.83, ruh sağlığı desteği alt boyutu için 0.84 ve uyum desteği alt boyutu için 0.76 olarak bulunmuştur (Chronister ve ark., 2022).

5.2.1.2. Madde-toplam puan güvenilirliği

Madde-toplam puan güvenilirliği, ölçüm aracındaki her maddenin ölçülen yapı ve toplam test puanıyla ilişkisini, yani her bir maddenin güvenilirliğini belirlemek için kullanılmaktadır. Bir maddenin ölçeği temsil düzeyine madde-toplam puan korelasyon katsayısı ile karar verilmektedir (Field, 2024; Erdoğan ve ark., 2020). Şayet öçekteki maddeler eşit ağırlıkta ve bağımsız maddeler niteliğindeyse her bir madde ile toplam test puanı arasındaki korelasyon katsayısının yüksek olacağı tahmin edilmektedir. Bir maddenin toplam test puanıyla korelasyonunun düşük olması durumunda ise ilgili maddenin ölçüm aracıda bulunan diğer maddelerden daha farklı bir özelliği ölçtüğü düşünülmektedir (Alpar, 2022; Field, 2024; Erdoğan ve ark., 2020).

Literatürde örneklem büyüklüğü <400 olduğunda madde-toplam korelasyon katsayısı ≥ 0.30 ise maddenin güvenilirliğinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Madde-toplam puan korelasyon katsayısı <0.30 olan maddelerde ise ciddi bir sorun olduğu

düşünülmekte ve ilgili maddelerin ölçekten çıkarılması önerilmektedir (Alpar, 2022; Erdoğan ve ark., 2020). Örneklem büyüklüğü 274 olan bu araştırmada madde-toplam puan korelasyon katsayılarının 0.806 ile 0.929 arasında değiştiği saptanmıştır. Böylece ölçekteki her bir maddenin maddeler toplamı ile yeterli korelasyona sahip olduğu ve maddelerin güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilir.

5.2.2. Değişmezlik

Değişmezlik, “bir ölçüm aracının farklı zaman dilimlerinde tutarlı sonuçlar verebilmesi gücü” olarak açıklanmaktadır (Erdoğan ve ark., 2020; Heale ve Twycross, 2015; Waltz ve ark., 2016). Mevcut araştırmada değişmezliği incelemek için test-tekrar test güvenilirliği ile paralel form güvenilirliğinden yararlanılmıştır.

5.2.2.1. Test- tekrar test güvenilirliği

Test- tekrar test güvenilirliği, ölçekten alınan puanların zaman karşısında ne düzeyde kararlı olduğunu belirlemek için yapılmaktadır. Bu yöntemde bir ölçüm aracının aynı örneklem grubuna belirli aralıklarla iki kere uygulanmasıyla elde edilen puanlar arasındaki ilişki incelenmektedir (Hajjar, 2018; Mohajan, 2017). Test- tekrar test güvenilirliği için en az 30 çift veri olması (Tavşancıl, 2019), mümkünse örneklemin %25’ine ulaşılması gerektiği (Seçer, 2018) ve iki ölçüm arasındaki ideal sürenin iki-dört hafta olduğu belirtilmektedir (Tavşancıl, 2019).

Bir ölçüm aracının zaman karşısında stabil olduğunun söylenebilmesi için korelasyon katsayısı en az 0.70, tercihen ≥ 0.80 olmalıdır (Erdoğan ve ark., 2020; Polit ve Beck, 2020). Bu araştırmada CRH-ASDÖ’nin değişmezliğini incelemek için iki hafta aralıklı test- tekrar test yöntemi uygulanmış ve sınıf içi korelasyon katsayısı günlük yaşam desteği, uyum desteği, ölçeğin tümü için sırasıyla 0.990, 0.988, 0.990 ve 0.994 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç, ölçeğin test- tekrar test güvenilirliğinin yüksek olduğunu ve zaman içinde stabil kaldığını göstermektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında ise üç haftalık zaman aralığında yapılan test- tekrar test güvenilirliği analizinde korelasyon katsayısının düşük (0.59) olduğu ve daha kısa bir zaman aralığında yapılmasının daha uygun olabileceği ifade edilmiştir (Chronister ve ark., 2022).

5.2.2.2. Paralel form güvenirliği

Paralel form güvenirliği, ölçüm aracının güçlü olup olmadığını kanıtlamak için aynı örneklem grubuna ölçeğin alternatif/eşdeğer formlarının uygulanması esasına dayanmaktadır (Mohajan, 2017; Waltz ve ark., 2016). Uygulanan iki eşdeğer form arasındaki korelasyon katsayısının artışı paralel form güvenirliğinin arttığı şeklinde değerlendirilmektedir. Bu yöntemde korelasyon katsayısı 0.3'ten küçük ise zayıf, 0.3-0.5 arasında ise orta ve 0.5'ten büyük ise güçlü bir korelasyon anlamına gelmektedir (Heale ve Twycross, 2015).

Ölçeğin geliştirme çalışmasında CRH'ı olan bireylerin aldıkları sosyal destek ile algıladıkları sosyal destek puanları arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde ($r=0.22$, $p<0.01$) anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde bu araştırmada da CRH-ASDÖ ile ÇBASDÖ skorları arasında pozitif yönde ve zayıf derecede ($r=0.266$, $p<0.001$) nemli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlara dayanarak alınan ve algılanan sosyal desteğin farklı kavramlar olduğu kanıtlanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Chronister ve arkadaşları tarafından (2022) tarafından geliştirilen Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler İçin Alınan Sosyal Destek Ölçeğini (CRH-ASDÖ) Türkçeye uyarlamak, geçerlik ve güvenilirliğini incelemek için yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Üç alt boyut ve 21 maddeden oluşan CRH-ASDÖ Türkiye’deki ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde kullanılabilecek geçerli bir ölçme aracıdır.
- Üç alt boyut ve 21 maddeden oluşan CRH-ASDÖ Türkiye’deki ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde kullanılabilecek güvenilir bir ölçme aracıdır.

6.2. Öneriler

Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda CRH’ı olan bireylerle çalışan sağlık profesyonellerine ve araştırmacılara yönelik öneriler ise şunlardır:

- Ruh sağlığı profesyonellerinin hastaların aldıkları sosyal destek düzeyini belirlemeleri ve gerekli müdahaleleri planlamaları için Türkçeye uyarlaması yapılan CRH-ASDÖ’ni kullanılması önerilir.
- CRH-ASDÖ, bireylerin aldıkları destekten ne ölçüde memnun olduklarını değerlendirmemektedir. Gelecekteki araştırmacılarda CRH-ASDÖ’nin her maddesinin yanında memnuniyet seviyesi sorgulanabilir.
- CRH-ASDÖ, sosyal desteğin kim tarafından (aile, arkadaş, vb.) veya nasıl (yüz yüze, telefon/mesaj, online, vb.) sağlandığını değerlendirmemektedir. Alınan sosyal desteğin daha net/kapsamlı anlaşılabilmesi için araştırmacılar her CRH-ASDÖ maddesinin yanında temel sosyal ağ verilerini (yani kimin, nasıl sosyal destek sağladığını) toplayabilirler.
- Gelecekteki araştırmalarda alınan sosyal desteğin öznel ve nesnel sonuçlar (örneğin; sağlık göstergeleri, hastaneye yatış sayısı, istihdam durumu, vb.) üzerindeki etkileri incelenebilir.

- CRH-ASDÖ'nin daha büyük bir örneklem grubunda psikometrik özellikleri yeniden test edilebilir.
- Gelecekteki çalışmalarda ölçeğin yordama geçerliği değerlendirilebilir.
- CRH-ASDÖ'nin psikometrik özellikleri CRH'a sahip adölesanlar için de incelenebilir.



7. KAYNAKLAR

- Aksoy, A., & Kelleci, M. (2016). Relationship between drug compliance, coping with stress, and social support in patients with bipolar disorder. *Dusunen Adam Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29(3), 210-218. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2016290302>
- Akyüz, H. E. (2018). Yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi: Uygulamalı bir çalışma. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 7(2), 186-198.
- Alpar, R. (2022). *Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik* (7. baskı). Detay Yayıncılık.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychological Association [APA]). (2013). *Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı (DSM-5-TR) tanı ölçütleri başvuru el kitabı* (5. baskı) (E. Köroğlu, Çev.). Hekimler Yayıncılık Birliği.
- Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18, 15-38. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.000311>
- Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 68-75.
- Arslan, B. Ş., & Buldukoğlu, K. (2018). Ruhsal hastalık deneyiminden büyümek mümkün müdür? Psikiyatri hemşireliği bakış açısından bir değerlendirme. *Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(1), 16-27.
- Assion, H. J., Schweppe, A., Reinbold, H., & Frommberger, U. (2019). Pharmacological treatment for schizoaffective disorder: A comparison with schizophrenia and bipolar disorder. *Der Nervenarzt*, 90(Suppl 1), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0507-3>
- Bademli, K., & Çetinkaya Duman, Z. (2018). Ruhsal hastalık tanılı bireylerde aile ile işbirliğini başlatma ve sürdürmede psikiyatri hemşireliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics*, 4(1), 21-26.
- Baiden, P., Den Dunnen, W., & Fallon, B. (2017). Examining the independent effect of social support on unmet mental healthcare needs among Canadians: Findings from a population-based study. *Social Indicators Research*, 130(3), 1229-1246. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-1224-y>
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445. <https://doi.org/10.1007/BF00922627>
- Batmaz, M., & Gezgin Yazıcı, H. (Eds.). (2021). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği* (1. baskı). Nobel Tıp Kitabevi.
- Beckers, T., Koekkoek, B., Tiemens, B., & Hutschemaekers, G. (2020). Measuring social support in people with mental illness: A quantitative analysis of the social network map. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(10), 916-924. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1744205>

- Beckers, T., Maassen, N., Koekkoek, B., Tiemens, B., & Hutschemaekers, G. (2023). Can social support be improved in people with a severe mental illness? A systematic review and meta-analysis. *Current Psychology*, 42(4), 14689–14699. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02694-4>
- Bekiroğlu, S., & Attepe Özden, S. (2021). Türkiye’de ağır ruhsal hastalığa sahip bireylere ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleler: Sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 52–76. <https://doi.org/10.18863/pgy.721987>
- Berkman, L., Kawachi, I., & Glymour, M. (2014). *Social epidemiology*. Oxford University Press.
- Birtel, M. D., Wood, L., & Kempa, N. J. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry Research*, 252, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.097>
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quinonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in Public Health*, 6, 149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Boyd, M. A. (2018). *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (5th ed.). Wolters Kluwer.
- Brooks, H. L., Bee, P., Lovell, K., & Rogers, A. (2020). Negotiating support from relationships and resources: A longitudinal study examining the role of personal support networks in the management of severe and enduring mental health problems. *BMC Psychiatry*, 20, 1–13.
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing interventions classification* (7th ed.). Elsevier.
- Buzlu, S., & Şahin, G. (2018). Ciddi kronik ruh sağlığı bozukluklarına toplum ruh sağlığı hemşireliği yaklaşımı. İçinde G. Ünsal Barlas (Ed.), *Toplum ruh sağlığı hemşireliği* (ss. 62–67). Türkiye Klinikleri.
- Büyüköztürk, Ş. (2024). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı* (31. baskı). Pegem Akademi Yayıncılık.
- Chronister, J., Chou, C. C., Chen, Y. I., & Wu, Y. J. (2022). Received social support scale for persons with serious mental illness: Preliminary scale development and validation study. *Rehabilitation Psychology*, 67(2), 139–151. <https://doi.org/10.1037/rep0000429>
- Chronister, J., Chou, C. C., Fitzgerald, S., & Liao, H. Y. (2016). Social support and persons with psychiatric disabilities: A cluster analysis. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 47(3), 29–40.
- Chronister, J., Chou, C. C., Frain, M., & da Silva Cardoso, E. (2008). The relationship between social support and rehabilitation-related outcomes: A meta-analysis. *Journal of Rehabilitation*, 74(2), 16–37. <https://doi.org/10.24926/jrnrehab.74.2.16>

- Chronister, J., Chou, C. C., Kwan, K. L. K., Lawton, M., & Silver, K. (2015). The meaning of social support for persons with serious mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 60(3), 232.
- Chronister, J., Chou, C., & Liao, H. Y. (2013). The role of stigma coping and social support in mediating the effect of societal stigma on internalized stigma, mental health recovery, and quality of life among people with serious mental illness. *Journal of Community Psychology*, 41(5), 582–600. <https://doi.org/10.1002/jcop.21560>
- Chronister, J., Fitzgerald, S., & Chou, C. C. (2021). The meaning of social support for persons with serious mental illness: A family member perspective. *Rehabilitation Psychology*, 66(1), 87–101. <https://doi.org/10.1037/rep0000369>
- Cocchi, L., Zalesky, A., Nott, Z., Whybird, G., Fitzgerald, P. B., & Breakspear, M. (2018). Transcranial magnetic stimulation in obsessive-compulsive disorder: A focus on network mechanisms and state dependence. *NeuroImage: Clinical*, 19, 661–674. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2018.05.029>
- Cohen, K. R., & Peachey, D. (2014). Access to psychological services for Canadians: Getting what works to work for Canada's mental and behavioral health. *Canadian Psychology*, 55, 126–130. <https://doi.org/10.1037/a0036499>
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 3-22). Academic Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Craddock, E. (2013). Supporting mental health carers' role in recovery. *Nursing Times*, 109(22), 22–24.
- Çıtak, S. (2018). Anksiyete bozukluklarında tedavi yaklaşımları: Psikoterapi ve farmakoterapi. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 9(3), 141–149.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2018). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik SPSS ve LISREL uygulamaları* (5. baskı). Pegem Akademi Yayıncılık.
- Dalton-Locke, C., Marston, L., McPherson, P., & Killaspy, H. (2021). The effectiveness of mental health rehabilitation services: A systematic review and narrative synthesis. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.607933>
- Daumit, G. L., Anthony, C. B., Ford, D. E., Fahey, M., Skinner, E. A., Lehman, A. F., & Steinwachs, D. M. (2010). Pattern of mortality in a sample of Maryland residents with severe mental illness. *Psychiatry Research*, 176(2–3), 242–245. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.06.001>
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 104-107.

- DeLuca, J. S. (2020). Conceptualizing adolescent mental illness stigma: Youth stigma development and stigma reduction programs. *Adolescent Research Review*, 5, 153–171. <https://doi.org/10.1007/s40894-019-00111-2>
- Drageset, J. (2021). Social support. In G. Haugan & M. Eriksson (Eds.), *Health promotion in health care – Vital theories and research* (pp. 167–180). Springer.
- Eker, D., & Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 17-25.
- Eker, D., Akar, H., & Yıldız H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17- 25.
- Ellison, M. L., Belanger, L. K., Niles, B. L., Evans, L. C., & Bauer, M. S. (2018). Explication and definition of mental health recovery: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(1), 91–102. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0767-9>
- Erdoğan, S., Nahcivan, N., & Esin, N. (2020). *Hemşirelikte araştırma: Süreç uygulama ve kritik* (4. baskı). Nobel Tıp Kitapevleri.
- Eroğlu, M. Z., & Özpoyraz, N. (2010). Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 206–236.
- Fagiolini, A., Coluccia, A., Maina, G., Forgiione, R. N., Goracci, A., Cuomo, A., & Young, A. H. (2015). Diagnosis, epidemiology, and management of mixed states in bipolar disorder. *CNS Drugs*, 29(9), 725–740. <https://doi.org/10.1007/s40263-015-0275-6>
- Field, A. (2024). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (6th ed.). Sage Publications.
- Fitzgerald, S., Chronister, J., Zheng, Q. M., & Chou, C. C. (2024). The meaning of social support for mental health service-users: The case managers' perspective. *Community Mental Health Journal*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01349-5>
- Forma, F., Koep, E., White, J., Belland, A., Waters, H., & Martin, C. (2021). Impact of treatment-related discussions on healthcare resource use and costs among patients with severe mental illness. *Current Medical Research and Opinion*, 37(10), 1799–1809. <https://doi.org/10.1080/03007995.2021.1940123>
- Foster, K., Goodyear, M., Grant, A., Weimand, B., & Nicholson, J. (2019). Family-focused practice with EASE: A practice framework for strengthening recovery when mental health consumers are parents. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 351–360. <https://doi.org/10.1111/inm.12535>
- Gagnier, J. J., Lai, J., Morkink, L. B., & Terwee, C. B. (2021). COSMIN reporting guideline for studies on measurement properties of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research*, 30(8), 2197–2218. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02822-4>

- Gautam, S., Jain, A., Gautam, M., Vahia, V. N., & Grover, S. (2017). Clinical practice guidelines for the management of depression. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(5), 34.
- Gökdemir, F., & Yılmaz, T. (2023). Processes of using, modifying, adapting and developing likert type scales. *Journal of Nursology*, 26(2), 148-160. <https://doi.org/10.5152/JANHNS.2023.22260>
- Guan, Z., Poon, A. W. C., & Zwi, A. (2023). Social isolation and loneliness in family caregivers of people with severe mental illness: A scoping review. *American Journal of Community Psychology*, 72(3-4), 443-463.
- Gürhan, N. (Ed.). (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği*. Nobel Kitabevi.
- Haile, Y. G., Habatmu, K., Derese, A., Gouse, H., Lawrie, S. M., Cella, M., & Alem, A. (2022). Assessing cognition in people with severe mental disorders in low- and middle income countries: A systematic review of assessment measures. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(3), 435-460. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02120-x>
- Hajjar, S. T. (2018). Statistical analysis: internal-consistency reliability and construct validity. *International Journal of Quantitative and Qualitative Research Methods*, 6(1), 46-57.
- Harries, C. I., Smith, D. M., Gregg, L., & Wittkowski, A. (2023). Parenting and serious mental illness (SMI): A systematic review and metanalysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(2), 303-342. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00427-6>
- Heale, R., & Twycross, A. (2015). Validity and reliability in quantitative studies. *Evidence-Based Nursing*, 18(3), 66-67. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102129>
- Helvacı Çelik, F., & Hocaoglu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'un tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66. <https://doi.org/10.16899/ctd.03180>
- Hernández, A., Hidalgo, M. D., Hambleton, R. K., & Gómez-Benito, J. (2020). International Test Commission guidelines for test adaptation: A criterion checklist. *Psicothema*, 32(3), 390-398. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.306>
- Hu, F. H., Zhao, D. Y., Fu, X. L., Zhang, W. Q., Tang, W., Hu, S. Q., Shen, W. Q., & Chen, H. L. (2023). Effects of social support on suicide-related behaviors in patients with severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 328, 324-333. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.070>
- Inagaki, T. K., & Orehek, E. (2017). On the benefits of giving social support: When, why, and how support providers gain by caring for others. *Current Directions in Psychological Science*, 26(2), 109-113. <https://doi.org/10.1177/0963721416686212>
- Işık, E., & Işık, U. (2013). *Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar*. Rotatıp Kitapevi.

- Janssen, E. M., McGinty, E. E., Azrin, S. T., Juliano-Bult, D., & Daumit, G. L. (2015). Review of the evidence: Prevalence of medical conditions in the United States population with serious mental illness. *General Hospital Psychiatry*, 37(3), 199–222. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.03.004>
- Jarnecke, A. M., Saraiya, T. C., Brown, D. G., Richardson, J., Killeen, T., & Back, S. E. (2022). Examining the role of social support in treatment for co-occurring substance use disorder and posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviors Reports*, 15, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2022.100394>
- Kelleci, M., & Ata, E. E. (2011). Psikiyatri kliniği'nde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 105–110.
- Khanthavudh, C., Grealish, A., Tzouvara, V., Huang, J., & Leamy, M. (2023). Implementation and evaluation of recovery-oriented practice interventions for people with mental illness in Asia: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 147, 104591. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104591>
- Kılıç, S. (2016). Cronbach'ın alpha reliability coefficient. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 47-48. <https://doi.org/10.5455/jmood.20160307122823>
- Killaspy, H., Harvey, C., Brasier, C., Brophy, L., Ennals, P., Fletcher, J., Hamilton, B. (2022). Community-based social interventions for people with severe mental illness: A systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry*, 21(1), 96–123. <https://doi.org/10.1002/wps.20940>
- King, G., Willoughby, C., Specht, J. A., & Brown, E. (2006). Social support processes and the adaptation of individuals with chronic disabilities. *Qualitative Health Research*, 16(7), 902–925. <https://doi.org/10.1177/1049732306289920>
- Koyuncu, İ., & Kılıç, A. F. (2019). Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanımı: Bir doküman incelemesi. *Eğitim Bilim*, 44(198), 361-388.
- Kök, H., & Demir, S. (2018). Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *Çukurova Medical Journal*, 43(1), 99–106. <https://doi.org/10.17826/cumj.340622>
- Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 95-100. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x>
- Lee, S. N., & Yu, H. J. (2024). Effectiveness of peer support programs for severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, 12, 1179. <https://doi.org/10.3390/healthcare12121179>
- Leonhardt, B. L., Huling, K., Hamm, J. A., Roe, D., Hasson-Ohayon, I., McLeod, H. J., & Lysaker, P. H. (2017). Recovery and serious mental illness: A review of current clinical and research paradigms and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 17(11), 1117–1130. <https://doi.org/10.1080/14737175.2017.1378099>

- Luitel, N. P., Garman, E. C., Jordans, M. J., & Lund, C. (2019). Change in treatment coverage and barriers to mental health care among adults with depression and alcohol use disorder: A repeat cross-sectional community survey in Nepal. *BMC Public Health*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7387-0>
- Ma, N., Chen, R., Bai, Y., Zhang, W., Chen, Z., Zhou, J., Cao, Y., Wen, L., Chen, X., Zhan, X., & Fan, Y. (2024). A longitudinal study on the effects of social support on self-stigma, psychiatric symptoms, and personal and social functioning in community patients with severe mental illnesses in China. *International Journal of Social Psychiatry*, 70(5), 957–966. <https://doi.org/10.1177/00207640241245932>
- Mahmood, K. T., Khalid, N., & Makhdum, Z. (2010). Adherence to drug therapy in psychiatric patients. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 2(11), 700.
- Maragakakis, A., & Vriesman, M. (2018). Serious mental illness. In A. Maragakakis & W. O'Donohue (Eds.), *Principle-based stepped care and brief psychotherapy for integrated care settings* (pp. 369–378). Springer.
- McDougall, M. A., Walsh, M., Wattier, K., Knigge, R., Miller, L., Stevermer, M., & Fogas, B. S. (2016). The effect of social networking sites on the relationship between perceived social support and depression. *Psychiatry Research*, 246, 223–229. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.018>
- Melrose, K. L., Brown, G. D., & Wood, A. M. (2015). When is received social support related to perceived support and well-being? When it is needed. *Personality and Individual Differences*, 77, 97–105.
- Meydan, C. H., & Şeşen, H. (2015). *Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları* (2. baskı). Detay Yayıncılık.
- Meyer, I. H., Schwartz, S., & Frost, D. M. (2008). Social patterning of stress and coping: Does disadvantaged social statuses confer more stress and fewer coping resources? *Social Science & Medicine*, 67(3), 368–379. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.019>
- Mohajan, H. K. (2017). Two criteria for good measurements in research: Validity and reliability. *Annals of Spiru Haret University Economic Series*, 17(4), 59-82.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370(9590), 851–858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)
- National Alliance on Mental Illness. (2022). *Mental illness*. <https://www.nami.org/About-Mental-Illness>
- National Institute of Mental Health. (2022). *Mental illness*. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>
- Öner, S. (2020). *Travma sonrası stres bozukluğu: Kuramsal ve uygulamaya yönelik yaklaşımlar*. Nobel Akademik Yayıncılık.

- Öztürk, O., & Uluşahin, M. (2020). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (16. baskı). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Pallant, J. (2020). *A step by step guide to data analysis using the SPSS program: Survival manual*. (7th ed.). McGraw-Hill.
- Peck, C. K. H., Thangavelu, D. P., Li, Z., & Goh, Y. S. (2023). Effects of peer-delivered self-management, recovery education interventions for individuals with severe and enduring mental health challenges: A meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30, 54–73. <https://doi.org/10.1111/jpm.12813>
- Pektaş, İ., Bilge, A., & Ersoy, M. A. (2006). Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 43–48.
- Phillips, R., Durkin, M., Engward, H., Cable, G., & Iancu, M. (2023). The impact of caring for family members with mental illnesses on the caregiver: A scoping review. *Health Promotion International*, 38(3), daac049.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Prabhakaran, S., Nagarajan, P., Varadharajan, N., & Menon, V. (2021). Relationship between quality of life and social support among patients with schizophrenia and bipolar disorder: A cross-sectional study. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 8(2), 137–145. <https://doi.org/10.1007/s40737-020-00202-8>
- Read, U. M., Kienzler, H., Mitwalli, S., Rabaia, Y., Sakyi, L., & Osei-Tutu, A. (2024). The ambiguities of social inclusion in mental health: Learning from lived experience of serious mental illness in Ghana and the occupied Palestinian territory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59(3), 503–513. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02555-4>
- Regev, S., & Josman, N. (2020). Evaluation of executive functions and everyday life for people with severe mental illness: A systematic review. *Schizophrenia Research Cognition*, 21, 100178. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2020.100178>
- Rehm, J., & Shield, K. D. (2019). Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(2), 10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>
- Reinhardt, J. P., Boerner, K., & Horowitz, A. (2006). Good to have but not to use: Differential impact of perceived and received support on well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(1), 117–129. <https://doi.org/10.1177/0265407506060182>
- Richter, D., & Hoffmann, H. (2019). Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: Results from the Swiss Health Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(4), 427–435. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000786>

- Schwartz, S., & Meyer, I. H. (2010). Mental health disparities research: The impact of within and between group analyses on tests of social stress hypotheses. *Social Science & Medicine*, 70(8), 1111-1118. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.034>
- Seabury, S. A., Axteen, S., Pauley, G., Tysinger, B., Schlosser, D., Hernandez, J. B., Heun-Johnson, H., Zhao, H., & Goldman, D. P. (2019). Measuring the lifetime costs of serious mental illness and the mitigating effects of educational attainment. *Health Affairs (Project Hope)*, 38(4), 652-659. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05246>
- Seçer, İ. (2018). *Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci* (2. baskı). Anı Yayıncılık.
- Shi, B. (2021). Perceived social support as a moderator of depression and stress in college students. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 49(1), 1-9. <https://doi.org/10.2224/sbp.9473>
- Shokrgozar, S., Abdollahi, E., Abedrad, M., Asadi, P., Rouzbehan, V., Nazari, Z., & Zare, R. (2024). Investigating gender differences in quality of life and social support in patients with severe mental illnesses. *International Journal of Social Psychiatry*, 70(4), 750-762. <https://doi.org/10.1177/00207640241227366>
- Streeter, C. L., & Franklin, C. (1992). Defining and measuring social support: Guidelines for social work practitioners. *Research on Social Work Practice*, 2(1), 81-98. <https://doi.org/10.1177/104973159200200107>
- Summakoğlu, D., & Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve tedavisi. *Lectio Scientific*, 2(1), 43-61.
- Sürücü, L., & Maslakçı, A. (2020). Validity and reliability in quantitative research. *Business & Management Studies: An International Journal*, 8(3), 2694-2726. <http://dx.doi.org/10.15295/bmij.v8i3.1540>
- Swai, P., Desjardins, M., Minja, A., Headley, J., Lawala, P., Ndelwa, L., Maboja, C., Temu, J., Lukens, E., Kaaya, S., & Baumgartner, J. N. (2024). Social support and managing schizophrenia in Tanzania: Perspectives from treatment-engaged individuals and relative caregivers. *SSM Mental Health*, 5, 100312. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2024.100312>
- Tabachnick, B. G., & Fidel, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson.
- Tang, W., & Dai, Q. (2018). Depressive symptoms among first-year Chinese undergraduates: The roles of socio-demographics, coping style, and social support. *Psychiatry Research*, 270, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.027>
- Taşkın Uyan, T., Köroğlu, A., & Hocaoglu, C. (2023). Şizofreni: Etiyoloji, tanı ve tedavi yaklaşımlarında güncel durum. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10(1), 19-35.
- Tavşancıl, E. (2019). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi* (6. baskı). Nobel Akademik Yayıncılık.

- Taylor, S. E. (2011). *Social support: A review*. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford handbook of health psychology* (pp. 189-214). Oxford University Press.
- Tel, H., Saraç, B., Günaydın, Y., Medik, K., & Doğan, S. (2010). Psikiyatrik hastalık tanılı hastaların primer bakım vericilerinin sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 103–107.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2018). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (9th ed.). F. A. Davis Company.
- Türkiye Sağlık Bakanlığı. (2022). *Sağlık istatistikleri yılı 2020*. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Uchida, S., Yamagata, H., Seki, T., & Watanabe, Y. (2018). Epigenetic mechanisms of major depression: Targeting neuronal plasticity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 72(4), 212–227. <https://doi.org/10.1111/pcn.12621>
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science*, 4(3), 236–255. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x>
- Van Weeghel, J., Van Zelst, C., Boertien, D., & Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, assessments and implications of personal recovery from mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42, 169–181. <https://doi.org/10.1037/prj0000331>
- Veneziano, L., & Hooper, J. (1997). A method for quantifying content validity of healthrelated questionnaires. *American Journal of Health Behavior*, 21(1), 67-70.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2016). *Measurement in nursing and health research* (5th ed.). Springer Publishing Company.
- Wildman, E. K., MacManus, D., Kuipers, E., & Onwumere, J. (2021). COVID-19, severe mental illness, and family violence. *Psychological Medicine*, 51(5), 705–706. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000490>
- World Health Organization. (2020). *Process of translation and adaptation of instruments*. Geneva.
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Yeloğlu, Ç. H. (2017). Önemli bir ruh sağlığı sorunu: Bipolar bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(30), 41–54.
- Yeşilyurt, S., & Çapraz, C. (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1), 251-264.
- Yung, N. C. L., Wong, C. S. M., Chan, J. K. N., & Chang, W. C. (2023). Mortality rates in people with first diagnosis of schizophrenia-spectrum disorders: A 5-year population-based cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(6), 854–864. <https://doi.org/10.1177/00048674221121575>

- Yusoff, M. S. B., Arifin, W. N., Hadie, S. N. H. (2021). ABC of questionnaire development and validation for survey research. *Education in Medicine Journal*, 13(1), 97–108. <https://doi.org/10.21315/eimj2021.13.1.10>
- Yusoff, M. S. B. (2019). ABC of content validation and content validity index calculation. *Resource*, 1(2), 49–54. <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>
- Zayman, E. (2016). Obsessive compulsive disorder in DSM-5. *Cukurova Medical Journal*, 41(2), 360–362. <https://doi.org/10.17826/cutf.207909>
- Zhang, X., Wang, S., Zhao, R., Zhao, N., Tao, S., Zhang, H., Wu, B., Xia, X., & Fan, H. (2024). Analysis of factors associated with family disease burden and correlation with social support among family caregivers of patients with severe mental illnesses. *International Journal of Social Psychiatry*, 70(1), 218–226. <https://doi.org/10.1177/00207640231204217>
- Zhang, Y., Chen, Y., & Ma, L. (2018). Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *Journal of Clinical Neuroscience*, 47, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2017.09.022>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

8. EKLER

EK-1: Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyeti: () Kadın () Erkek
2. Yaşı:
3. Eğitim düzeyi: () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite
4. Medeni durumu: () Evli () Bekâr
5. Çalışma durumu: () Çalışmıyor () Yarı zamanlı çalışıyor () Tam zamanlı çalışıyor
6. Ekonomik durum: () İyi () Orta () Kötü
7. Birlikte yaşanan kişiler: () Yalnız () Arkadaşlar () Aile (Anne, baba, kardeş, eş, çocuklar, akraba)
8. Primer psikiyatrik tanısı:
9. Primer hastalık süresi: yıl
10. Hastaneye yatış sayısı: kere
11. Komorbid (eşlik eden) psikiyatrik tanı/tanımlar: () Yok () Var (belirtiniz)
12. Alkol/ madde kullanımı: () Kullanmıyor () Alkol kullanıyor () Madde kullanıyor
13. Herhangi bir fiziksel hastalık öyküsü: () Yok () Var (belirtiniz)

EK-2: Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler İçin Alınan Sosyal Destek Ölçeği

Yönerge: Hayatınızdaki biri aşağıdakileri ne sıklıkla yapar?	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
Günlük Yaşam Desteği					
1. Bir şeye ihtiyacım olup olmadığını sorar.					
2. Nasıl olduğumu sorar.					
3. Benimle etkinlik veya aktivitelere gelir.					
4. İyi olup olmadığımı kontrol eder.					
5. Kıyafet alma, yiyecek alma, toplu ulaşım kullanma veya bütçemi ayarlama gibi bazı günlük yaşam ihtiyaçlarımda bana yardım eder.					
6. Yapacak bir şeyler bulmama yardım eder.					
7. Yapmak istediğim şeyleri yapmam için beni cesaretlendirir.					
8. Yemek yapmayı öğrenmeme veya yemek için ucuz yerler bulmama yardım eder.					
9. Bana olumlu veya umutlu bir bakış açısı sağlar.					
Ruh Sağlığı Desteği					
10. Ruhsal sağlığımla ilgili belirtilerim kötüleştiğinde, bana faydalı başa çıkma yöntemleri önerir.					
11. Ruhsal sağlığımla ilgili belirtiler yaşadığımda, ne yapacağıma karar vermeme yardım eder.					
12. Ruhsal sağlığımla ilgili belirtiler yaşadığımda, bunu fark etmeme yardım eder.					
13. Bir ruh sağlığı krizi yaşadığımda, ihtiyacım olan profesyonel bakımı almama yardım eder.					
14. Bir ruh sağlığı krizi yaşadığımda, bu konuda ne yapacağıma karar vermeme yardım eder.					
15. İyi olduğum zamanlarda nasıl biri olduğumu bana hatırlatır.					
16. İhtiyacım olan kaynaklara veya hizmetlere ulaşmama yardım eder.					
17. Ruhsal hastalığın günlük iş veya aktiviteleri yapma yeteneğimi etkileyebileceğini fark eder.					
18. Ruhsal hastalığın nasıl düşündüğümü, hissettiğimi veya davrandığımı etkileyebileceğini fark eder.					
Uyum Desteği					
19. Benimle randevularıma gelir.					
20. Bana randevularımı hatırlatır.					
21. Psikiyatristimle veya başka bir doktorla konuşmama yardım eder.					

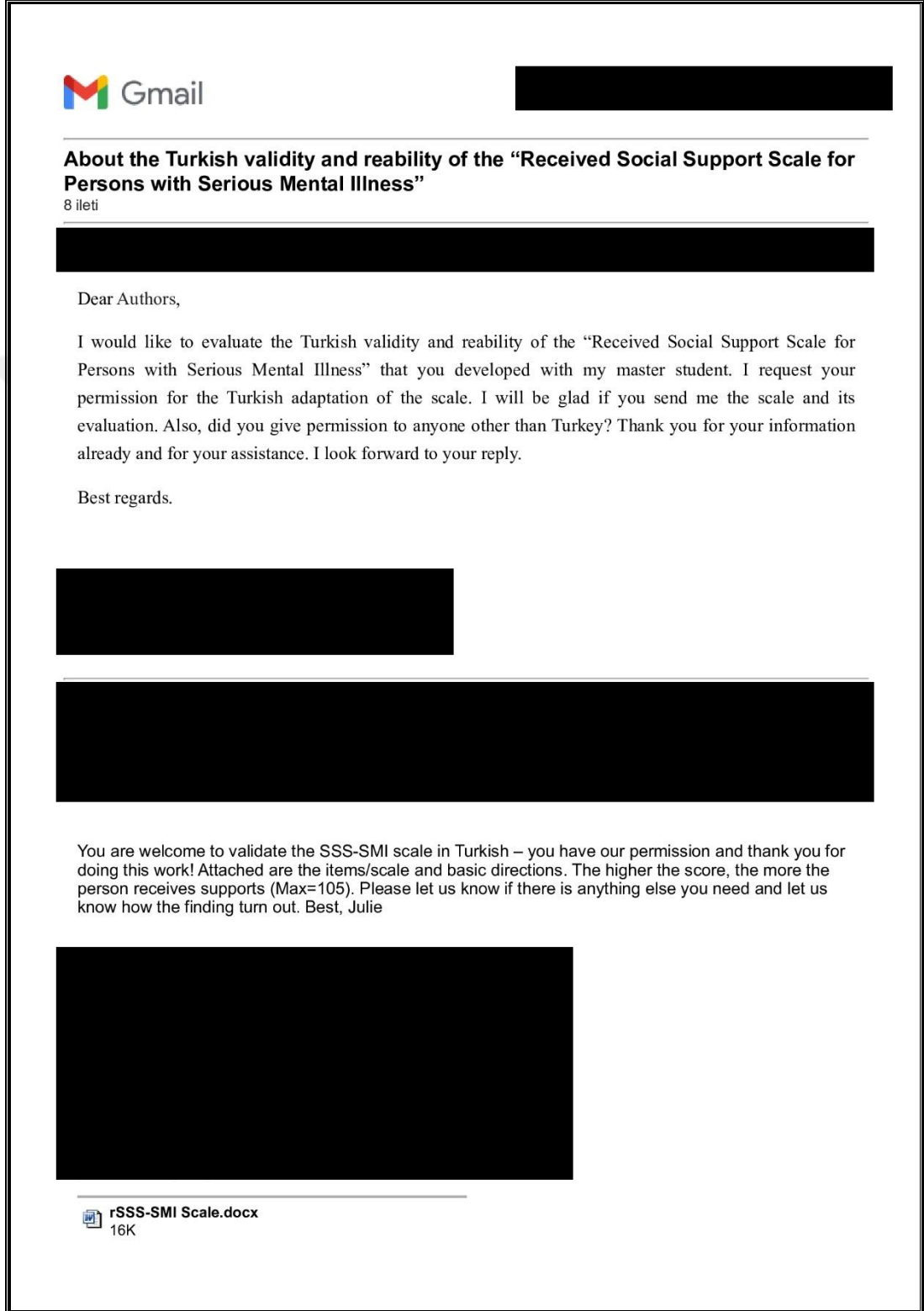
EK-2: Received Social Support Scale For Persons With Serious Mental Illness

Direction: How often does someone in your life do the following:	Never	Rarely	Sometimes	Most of the Time	Always
Day-To-Day Living Support					
1. Someone asks me if I need anything.					
2. Someone asks me how I am doing.					
3. Someone goes with me to events or activities.					
4. Someone makes sure I am OK.					
5. Someone helps me with some of my daily living needs like buying clothing, buying food, using the bus, or budgeting my money.					
6. Someone helps me find things to do.					
7. Someone encourages me to do the things I want to do.					
8. Someone helps me learn to cook or find inexpensive places to eat.					
9. Someone gives me a positive or hopeful outlook.					
Mental Health Support					
10. When my mental health symptoms get worse, someone offers helpful coping strategies.					
11. Someone helps me decide what to do when I am having mental health symptoms.					
12. Someone helps me realize when I am experiencing mental health symptoms.					
13. Someone helps me get the professional care I need when I am experiencing a mental health crisis.					
14. When I am having a mental health crisis, someone helps me decide what to do about it.					
15. Someone reminds me of what I'm like when I'm doing well.					
16. Someone helps me get connected to resources or services I need.					
17. Someone understands that mental illness can affect my ability to do daily tasks or activities.					
18. Someone understands that mental illness can affect how I think, feel, or act.					
Adherence Support					
19. Someone goes to appointments with me.					
20. Someone reminds me of my appointments.					
21. Someone help me talk with my psychiatrist or other prescribing clinician.					

EK-3: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Yönerge: Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.	
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
3. Ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin; annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.	Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin; annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

EK-4: CRH-ASDÖ İçin İzin Maili



EK-5: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 21.02.2023-304



T.C.
BANDIRMA ONYEDİYÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TOPLANTI TUTANAĞI

GÜNDEM: Doç. Dr. Dilek AVCI'nın 2023-16 numaralı başvurusunun değerlendirilmesi

KARAR: Etik Kurulumuzun 17.02.2023 tarihinde saat 14.00'te yapılan 2023-2 sayılı toplantısında Doç. Dr. Dilek AVCI sorumluluğunda Hem. Emine Nur ÇELİK tarafından yürütülmesi planlanan 2023-16 başvuru sayılı " **Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler İçin Alınan Sosyal Destek Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması**" konulu çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.

EK-6: Kurum İzni



**T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü**

BURSA KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKAN
YARDIMCILIĞI-2 (Ahmet TİMUR)
BURSA İSTATİSTİK, ANALİZ VE RAPORLAMA BİRİMİ
23.03.2023 16:45:49 E-67508481-799-211950701



23.03.2023

**BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
TOPLANTI TUTANAĞI**

Başkanlığımız Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu, sunulan dosyanın uygunluğunu değerlendirmek üzere 22.03.2023 tarihinde toplanmıştır.

Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi olup, Kestel Devlet Hastanesinde Hemşire olarak görev yapan Emine Nur ÇELİK'in "*Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler İçin Alınan Sosyal Destek Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması*" başlıklı tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Kestel Devlet Hastanesinde uygulama isteğine ilişkin ekli belgeleri incelenmiştir.

Komisyon tarafından yapılan değerlendirme neticesinde, söz konusu çalışmanın adı geçen hastanede yapılan hizmetleri aksatmayacak şekilde, kişisel verilerin korunması, hasta hakları ile kişisel sağlık verilerinin işlenmesi ve mahremiyetinin sağlanması hakkındaki kanun ve yönetmeliklere uyulması kaydı ile yapılması uygun bulunmuş olup, çalışmanın tamamlanması akabinde hazırlanan sonuç raporunun bir nüshasının Başkanlığımıza gönderilmesine;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

EK-7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	
... / ... /		
Değerli Katılımcı, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi Prof. Dr. Dilek AVCI'nın danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Emine Nur ÇELİK tarafından yürütülen "Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler İçin Alınan Sosyal Destek Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına katılmanızı rica olunmaktadır. Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllü katılmanız esastır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız herhangi bir husus varsa çekinmeden sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde gerekli yerler siz ve araştırmayı yürüten Emine Nur ÇELİK tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamamız için size verilecektir.		
ÇALIŞMANIN AMACI Bu araştırma, Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler İçin Alınan Sosyal Destek Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirliğinin belirlenmesi amacı ile planlanmış bir yüksek lisans tez çalışmasıdır.		
PROSEDÜRLER Bu araştırmaya gönüllü olarak katılmak istemeniz halinde yürütülecek işlemler şöyledir: Araştırma için 13 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formunu, 21 maddeden oluşan Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler İçin Alınan Sosyal Destek Ölçeğini, 12 madde içeren Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini doldurmanız beklenmektedir ve bu işlem yaklaşık 30-40 dakika sürmektedir.		
ÇALIŞMANIN SAĞLAYACAĞI YARAR VE RİSKLER Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk/zarar söz konusu olmayıp, beklenen yarar aldığınız sosyal desteğin belirlenmesidir. Ayrıca ruh sağlığı sorunları olan bireylerin sosyal desteklerinin belirlenmesine ve geliştirilmesine yönelik araştırmaların artmasına katkı sağlayacak bir ölçüm aracı Türk literatürüne kazandırılmış olacaktır.		
GİZLİLİK Veri toplama aracında sizi kişisel olarak tanımayan olarak sağlayacak herhangi bir soru bulunmamaktadır. Yanıtlarınız kimseye paylaşılmayacak, araştırmanın sonuçları sadece bilimsel amaçla yüksek lisans tezi kapsamında kullanılacaktır. Gerekliğinde araştırmanın yürütücüsü ve etik kurul üyeleri sizin bu araştırmadaki bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.		
KATILIM VE AYRILMA Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmama veya katıldıktan sonra istediğiniz zaman herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan araştırmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi araştırma dışı bırakabilir. Araştırmaya katılmama, araştırmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir yaptırım veya tedavi hakkınızın olumsuz etkilenmesi kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız halinde sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir ve size ücret ödemesi yapılmayacaktır.		
İLETİŞİM KURULACAK KİŞİLER Bu tez çalışması ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa XXX numaralı telefondan veya XXX mail adresinden Emine Nur ÇELİK'e başvurabilirsiniz.		
Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.		
Gönüllünün Adı- Soyadı:	Açıklamaları yapan araştırmacının	
İmzası:	Adı- Soyadı:	
Adresi (varsa telefon no, faks no):	İmzası:	

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Emine Nur ÇELİK
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: Türkiye Cumhuriyeti
EĞİTİM	
Lise	: Kestel Hasan Aslanoba Anadolu Lisesi
Lisans	: Bandırma Onyedİ Eylöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Faköltesi Hemşirelik Bölümü
Yüksek lisans	: Bandırma Onyedİ Eylöl Üniversitesi Lisanüstü Eğitim Enstitüsü
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: A2
MESLEKİ DENEYİM	
- Hemşire, Kestel Devlet Hastanesi, 2021- devam ediyor	
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
-	
YAYINLARI	
- Çelik E.N. Avcı D. The effect of music on mental health, International Congress on Natural & Medical Sciences Full Texts Book, 02-04 September 2022, İzmir, Türkiye (Oral Presentation).	