



T.C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**RUH SAĞLIĞI YAŞAM KALİTESİ ANKETİ TÜRKÇE
VERSİYONUNUN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ**

Eda ALTINÖZ

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
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**RUH SAĞLIĞI YAŞAM KALİTESİ ANKETİ TÜRKÇE
VERSİYONUNUN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ**

Eda ALTINÖZ
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
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEZ ONAYI

Bu çalışma 05.02.2024 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.

(05/02/2024)

Eda ALTINÖZ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecimde her zaman, her konuda kıymetli bilgilerini benimle paylaşan, kendisine her danıştığım da zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden gelenden fazlasını sunan, yüksek lisansımı en verimli şekilde geçirmemi sağlayan kıymetli danışmanım Sayın Prof. Dr. Dilek AVCI'ya,

Yüksek lisans dönemimde değerli bilgi ve desteklerini esirgemeyen yüksek lisans ders hocalarıma,

Yüksek lisansa başlamamda bana vesile olan, bu sürecin her aşamasında bana yardımcı olan, yol gösteren, ilgi, sevgi ve desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım Hasan ERTABAK'a,

Yüksek lisans ders dönemimde yardım ve desteklerini esirgemeyen Gönen Devlet Hastanesi ekip arkadaşlarıma,

Samimiyetlerini gönülden hissettiğim ve desteklerini esirgemeyen lisans ve yüksek lisans dönem arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca sevgi, ilgi ve destekleriyle bana güvenip her daim arkamda olan aileme çok teşekkür ederim.

Eda ALTINÖZ

Bandırma

05./02/2024

ÖZET

RUH SAĞLIĞI YAŞAM KALİTESİ ANKETİ TÜRKÇE VERSİYONUNUN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

Bu metodolojik araştırma, van Krugten ve arkadaşları (2022) tarafından geliştirilen Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Gönen Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniklerine Ekim 2022- Haziran 2023 tarihleri arasında başvuran 310 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi, EuroQol-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri aracılığıyla toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ile geçerlik ve güvenirlik analizlerinden yararlanılmıştır. Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin Türkçe versiyonunun yedi maddeden oluşan tek faktörlü bir yapı gösterdiği ve maddelere ait faktör yüklerinin 0,426 ile 0,727 arasında değiştiği belirlenmiştir. Ölçeğin uyum iyiliği indeksleri χ^2/df 1,212; SRMR 0,026; RMSEA 0,026; GFI 0,985; AGFI 0,969; CFI 0,995; IFI 0,995 ve TLI 0,991 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,792'dir. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları ise 0,378-0,609 arasında değişmektedir. Bu doğrultuda Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ruh sağlığı, yaşam kalitesi, psikometrik değerlendirme

ABSTRACT

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE TURKISH VERSION OF THE MENTAL HEALTH QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE

This methodological research was conducted to determine the psychometric properties of the Turkish version of the Mental Health Quality of Life Questionnaire developed by van Krugten et al. (2022). The sample of the study consisted of 310 patients who applied to the psychiatric outpatient clinics of Bandırma Training and Research Hospital and Gönen State Hospital between October 2022 and June 2023. The data of the study were collected using a Personal Information Form, the Mental Health Quality of Life Questionnaire, Three-Level EuroQol Five-Dimensional Questionnaire, and Brief Symptom Inventory. In the evaluation of the data, descriptive statistics, validity and reliability analyzes were used. It was determined that the Turkish version of the Mental Health Quality of Life Questionnaire showed a single-factor structure consisting of 7-items and the factor loads of the items varied between 0.426 and 0.727. The fit indexes of the scale were calculated as χ^2/df 1.212, SRMR 0.026, RMSEA 0.026, GFI 0.985, AGFI 0.969, CFI 0.995, IFI 0.995, and TLI 0.991. The Cronbach alpha reliability coefficient of the scale was 0.792. Item-total score correlation coefficients range between 0.378-0.609. In this regard, the Turkish version of the Mental Health Quality of Life Questionnaire has been shown to be a valid and reliable measurement tool.

Keywords: Mental health, quality of life, psychometric evaluation

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.....	4
2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı.....	4
2.2. Ruhsal Bozukluklarda Yaşam Kalitesi	5
2.3. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler ..	9
2.4. Yaşam Kalitesinin Artırılmasında Psikiyatri Hemşiresinin Rollerini.....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM	12
3.1. Araştırmanın Türü	12
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	12
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	12
3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	12
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	13
3.4. Veri Toplama Araçları	13
3.5. Veri Toplama Yöntemi	15
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	15
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	15
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	15
4. BULGULAR.....	17
4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	17
4.2. Ölçeğin Geçerlik Analizlerine Yönelik Bulgular.....	19
4.3. Ölçeğin Güvenirlik Analizlerine Yönelik Bulgular.....	23
5. TARTIŞMA	26
5.1. Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	26
5.2. Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	28
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	32

6.1. Sonuçlar	32
6.2. neriler	32
7. KAYNAKLAR	34
8. EKLER.....	44
9. ÖZGEÇMİŞ.....	60



TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre dağılımı.....	18
Tablo 4.2. $\alpha = 0,05$ anlamlılık düzeyinde kapsam geçerliği oranları	20
Tablo 4.3. Ölçeğe ait kapsam geçerliği oranları ve kapsam geçerliği indeksi	21
Tablo 4.4. Uyum iyiliği indeksleri ve kabul edilebilir değer aralığı	23
Tablo 4.5. Doğrulayıcı faktör analizi model uyum indeksleri.....	23
Tablo 4.6. Ölçeğin güvenirliği.....	24

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 4.1. Tek boyutlu birinci dereceden doğrulayıcı faktör analizi modeli..... 22



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

ITC: International Test Commission

KGİ: Kapsam Geçerlilik İndeksi

KGO: Kapsam Geçerliği Oranı

MHQoL: Mental Health Quality of Life Questionnaire

RSYKA: Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi

EQ-5D: EuroQol-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği

KSE: Kısa Semptom Envanteri

1. GİRİŞ

Dünya çapında, bir milyardan fazla insanın ruh sağlığı sorunlarından etkilendiği ve ruhsal bozukluklarla ilişkili hastalık yükünün toplam küresel hastalık yükünün %7'sini oluşturduğu bildirilmektedir (Rehm ve Shield, 2019). Bu durum ise ruhsal bozukluklarda koruyucu veya tedavi edici hizmetlerin ne denli önemli olduğunu gözler önüne sermektedir (Enzing ve ark., 2022). Ayrıca sıra ruhsal bozukluklar ülke ekonomisini ciddi düzeyde etkilemesine karşın, birçok ülkede ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan kaynaklar oldukça sınırlıdır (Chisholm ve ark., 2016; Enzing ve ark., 2021). Bu doğrultuda mevcut kaynakların verimli bir şekilde kullanılmasını sağlamak için müdahalelerin fayda ve maliyetlerini belirlemeye yönelik ekonomik değerlendirmeler giderek artan oranda önem kazanmaktadır (Enzing ve ark., 2021; Keetharuth ve ark., 2021). Nitekim, günümüzde yaşam kalitesi ruh sağlığı müdahalelerinin maliyet etkin olup olmadıklarının belirlenmesinde önemli bir sonuç ölçüsü olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Enzing ve ark., 2022; Fayers ve Machin, 2015; Keetharuth ve ark., 2018). Bunun yanı sıra ruh sağlığı alanında semptomların azaltılması arzu edilen bir tedavi sonucu olmakla birlikte, iyileşmenin bireyin yaşam kalitesine nasıl yansıdığının değerlendirilmesinin de önemli olduğu kabul edilmektedir (Keetharuth ve ark., 2018; van Krugten ve ark., 2021).

Yaşam kalitesinin tüm bilimler tarafından uzlaşılan tek bir tanımı olmamasına rağmen, bireyin yaşam memnuniyetini ve genel refahını etkileyen öznel ve çok boyutlu bir yapı olduğu konusunda genel bir fikir birliği bulunmaktadır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016; van Krugten ve ark., 2022). Yaşam kalitesi, “bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemi çerçevesinde amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşam durumunu algılaması” şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 1993; WHOQOL Group, 1995). Yaşam kalitesinin daha çok sağlıkla ilişkili yönlerine atıfta bulunan sağlığa dair yaşam kalitesi ise “bireyin sağlığının etkilendiği yaşam alanlarından duyulan doyum/memnuniyet” olup, tıbbi karar vermede önemli bir kavram olan yaşam kalitesinin rutin olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Haraldstad ve ark., 2019). Ruhsal bozukluğu alan bireylerin bütüncül olarak değerlendirilmeleri ve tedavilerinin toplum içerisinde yürütülmesi gerektiği düşüncesinin ön plana çıkması

ile psikiyatrik hastalıklarda yaşam kalitesine olan ilgi artmaya başlamıştır (Kılıç ve ark., 2020; van Krugten ve ark., 2021). Ruh sağlığının insanların yaşamları üzerindeki etkisinin belirlenmesine yönelik artan ilgiyi karşılamak için ruh sağlığı profesyonelleri rutin sonuç ölçümlerine yaşam kalitesini de dahil etmeye başlamışlardır (Connell ve ark., 2018; Delespaul, 2015).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini belirlemek amacıyla kullanılan ölçüm araçları hastalığa özgü ve jenerik olmak üzere iki temel gruba ayrılmaktadır. Hastalığa özgü ölçekler, “belirli bir hastalık/tedavinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemek için kullanılmaktadır. Bu tip ölçekler, farklı hastalık grupları arasında ya da hastalık grupları ile genel popülasyon arasında karşılaştırmalı veri sağlayamamaktadır. Buna karşın jenerik ölçekler, belirli bir hastalığa/tedaviye özgü olmadıkları için hasta ve sağlıklı bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılabilir. Dolayısıyla jenerik ölçekler sağlık taramaları ve bireysel tedavi planının geliştirilmesi amacıyla yürütülen çalışmalarda daha çok tercih edilmektedir (Soylu ve Kütük, 2021; van Krugten ve ark., 2021).

Ruh sağlığı hizmetlerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik ilgi artmasına karşın, ruhsal bozukluklara özgü bir ölçüm aracının olmadığı ve genellikle Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Anketi, EuroQol-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği gibi jenerik ölçeklerin kullanıldığı görülmektedir (Connell ve ark., 2014; Keetharuth ve ark., 2018; Mulhern ve ark., 2014). Oysaki yaygın olarak kullanılan bu genel yaşam kalitesi ölçeklerinin ruhsal bozukluklardan etkilenen tüm ilgili yaşam kalitesi alanlarını ve ruh sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan müdahaleleri içerip içermediği sorgulanmaktadır (Enzing ve ark., 2022; van Krugten ve ark., 2022). Ayrıca bu yaşam kalitesi ölçeklerinin ruhsal bozukluğu olan bireyler için uygun olmadığına ilişkin kanıtlarda artmaktadır (Brazier ve ark., 2014; Mulhern ve ark., 2014; Saarni ve ark., 2010; Papaioannou ve ark., 2011; Papaioannou ve ark., 2013). Bu durumun söz konusu ölçeklerin ruhsal bozukluğu olan bireyler için önemli olan yaşam kalitesi boyutlarının kapsamını sınırlamasından ve büyük ölçüde fiziksel sağlığa odaklanmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Brazier ve ark., 2014; Connell ve ark., 2014). Nitekim, bir sistematik derlemede de bu ölçüm araçlarının ruh

sağlığı sorunlarının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerine yeterince duyarlı olmamasının ölçeklerin içerik geçerliğiyle ilgili olabileceği bildirilmektedir (van Krugten et al., 2021). Bu doğrultuda ruhsal bozukluğu olan bireyler için yaşam kalitesinin tüm boyutlarını kapsayan bir ölçüm aracına gereksinim olduğu açıktır. Bu gerekçe ile araştırmada Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerini belirlemek amaçlanmıştır. Böylece ruhsal bozukluğu olan bireylere özgü, güncel, güvenilir, geçerli, kısa ve kolay uygulanabilen bu ölçüm aracının hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi ve yükseltilmesinde ruh sağlığı alanında çalışanlara yardımcı olacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

Kökeni antik çağlara dayanan yaşam kalitesi kavramı, geçmişten günümüze dek çağın koşullarına göre farklı anlamlarda yorumlanmıştır. Bu yüzden yaşam kalitesi kavramının hiçbir zaman tek bir tanımı yapılamamış ve her zaman dinamik ve zengin içeriği ile araştırmacıların ilgi odağı olmuştur (Edisan ve Kadıoğlu, 2013; Sarı ve Kındap, 2018). Yaşam kalitesi kavramı tıp, psikoloji, sosyoloji ve ekonomi gibi farklı disiplinlerin incelediği bir konu olmuş ve her alanın kendine özgü tanımlamalarıyla da kavramsal bir çeşitlilik oluşmuştur. Ayrıca modern yaşamla birlikte gelişen teknoloji, refah ve mutluluk gibi kavramlara artan ilgi, değişen ve gelişen sosyal çevreyle birlikte yaşam kalitesi terimi de sürekli gelişen bir kavram haline gelmiştir (Haraldstad ve ark., 2019; Kahya, 2020).

Yaşam kalitesi kişinin sağlık durumu, bağımsızlık düzeyi, işlevselliği, yaşam koşulları, sosyal ilişkileri, ekonomik düzeyi, iyilik hali, değerleri ve kültürel özellikleri ile yakından ilişkili bir kavramdır (Fumincelli ve ark., 2019). Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesi, “bireyin hem hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri ile bağlantılı hem de içinde bulunduğu toplumun kültürel yapısı ve değerler sistemi çerçevesinde yaşamdaki konumuna ilişkin kişisel algısı” şeklinde tanımlanmaktadır. Böylece “bireyin kendisinin hakemi olması gerektiği” belirtilerek yaşam kalitesinin öznel bir kavram olduğuna vurgu yapılmıştır (WHOQOL Group, 1995; WHO, 1993).

Yaşam kalitesinin daha çok sağlıkla ilişkili yönlerine atıfta bulunan “sağlığa dair yaşam kalitesi” ise “bireyin sağlığının etkilendiği ve sağlığından etkilenen yaşam alanlarından duyulan doyum/ memnuniyet” olarak tanımlanmaktadır (Haraldstad ve ark., 2019). Hastalık ile yaşam kalitesi arasındaki etkileşimi açıklayan modele göre, “hastalık sonucu ortaya çıkan yeti yitimi bireyde işlevsel yetersizliklere ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır” (WHO, 1990). Bu kapsamda yaşam kalitesi tıbbi karar vermede önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmakta ve yaşam kalitesinin rutin olarak değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir (Haraldstad ve ark., 2019). Nitekim, ruhsal bozukluk tanısı alan bireylerin bütüncül olarak değerlendirilmesi ve

tedavilerinin toplum içerisinde yürütülmesi gerektiği düşüncesinin ön plana çıkması ile psikiyatrik hastalıklarda yaşam kalitesi önem kazanmaya başlamıştır (Kılıç ve ark., 2020).

2.2. Ruhsal Bozukluklarda Yaşam Kalitesi

Ruhsal bozukluklar, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında değişikliğe yol açan ve işlevselliğini bozabilen hastalıklardır. Bireylerde yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında ruhsal bozukluklar ilk sıralarda yer almaktadır. Yeti yitiminin kişinin günlük yaşam aktivitelerine katılımını zorlaştırma, iş, arkadaş ve aile ile ilişkilerini devam ettirmede sorunlar yaşama ve gelecek planlamalarında aksamalara yol açma gibi olumsuz sonuçları bulunmaktadır (Bat Tonkuş ve ark., 2022). Ayrıca ruhsal bozukluğu olan bireylerde damgalanma kaygısı ile yardım arama davranışında gecikmelerin yaşanması, erken tanı ve tedavinin yapılamaması veya uygun/yeterli tedavinin tam olarak gerçekleştirilememesi, alevlenmelerin sık olması da yeti yitimini artırarak bireylerin işlevselliğini ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Baysan Arabacı ve ark., 2018; Öztürk ve ark., 2021). Bu nedenle ruhsal bozukluğu olan kişilere yalnızca tıbbi perspektiften bakılmaması gerekliliği önem kazanmış ve psikiyatrik hastalıklarda yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalara yönelik ilgi de zamanla artmıştır (Kılıç ve ark., 2020). Nitekim, ruhsal bozukluk tanısı alan bireylerde tıbbi iyileşmenin yanı sıra sosyal ve fiziksel çevresinin de iyileştirilmesinin önemli olduğu, tedavinin temel hedefinin hastaların işlevselliğin ve yaşam kalitesinin artırılması olduğu ifade edilmektedir (Yıldız, 2021).

2.2.1. Şizofreni ve Yaşam Kalitesi

Şizofreni, sanrı, varsanı gibi pozitif belirtiler ile sosyal geri çekilme, duygusal küntlük, düşünce içeriğinde bozulma gibi negatif belirtilerin görüldüğü psikiyatrik bir bozukluktur. Şizofreni, yeti kaybına neden olan hastalıklar arasında ilk sıralarda yer almaktadır (Hajiyeva ve ark., 2022). Şizofreninin geleneksel tedavisinde semptomların iyileştirilmesi amaçlansa da sadece ilaç tedavisi ile bu hedefe ulaşmanın mümkün olmadığı zamanla fark edilerek tedavide psiko-sosyal yaklaşımlara da yer verilmesi gerekliliği önem kazanmış (Ishii ve ark., 2022; Koçak ve Taylan, 2018) ve hastaların

yaşam kalitelerini ve işlevselliklerini iyileştirmeye yönelik müdahalelere ilgi artmıştır (Hajiyeva ve ark., 2022).

Yaşam kalitesi, kronik hastalıklarda uzun zamandır konuşulmasına rağmen psikiyatri alanında yerini alması nispeten yenidir. Bu nedenle şizofreni hastalarının yaşam kaliteleri konusunda yapılan çalışmalarda azdır (Karaağaç ve Var, 2019). Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında görülen semptomlar ile yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki olduğu ifade edilmiş, özellikle bilişsel fonksiyonlardaki bozulmanın yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisine dikkat çekilmiştir (Hajiyeva ve ark., 2022). Aynı zamanda içgörü eksikliği, sosyal destek yetersizliği, damgalanma, ilaç yan etkileri veya tamamen iyileştiğini düşünme gibi sebepler hastaların tedaviye uyumlarını olumsuz etkilemekte, belirtilerinin nüksetmesine yol açmakta ve yaşam kalitelerini azaltmaktadır. Bu yüzden günümüzde işlev kaybının azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması tedavinin temel hedefini oluşturmaktadır (Çalışkan ve ark., 2021; Yıldız, 2021). Bu doğrultuda şizofreni hastalarının bakım/tedavisinde hastane temelli yaklaşımdan ziyade toplum temelli yaklaşım benimsenmekte, semptomların iyileştirilmesinden öte yaşam kalitelerinin yükseltilmesi hedeflenmektedir (Ishii ve ark., 2022; Şahin ve Elboğa, 2019).

Şizofreni hastalarında kaliteli bir yaşam çoğu zaman ailede bakım rolünü üstlenen kişi ile olan etkileşimiyle de yakından ilişkilidir (Rhee ve Rosenheck, 2019). Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde toplum temelli ruh sağlığı modelinin kullanılması, ailelerin bakım sürecinde sorumluluk alma zorunluluğunu beraberinde getirmekte ve hastaların bakım veren kişiyle geçirdiği zamanın uzamasına yol açmaktadır (Bilgen ve ark., 2020). Literatürde birçok bakım vericinin zamanla bilişsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik güçlüklerle karşılaştığı ve bakım yükünün arttığı belirtilmektedir (Rhee ve Rosenheck, 2019). Ancak aile desteğinin hastaların işlevselliklerinin artmasında ve tedaviye uyumlarında önemli olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Bu sebeple hastaların yanı sıra bakım vericilerin de ihtiyaçlarının ön planda tutulması gerektiği (Karaağaç Özçelik ve Yıldırım, 2018), bakım yükünün azalması ile hem hastanın hem de bakım verenin yaşam kalitesinin arttığı ifade edilmektedir (İçel ve Aydoğan, 2022).

2.2.2. Bipolar Bozukluk ve Yaşam Kalitesi

Bipolar (iki uçlu) bozukluk, “depresif ve manik ya da hipomanik dönemlerin olduğu, dönemler arasındaki sürecin tamamen normal olabildiği gibi kalıcı belirtilerin de eşlik edebildiği, sıklıkla kronik seyirli, tüm işlevsellik alanlarını olumsuz etkileyen” psikiyatrik bir hastalıktır (Bonnín ve ark., 2019; Khafif ve ark., 2021; Yeloğlu ve ark., 2021). Bunun yanı sıra yüksek mortalite ve morbidite oranları ile bipolar bozukluk bulaşıcı olmayan hastalıklar içinde engellilik nedeni olarak altıncı sırada yer almakta, bu nedenle bireylerin yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir (Anyayo ve ark., 2021). Bipolar bozukluk tanısı alan hastalardaki düşük yaşam kalitesinin yaş, atak sayısı, hızlı döngü psikiyatrik komorbidite, intihar eğilimi, alkol/madde kötüye kullanımı, riskli davranışlar, aile içi ilişkiler ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Buzlu ve Şahin, 2018; Sengupta ve Jena, 2022). Literatürde erken tanı ve bireyselleştirilmiş kanıta dayalı biyopsikososyal müdahaleler ile atakların önlenilebileceği, hastaların işlevselliklerinin ve yaşam kalitelerinin yükseltilebileceği bildirilmektedir (Bonnín ve ark., 2019; Yıldız, 2021). Özellikle manik atakların sıklığını veya şiddetini azaltarak bu dönemde ortaya çıkabilecek olumsuz durumları kontrol altına almak, hastaların yaşam kalitesini artırmada önemlidir (Rabelo ve ark., 2021). Ayrıca farmakolojik tedaviye psikososyal müdahalelerin dahil edilmesi hastaların %60-80'inin yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlamaktadır (Karaytuğ ve ark., 2022). Bu açıdan toplum ruh sağlığı merkezlerinin bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmeye yönelik önemli işlevleri bulunmaktadır. Nitekim, toplum ruh sağlığı merkezlerinde sağlanan hizmetler ile hastalık etkilerinin önemli oranda azaldığı, hastalarda içgörü, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesinin bariz bir şekilde arttığı bildirilmektedir (Şahin ve Elboğa, 2019).

2.2.3. Depresyon ve Yaşam Kalitesi

Depresyon, “bireyin kendini sürekli üzüntülü ve kederli hissettiği, düşünce, konuşma, davranış ve bazı fizyolojik işlevlerde yavaşlamanın gözlendiği bir duygu durum bozukluğu” olup, prevalansı giderek artmaktadır. Depresyon, yeti yitimiyle ilişkili hastalıklar arasında ikinci sırada bulunan, ciddi bir toplum sağlığı problemidir (Anber ve ark., 2021; Malhi ve Mann, 2018). Bunun yanı sıra hastalar arasındaki klinik

heterojenite erken ve doğru tanınmasını güçleştirerek semptom temelli bir yaklaşım kullanılmasına neden olmaktadır (Pitsillou ve ark., 2020).

Depresyonun “isteksizlik, hiçbir şeyden zevk alamama, enerji azalması, konsantrasyonda güçlük, içe kapanma, ümitsizlik, çaresizlik ve karamsarlık duyguları, yetersizlik ve değersizlik düşünceleri, uyku ve iştahta azalma veya artma, psikomotor yavaşlama, intihar eğilimi” gibi klinik belirtileri yaşam kalitesinin azalmasına sebep olmaktadır (Anber ve ark., 2021; Yağmur ve ark., 2018). Yapılan bir çalışmada ise depresyondaki bireylerin yaşam kalitelerinin orta seviyede olduğu; yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve ekonomik durumun yaşam kalitesinin önemli belirleyicileri olduğu belirlenmiştir (Yetim ve Çelik, 2019). Bu nedenle depresyondaki kişilerin yaşam kalitelerini artırmak için farmakoterapi ve psikoterapinin yanı sıra çalışma koşulları ve maddi gelirin iyileştirilmesinin, her alanda fırsat eşitliğinin sağlanmasının ve sağlık hizmetlerine ulaşmanın önündeki engellerin kaldırılmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Adagide ve Karataş, 2021; Pitsillou ve ark., 2020).

2.2.4. Madde Kullanım Bozuklukları ve Yaşam Kalitesi

Madde kullanım bozuklukları “kontROLSÜZ, otomatik, zorlayıcı nitelikte, yüksek düzeyde ve uzun süreli madde kullanımı ile karakterizedir.” Madde kullanım bozuklukları tüm dünyada engelliliğin önde gelen sebeplerinden birisi olup, bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal, yasal ve ekonomik problemler yaşamasına yol açmakta ve yaşam kalitelerini azaltmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016; Mustafaoğlu ve ark., 2020; Wang ve ark., 2020). Ayrıca bireyin sağlığının yanı sıra aile ve evlilik hayatını, sosyal ilişkilerini, iş/çalışma yaşamını ve ülke ekonomisini olumsuz etkilemesi, artan kaza, suç, şiddet, intihar oranları ile toplum güvenliğini tehdit etmesi nedeniyle multidisipliner bir ekiple birlikte mücadele edilmesi gereken bir halk sağlığı sorunudur (Cüceler ve ark., 2022; Witkiewitz ve ark., 2019). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin işlevselliğini ve yaşam kalitesini artırmada kanıta dayalı psikososyal müdahaleler önemli yer tutmaktadır (Cüceler ve ark., 2022). Nitekim, rehabilitasyon programına katılan bireylerin madde kullanımının azaldığı, sosyal becerilerinin ve yaşam kalitelerinin arttığı ifade edilmektedir (Coates ve ark., 2018).

2.3. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşam kaliteleri genel popölasyona göre daha kötü olup, beklenen yaşam süreleri de daha kısadır (Sahabelzamani ve ark., 2020). Ruhsal bozukluğu olan hastaların daha düşük yaşam kalitesine sahip olmasını etkileyen pek çok faktör söz konusudur. Bireylerin yaşı, cinsiyeti, istihdam durumu, eğitim düzeyi, gelir durumu gibi sosyo-demografik özelliklerin yanı sıra hastalığın belirtileri, hastanın içgörüsü ve ilaç uyumu gibi klinik faktörlerin de yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Lin ve ark., 2023). Literatürde ruhsal bozukluk tanısı almış bireyler içinde kadın, eğitim düzeyi yüksek ve evli olanların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu ve hastalıkla geçen sürenin uzamasıyla yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmektedir (Hajıyeva ve ark., 2022).

Kronik hastalığın semptomlarını ve tedavi sürecini yönetebilme becerisi olarak tanımlanan öz-yönetimin de yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden birisi olduğu, öz-yönetim becerileri iyi olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu, daha umutlu oldukları, tedavi ekibi ile iş birliklerinin ve tedaviye uyumlarının arttığı belirtilmektedir (Engin ve Durmuş, 2023). Ayrıca hastaların yaşadıkları ekonomik güçlükler ve istihdam sorunları da yaşam kalitesini etkileyen değişkenler arasındadır (Elboğa ve Şahin, 2019). İstihdam, ruhsal bozukluğu olan bireyler için “normal” bir yaşama işaret etmekte olup, bireylerin öz-saygısının artmasına, topluma entegre olmalarına, maruz kaldıkları damgalama ve ayrımcılığın azalmasına, işlevselliklerinin ve yaşam kalitelerinin artmasına olanak sağlamaktadır (Lin ve ark., 2023). Ciddi ruhsal bozukluğu olan bireyler arasında herhangi bir işte çalışanların yaşam kalitelerinin ve benlik saygılarının çalışmayanlara kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Buz ve ark., 2021). Bu kapsamda toplum ruh sağlığı merkezleri ile iş birliği içerisinde hastaların ekonomik, sosyal, istihdam sorunlarının çözümüne yönelik planlamalar yapılması yaşam kalitelerinin artmasını sağlamaktadır (Elboğa ve Şahin, 2019).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerde yaşam kalitesini etkileyen değişkenlerden birisi cinsel yaşamdan memnuniyet derecesidir. Psikiyatri hastalarında cinsel işlev bozukluklarının sık görülmesi yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Piontek et al., 2019). Ancak hastalardaki cinsel sorunlarenellikle göz ardı edilmektedir. Oysaki, hastaların cinsel sağlıklarının kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi, cinselliğin tedavi planına ve bakıma dahil edilmesi, ilaçların cinsel yan etkileri göz önüne alınarak tedavinin planlaması yaşam kalitesini arttırmada son derece önemlidir (Chung ve ark., 2023). Diğer taraftan sosyal destek, benlik algısı, damgalanma ve ayrımcılık gibi psikososyal faktörler de hastaların yaşam kalitesini etkileyen değişkenler arasında yer almaktadır (Lin ve ark., 2023). Dünya genelinde ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı damgalayıcı tutumlar oldukça yaygın olup, bu bireyler toplum tarafından yük olarak görülmektedir (Avcil ve ark., 2016; Komatsu ve ark., 2021; Sarraf ve ark., 2022). Bununla birlikte ruhsal bozukluğu olan bireyler de halkın önyargılarını ve olumsuz tutumlarını zamanla içselleştirerek kendi kendilerini damgalamaya başlamaktadırlar. Yapılan araştırmalarda damgalamanın düşük yaşam kalitesiyle ilişkili bir unsur olduğu ve psikiyatri hastalarında büyük acılara neden olduğu bildirilmektedir (Asan, 2019; Bal ve ark., 2023; Wang ve ark., 2021). Nitekim, damgalanma ve ayrımcılık bireyin çare arama davranışını, sağlık profesyonelleri ile ilişkisini, tedavi-rehabilitasyon sürecini olumsuz etkilemektedir (Asan, 2019; Commey ve ark., 2022). Damgalanmaya ve ayrımcılığa maruz kalan hastalarda yetersizlik duygularıyla ilişkili olarak sosyal ilişkilerden kaçınma, benlik saygısında azalma, iş veya eğitim yaşantısına son verme, sağlık hizmeti kullanımından çekinme ve yaşam kalitesinde düşme görülebilmektedir (Bekiroğlu, 2021; Ceylan ve ark., 2021; Degnan ve ark., 2021).

2.4. Yaşam Kalitesinin Artırılmasında Psikiyatri Hemşiresinin Roller

Hemşirelik mesleği açısından yaşam kalitesi, yaşamın tüm yönlerini kapsayan ve bireyin iyilik halini sürdürmeye yönelik bakım uygulamalarına dayanmaktadır. Bu bağlamda psikiyatri hemşirelerinin ruhsal bozukluğu olan bireylere kanıt temelli, bütüncül ve bireyselleştirilmiş hizmet sunmada önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Engin ve Durmuş, 2023). Psikiyatri hemşireleri ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri tespit etmeli, eğitim, danışmanlık, savunuculuk,

psikoterapi gibi rollerini kullanarak yaşam kalitesini artırmayı önceleyen bir bakımın planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve izlenmesi aşamalarında aktif rol almalıdır (Bao ve ark., 2021).

Ülkemizde ruhsal bozukluğu olan bireyler ve ailelerine yönelik yapılandırılmış ve devamlılığı olan rehabilitasyon programlarının bulunmadığı ve sadece yerel çaplı çalışmaların olduğu söylenebilir (Baysan Arabacı ve ark., 2018). Yapılan çalışmalarda psikososyal rehabilitasyon programlarının ruhsal bozukluğu olan bireylerin öz-bakım yeteneklerini geliştirdiği, tedaviye uyumlarını artırdığı, hastanede yatış sürelerini kısalttığı, yeti yitimini azalttığı, sosyal işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini artırdığı bildirilmektedir (Çalışkan et ve ark., 2021). Bu nedenle sağlıklı bireylere nazaran sosyal ve mesleki yaşamlarında işlevsellikleri daha sınırlı olan bu kişileri topluma entegre etmek ve yaşam kalitelerini artırmaya yönelik stratejiler geliştirmede diğer disiplinlerle birlikte hareket etmelidir (Baysan Arabacı ve ark., 2018; Işık ve ark., 2019). Özellikle toplum ruh sağlığı merkezlerindeki hizmetlerin işlevselliği artırdığı dikkate alındığında, bu merkezlerde görev yapan psikiyatri hemşirelerinin sunulan hizmetlerin etkililiğini izlemesi önem taşımaktadır (Öztürk ve ark., 2021).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir faktör olarak karşımıza çıkan damgalama ve ayrımcılıkla mücadele konusunda da psikiyatri hemşireleri ön planda olmalı, halkı bilinçlendirmeye yönelik çalışmalara katılmalıdır (Bekiroğlu, 2021; Commey ve ark., 2022). Bunun yanı sıra psikiyatri hemşireleri yaşam kalitesi ile ilişkili olan sağlıklı yaşam alışkanlıkları (örneğin; sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite) kazanmaları için hastalara rol modeli olmalı ve özendirici eğitim programları düzenlemelidirler (Yıldırım ve ark., 2019). Ayrıca bakım yükünü azaltmak için aile üyelerine yönelik müdahaleler göz ardı edilmemelidir. Bakım vericilerin sosyal destek kaynaklarını tanımaları ve kullanmaları sağlanmalı, gerektiği zaman sağlık ekibine kolaylıkla ulaşabilmeleri için psikiyatri hemşireleri danışmanlık rollerini etkili bir şekilde kullanmalıdır (Bao ve ark., 2021; İçel ve ark., 2022).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, van Krugten ve arkadaşları (2022) tarafından geliştirilen Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla metodolojik tasarımda gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Gönen Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniklerine başvuran hastalar ile Ekim 2022- Haziran 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Gönen Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniklerine Ekim 2022- Haziran 2023 tarihlerinde başvuran hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde, ölçek uyarlama çalışmalarında en fazla kabul gören yöntem olan ölçek madde sayısı esas alınmıştır. Ölçek geçerlik güvenirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğünün, ölçek madde sayısının 5 ila 10 katı olması gerektiği ifade edilmektedir (Boateng ve ark., 2018; Seçer, 2018). Mevcut araştırmada kullanılan Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi yedi maddelik bir tanımlayıcı sistem ile bir görsel analog ölçeği içeren iki bölümden oluşmaktadır. Bu doğrultuda ölçekteki madde sayısının 10 katı referans alınarak minimum örneklem büyüklüğü 70 olarak belirlenmiştir. Ancak örneklem sayısının faktör analizi için yeterli olması, faktörler arasındaki ilişkinin ve ölçeğin değişmezlik özelliğinin daha net belirlenebilmesi amacıyla belirtilen tarihlerde dâhil edilme ölçütlerine uyan 310 hasta araştırma kapsamına alınmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- DSM–5 tanı kriterlerine göre en az bir yıl önce ruhsal bozukluk tanısı alma (şizofreni, bipolar bozukluk, depresyon, anksiyete bozuklukları, vb.)
- Ruhsal bozukluğun remisyon döneminde olma

- 18 yaşından büyük olma
- Okur-yazar olma
- Görüşmeyi sürdürecektir bilişsel yeterliliğe sahip olma
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Nörobilişsel bozukluk veya entellektüel yetiyitimi öyküsü

3.4. Veri Toplama Araçları

Mevcut araştırmanın verileri Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1), Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi (Ek-2), EuroQol-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-3) ve Kısa Semptom Envanteri (Ek-4) ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri (Ishii ve ark., 2022; Khafif ve ark., 2021; van Krugten ve ark., 2022) doğrultusunda hazırlanan form, hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini sorgulayan 9 soru içermektedir.

Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi (RSYKA): van Krugten ve arkadaşları tarafından 2022 yılında subklinik ve klinik ruh sağlığı sorunları olan kişilerde ve tüm ruh sağlığı hizmet türlerinde kullanılmak üzere geliştirilmiş bir öz-bildirim ölçeğidir. Anket, bir tanımlayıcı sistem olan RSYK-7B ve görsel analog ölçek olan RSYK-VAS olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümü olan RSYK-7B’de yedi boyutu (benlik imajı, bağımsızlık, duygudurum, ilişkiler, günlük aktiviteler, fiziksel sağlık, gelecek) kapsayan yedi soru yer almaktadır. Soruların her biri “hiç memnun değilim (skor: 0)” ile “çok memnunuz (skor: 3)” arasında değişen dört yanıt düzeyine sahiptir. Anketin tanımlayıcı sistemi olan RSYK-7B’den alınabilecek toplam puan 0–21 arasında değişmekte olup, alınan puanın yüksekliği bireyin yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir. RSYKA’nın ikinci bölümünü oluşturan RSYK-VAS ise bireylerin genel psikolojik iyilik halini 0 (hayal edilebilecek en kötü psikolojik iyilik hali) ile 10 (hayal edilebilecek en iyi psikolojik iyilik hali) arasında değerlendirdikleri yatay bir görsel analog ölçeği içermektedir. RSYKA’nın iç tutarlılığının yüksek olduğu (Cronbach $\alpha = 0,85$) bildirilmiştir (van Krugten ve ark., 2022).

EuroQol-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D): EQ-5D yaşam kalitesini ölçmek amacıyla Batı Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu olan EuroQoL grubu tarafından geliştirilmiş bir öz-bildirim ölçeğidir (EuroQol Group, 1990). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Eser ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmış ve Cronbach α değeri 0,77 olarak hesaplanmıştır. Ölçek, açıklayıcı sistem (EQ-5D indeks ölçek) ve görsel analog ölçek (EQ-5D-VAS) olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk bölümü hareket, öz-bakım, olağan aktiviteler, ağrı/rahatsızlık ve anksiyete/depresyon olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır. Her bir boyuta verilen cevaplar “1: problem yok, 2: biraz problem var, 3: majör problem var” şeklinde üç seçeneklidir. Ölçek 243 ($3^5 = 243$) olası farklı sonucu tanımlamakta ve ölçeğin beş boyutundan -0,59 ile 1 arasında değişen indeks skoru (EuroQol_{SKOR}) hesaplanmaktadır. İndeks skor hesabında EuroQol grubunun (1990) hazırladığı formül ile Dolan’ın (1997) oluşturduğu standart değerler kullanılmaktadır. Bu araştırmada, EQ-5D’nin Türkiye için referans değerleri bulunmadığı için indeks skorunu hesaplama ve yorumlamada Birleşik Krallık (United Kingdom [UK]) tarifi kullanılmıştır. Ölçeğin ikinci bölümü ise bireylerin o anki sağlık durumlarını “0 (hayal edilebilecek en kötü sağlık durumu)” ile “100 (hayal edilebilecek en iyi sağlık durumu)” arasında değerlendirdikleri, kalibre edilmiş vertikal termometre şeklinde bir görsel analog ölçeği içermektedir. Ölçeğin bu bölümünden elde edilen puan da EuroQol_{VAS} olarak adlandırılmaktadır. EQ-5D indeks skorunda 1’e, VAS skorunda ise 100’e yaklaştıkça yaşam kalitesi artmaktadır (EuroQol Group, 1990). Ölçeğin çalışmada kullanılması için geliştiren kuruluştan izin alınmıştır (EuroQoL, Registration ID number: 48975).

Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ruhsal belirtileri taramak için Derogatis tarafından 1992’de geliştirilmiştir. Envanterin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa katsayısının alt boyutlar için 0,76 ve 0,88 arasında değiştiği belirlenmiştir. Envanterin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostile olmak üzere beş alt boyutu bulunmaktadır. KSE, 5’li Likert tipi derecelendirilen (0: hiç, 1: biraz, 2: orta derecede, 3: epey, 4: çok fazla) 53 madde içermektedir. Değerlendirme hem toplam puan hem de alt boyutların puanları üzerinden yapılmaktadır. Envanterden alınabilecek toplam puan 0–212

arasında değişmekte olup, alınan puanın yüksekliği bireydeki psikolojik semptomların sıklığına işaret etmektedir (Şahin ve Durak, 1994).

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri Ekim 2022- Haziran 2023 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Anket formunun doldurulması yaklaşık 30-40 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Gönen Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniklerine başvuran hastalar ile yürütülmüştür. Bu nedenle sonuçların kendi evrenine genellenebilir olması araştırmanın en önemli kısıtlılığıdır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS-23.0) ve Analysis of Moment Structures (AMOS-23.0) programları kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk normallik testi ile incelenmiştir. Araştırma kapsamında yer alan hastaların tanımlayıcı özellikleri frekans (n), yüzde (%), ortalama±standart sapma ($X \pm SS$) ile gösterilmiştir. Ölçeğin dil ve kapsam geçerliği Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI) hesaplanarak, yapı geçerliği ise doğrulayıcı faktör analiziyle (DFA) değerlendirilmiştir. Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin güvenirlik hesaplamalarında Cronbach Alfa katsayısından yararlanılmıştır. Ölçeğin test- tekrar test uyumluluk sonuçlarını değerlendirme, madde-toplam puan analizi ve paralel form güvenirliğini test etme için de Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin belirlenebilmesi ve kullanılabilmesi için öncelikle orijinal ölçeği geliştiren sorumlu yazardan e-mail ile izin alınmıştır (EK-5). Daha sonra Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik

Kurulu'ndan 06.07.2022 tarihli ve 2022-136 karar numaralı etik kurul onayı alınmıştır (Ek-6). Etik kurul onayını takiben araştırmanın Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Gönen Devlet Hastanesinde yürütülebilmesi için Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğünden 14.09.2022 tarihli kurum izni alınmıştır (EK-7). Ayrıca araştırmaya dahil edilen hastaların Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu aracılığıyla yazılı ve sözlü onayları alınmıştır (EK-8).



4. BULGULAR

Bu bölümde, van Krugten ve arkadaşları (2022) tarafından geliştirilen Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları üç başlıkta ele alınmıştır:

- Hastaların tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular,
- Ölçeğin geçerlik analizlerine yönelik bulgular,
- Ölçeğin güvenirlik analizlerine yönelik bulgular.

4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular

Araştırmada yer alan hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, hastaların yaş ortalaması $40,36 \pm 11,24$ olup, %62,3'ü kadın, %32,9'u üniversite mezunu, %70,0'ı evli, %63,9'u herhangi bir işte çalışmakta ve %54,5'inin geliri giderine eşittir. Araştırma kapsamına alınan hastaların tıbbi tanıları sırasıyla depresyon (%24,2), panik bozukluk (%15,5), şizofreni (%13,5), obsesif kompulsif bozukluk (%12,9), bipolar bozukluk (%11,6), uyku bozuklukları (%9,4), yaygın anksiyete bozukluğu (%7,4) ve travma sonrası stres bozukluğudur (%5,5). Ayrıca ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastalık süresi ortalamasının $6,30 \pm 7,04$ olduğu ve %47,7'sinin hastalık şiddetinin orta olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (ort±ss: 40,36±11,24; min-mak: 18–65)		
18-34 yaş	97	31,3
35-44 yaş	117	37,7
≥ 45 yaş	96	31,0
Cinsiyet		
Kadın	193	62,3
Erkek	117	37,7
Eğitim düzeyi		
İlkokul	59	19,0
Ortaokul	54	17,4
Lise	95	30,6
Üniversite	102	32,9
Medeni durum		
Evli	217	70,0
Bekâr	93	30,0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	198	63,9
Çalışmıyor	112	36,1
Ekonomik düzey		
Gelir giderden az	82	26,5
Gelir gidere eşit	169	54,5
Gelir giderden fazla	59	19,0
Tanı		
Depresyon	75	24,2
Panik bozukluk	48	15,5
Şizofreni	42	13,5
Obsesif kompulsif bozukluk	40	12,9
Bipolar bozukluk	36	11,6
Uyku bozuklukları	29	9,4
Yaygın anksiyete bozukluğu	23	7,4
Travma sonrası stres bozukluğu	17	5,5
Hastalık süresi (ort±ss: 6,30±7,04; min-mak: 1-36)		
1-5 yıl	211	68,1
6-10 yıl	43	13,9
≥ 11 yıl	56	18,1
Hastalık şiddeti		
Hafif	102	32,9
Orta	148	47,7
Şiddetli	46	14,8
Çok şiddetli	14	4,5

4.2. Ölçeğin Geçerlik Analizlerine Yönelik Bulgular

Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin geçerlik analizinde dil ve kavramsal eşdeğerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği incelenmiştir.

4.2.1. Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin Dil ve Kavramsal Eşdeğerliğinin İncelenmesi

Ölçeğin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerini belirleme sürecinde Dünya Sağlık Örgütü ile Uluslararası Test Komisyonu'nun kültürlerarası ölçek uyarlamasına (psikolinguistik özelliklerin incelenmesine) ilişkin bildirdiği kurallar temel alınmıştır (ITC, 2018; WHO, 2020). Bu doğrultuda ilk önce Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin belirlenebilmesi ve kullanılabilmesi amacıyla orijinal ölçeği geliştiren sorumlu yazardan e-mail ile izin alınmıştır (EK-4). Ölçeğin dil ve kavramsal eşdeğerliğini belirlemek için çeviri- geri çeviri yönteminden yararlanılmıştır. Öncelikle orijinal ölçüm aracı anadili Türkçe olup iyi derecede İngilizce bilen, söz konusu ölçeğin terminolojisine hâkim bağımsız üç kişi tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Daha sonra elde edilen üç çeviri metni bir Türkçe dil uzmanı, çeviri ekibi ve araştırmacılar tarafından karşılaştırılarak anlamsal, kavramsal, dilsel, bağlamsal farklılıklar açısından değerlendirilmiş ve her maddenin çevirisi için ortak bir karar verilerek ilk taslak Türkçe ölçüm aracı elde edilmiştir. Ardından taslak Türkçe ölçek her iki dili bilen, ancak anadili İngilizce olan ve ölçek hakkında hiçbir bilgisi olmayan bağımsız iki çevirmen tarafından orijinal dile çevrilmiştir. Daha sonra geri çeviri ekibi ve araştırmacılar tarafından iki çeviri metni karşılaştırılarak İngilizce ölçek taslağı üzerinde uzlaşa sağlanmış ve orijinal ölçek ile çeviri sonrası elde edilen İngilizce versiyonunun ifadelerinin değişmediği belirlenmiştir.

4.2.2. Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin Kapsam Geçerliğinin İncelenmesi

Dil eşdeğerliği sağlanan ölçeğin kapsam geçerliğini değerlendirmek amacıyla uzman panelinden yararlanılmış olup, uzman görüşlerinin alınması için “Davis Tekniği” kullanılmıştır. Bu doğrultuda Türkçe ölçek maddeleri ile orijinal ölçekteki maddeleri içeren, maddelerin eşdeğer olup olmadığının saptanması için dört seçenekli

bir değerlendirme (1= uygun değil, 2= maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekir, 3= uygun, ancak küçük değişiklik gerekir, 4= çok uygun) yapılmasına ve uzmanların görüşlerini belirtmesine olanak sağlayan bir uzman görüşü formu hazırlanmıştır (EK-9). Hazırlanan form psikiyatri hemşireliği alanında görev yapan 15 öğretim üyesine (EK-10) gönderilerek görüşleri alınmıştır. Uzmanların değerlendirmeleri sonrasında ölçek maddeleri revize edilerek son hali verilmiştir. Toplam 15 uzmandan gelen görüşlerin değerlendirilmesinde, 3 ve 4 ile değerlendirilen madde sayısının toplam uzman sayısına oranı hesaplanarak her bir maddeye ilişkin kapsam geçerliği oranı (KGO) belirlenmiştir. Ardından hesaplanan KGO'ların ortalaması alınarak kapsam geçerliği indeksi (KGİ) saptanmıştır (Tablo 4.2., Tablo 4.3.).

Tablo 4.2. $\alpha = 0,05$ anlamlılık düzeyinde kapsam geçerliği oranları

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

KGO, ölçüm aracıda yer alan maddelerin uygunluk düzeyini belirlemek için hesaplanmakta olup, uzman sayısının 15 olduğu durumlarda, maddelere ait kapsam geçerlilik oranı (KGO) $\geq 0,49$ ise tüm maddelerin ölçekte kalması önerilmektedir. KGİ, ölçüm aracıdaki her bir maddeyi uzmanların gerekli görüp görmediğinin tespit edilmesinde kullanılmaktadır. KGİ, $\alpha = 0,05$ düzeyinde anlamlı olan ve nihai forma alınacak maddelerin toplam KGO ortalamaları üzerinden elde edilmekte olup, bu değer $\geq 0,80$ olması gerekmektedir. Ayrıca ölçülmek istenilen özellik birden fazla boyutta toplanmış ise her boyut için KGİ elde edilmelidir (Doğan ve Doğan, 2019; Erdoğan ve ark., 2020; Veneziano & Hooper, 1997; Yusoff, 2019). Bu çalışmada uzman sayısının 15 olduğu dikkate alındığında, tüm maddelerin KGO'nun $\geq 0,49$ olduğu ve kapsam geçerliğinin mevcut olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca Tablo 4.3.'de görüldüğü gibi KGİ $\geq 0,80$ olduğu için ölçeğin kapsam geçerliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir.

Tablo 4.3. Ölçeğe ait kapsam geçerliliği oranları ve kapsam geçerliği indeksi

Maddeler	KGO	KGİ
M1	1,00	
M2	1,00	
M3	1,00	
M4	1,00	1,00
M5	1,00	
M6	1,00	
M7	1,00	

Uzman panelinden sonra elde edilen Türkçe ölçek taslağı anlaşılabilirlik açısından test edilmek üzere amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak örnekleme yer almayan ve ruhsal bozukluğu olan 30 kişiye uygulanmıştır. Hastalara anlaşılmayan ifade olup olmadığı sorulmuş, varsa önerileri istenmiştir. Hastaların maddeleri anlaşılır bulması neticesinde ölçekte herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

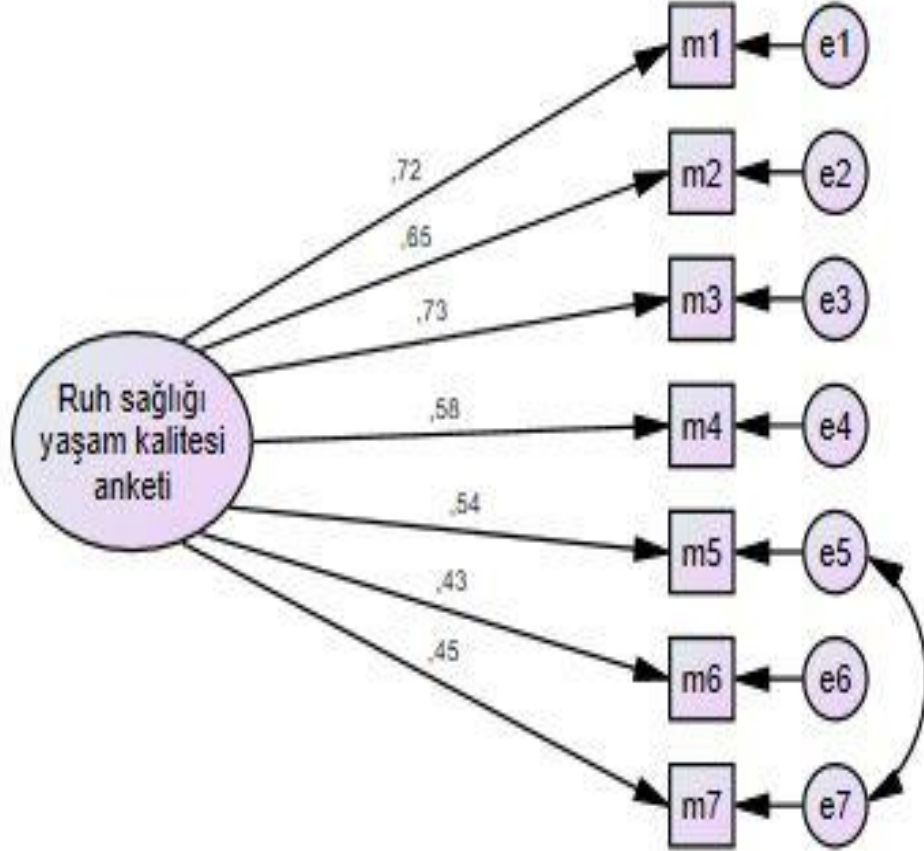
4.2.3. Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin Yapı Geçerliğinin İncelenmesi

Bu araştırmada Türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri incelenen ölçeğin faktör yapısının orijinal ölçeğin faktör yapısı ile uyumlu olup olmadığının test edilmesi için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır. DFA'nın ilk aşamasında tek faktörün gizil, bu faktörü oluşturan maddelerin de gösterge değişken olarak yer aldığı birinci dereceden DFA modeli Şekil 4.1.'de oluşturulmuştur. Gizil değişken metrik olmadığı için parametre değerlerini tahmin edebilmek için gizil değişkenden gözlenen (gösterge) değişkenlere doğru çizilen yollardan birine 1 değeri atanması (faktör yükünün 1'e eşitlenmesi) veya gizil değişkenin varyansına bir değer atanması (genelde 1) sağlanmalıdır (Hair ve ark., 2018).

İkinci aşamada, model tahminlenirken yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan ve verilerin normal dağılmadığı durumlarda bile güvenilir sonuçlar veren maximum likelihood yöntemi kullanılmış, gözlenen değişkenlerin hatalarına, gizil değişkenin varyansına ve gizil değişkenden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollara ilişkin regresyon katsayılarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi amaçlanmıştır. Uyum indekslerinin iyileştirilmesi için en yüksek modification indices

değerine sahip olan Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'ndeki "m5" ve "m7" sorularının hata terimleri arasında iki yönlü ilişki kurulmuştur.

Şekil 4.1. Tek boyutlu birinci dereceden doğrulayıcı faktör analizi modeli



Son aşamada ise tek faktörlü birinci dereceden oluşturulan DFA modeli için uyum indeksleri incelenmiştir. Tablo 4.4. incelendiğinde, Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin 7 maddeden oluşan tek faktörlü ölçek yapısının χ^2/df , GFI, AGFI, IFI, TLI, CFI, RMSEA ve SRMR değerlerinin iyi olduğu görülmektedir (Hu ve Bentler, 1999; Meydan ve Şeşen, 2015; Tabachnick ve Fidell, 2019).

Tablo 4.4. Uyum iyiliği indeksleri ve kabul edilebilir değer aralığı

İndeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Sonuçlar
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 4$	1,212
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,985
AGFI	$0.95 \leq AGFI \leq 1$	$0.90 \leq AGFI \leq 0.95$	0,969
IFI	$0.95 \leq IFI \leq 1$	$0.90 \leq IFI \leq 0.95$	0,995
TLI	$0.95 \leq TLI \leq 1$	$0.90 \leq TLI \leq 0.95$	0,991
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0,995
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,026
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.08$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0,026

Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ölçek maddelerine ait faktör yükleri Tablo 4.5.'te yer almaktadır. Tabloda görüldüğü üzere, ölçek maddelerine ait faktör yükleri 0,426 ile 0,727 arasında yer almaktadır. Maddelele ilişkin kritik değerler (CR) ve p değerleri incelendiğinde ise bütün maddelerin anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Ayrıca hiçbir faktör yükünün 0,300'un altında olmadığı ve faktör yüklerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.5. Doğrulayıcı faktör analizi model uyum indeksleri

Maddeler	Ölçek	S.E.	C.R.	P	Faktör yükü
M1	<---				0,723
M2	<---	0,102	9,827	<0,001	0,653
M3	<---	0,118	10,670	<0,001	0,727
M4	<---	0,096	8,901	<0,001	0,584
M5	<---	0,105	8,271	<0,001	0,541
M6	<---	0,102	6,623	<0,001	0,426
M7	<---	0,096	6,917	<0,001	0,450

4.3. Ölçeğin Güvenirlik Analizlerine Yönelik Bulgular

Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin güvenirlilik analizinde ise iç tutarlılık (Cronbach alpha ve madde toplam puan korelasyonu), zamana göre değişmezlik ve paralel form güvenirliliği yöntemleri kullanılmıştır.

4.3.1. İç Tutarlılık Analizleri

Bu araştırmada Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0,792 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6.). Diğer taraftan ölçüm aracının psikometrik özellikleri incelenirken madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0,30'un altında ise (şayet örneklem ≥ 400 ise 0,20 kabul edilmektedir) bu maddelerde ciddi bir sorun olduğu düşünülerek söz konusu maddeler ölçeten çıkartılabilmektedir. Madde toplam puan korelasyon katsayısının $\geq 0,30$ olması ise güvenirliliğin iyi olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Fakat korelasyon katsayısı $< 0,30$ olan maddeleri eleme yönteminin tek başına kullanılması tercih edilmemekte, ilgili maddenin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı üzerine etkisine bakılarak karar verilebilmektedir (Alpar, 2022; Şencan, 2005). Mevcut araştırmada hiçbir maddenin korelasyon katsayısı 0,30'un altında değildir. Ayrıca yapılan madde analizinde herhangi bir madde silindiğinde de cronbach alfa değerini önemli ölçüde değiştirmediği görülmüştür. Bu nedenle ölçekten hiçbir maddenin çıkartılmamasına karar verilmiştir.

Tablo 4.6. Ölçeğin güvenirliliği

Ölçek	Maddeler	Madde-Toplam Korelasyon	Cronbach's Alfa (Madde çıkarıldığında)	Cronbach's Alpha
Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi	M1	0,609	0,751	0,792
	M2	0,573	0,756	
	M3	0,595	0,751	
	M4	0,502	0,769	
	M5	0,545	0,769	
	M6	0,378	0,793	
	M7	0,458	0,777	

4.3.2. Zamana Göre Değişmezlik

Psikometrik özellikleri incelenen ölçeğin zaman göre değişmezliğini test etmek için hastalara iki hafta sonra Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi tekrar uygulanmıştır. Zamana göre değişmezlik korelasyon analizi ile incelendiğinde, test ve tekrar test sonuçları $r = 0,965$ ve $p < 0,001$ olarak tespit edilmiştir.

4.3.3. Paralel Form Güvenirliği

Benzer ölçek korelasyonu incelendiğinde, Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi ile Kısa Semptom Envanteri arasında negatif yönde ($r=-0,606$, $p<0,001$), EQ-5D-3L index skoru ($r= 0,496$, $p<0,001$) ve EQ-VAS skoru ile ise pozitif yönde ($r= 0,513$, $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki olduğu belirlenmiştir.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde, van Krugten ve arkadaşları tarafından geliştirilen (2022) Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerine yönelik bulgular iki başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Geçerlik, bir ölçüm aracının ölçmek istediği özelliği ne kadar doğru ölçtüğünü ifade etmektedir (Alpar, 2022; Erdoğan ve ark., 2020; Heale ve Twycross, 2015). Bu araştırmada Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin geçerliğini sınamak amacıyla kapsam geçerliği ile yapı geçerliği yöntemleri kullanılmış ve bulgular bu doğrultuda tartışılmıştır.

5.1.1. Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği, ölçeğin tamamının ve her bir maddesinin ölçülmesi istenen kavramı ölçüp ölçmediğini ve ölçülmesi istenen kavram haricinde farklı kavramları içerip içermediğini belirlemek için yapılmaktadır. Ölçüm aracı incelenen kavramın bütün özelliklerini ölçüyor ise söz konusu aracın kapsam geçerliği mevcuttur. Kapsam geçerliğinin değerlendirilmesinde konu ile ilgili uzmanların görüşleri alınmakta olup, uzman grubu en az 3, en fazla 20 kişiden oluşmaktadır (Erdoğan ve ark., 2020; Polit ve Beck, 2020). Mevcut araştırmada ilgili bilim alanında çalışan 15 uzmanın görüşü “Davis Tekniği” ile alınmış ve kapsam geçerliği indeksinin 1 olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla ölçüm aracının her maddesinin ve ölçeğin tamamının kapsam geçerliğini sağladığı söylenebilir.

5.1.2. Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği, direkt gözlemlenemeyen ve ölçülmesi zor olan, ancak teorik olarak açıklanabilen bir soyut kavramı ölçmeyi hedefleyen ölçme aracının amacına ne derecede ulaştığını belirlemek amacıyla yapılmaktadır (Erdoğan ve ark., 2020). Bu araştırmada yapı geçerliğini değerlendirmek için kullanılan yöntemlerden birisi olan Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanılmıştır.

5.1.2.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Farklı bir dilden Türkçe'ye ölçüm aracı uyarlama çalışmalarında belirlenen faktörlerin doğrulanması için sadece DFA yapmak genellikle yeterli olmaktadır. Bir ölçeğin yapı geçerliğinin sağlanması için doğrulayıcı faktör analizinde yapılan uyum iyiliği istatistiklerinin istenilen düzeyde olması beklenmektedir (Erdoğan ve ark., 2020; Erkorkmaz ve ark., 2013). Bu amaçla kullanılan uyum iyiliği istatistikleri ise Ki-Kare Değeri/Serbestlik Derecesi (χ^2/df), Standardize Ortalama Hataların Karekökü (SRMR-Standardized Root Meansquare Residual), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA-Root Mean Square Error of Approximation), Uyum İyiliği İndeksi (GFI- Goodness of Fit Index), Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI- Adjusted Goodness of Fit Index), Karşılaştırılmalı Uyum İyiliği (CFI-Comparative Fit Index), Artan Uyum İndeksi (IFI-Incremental Fit Index) ve Ölçeklendirilmemiş Uyum İndeksi (NNFI-Non-Normed Fit Index)'dir (Erdoğan ve ark., 2020; Hu ve Bentler, 1999; Meydan ve Şeşen, 2015; Tabachnick ve Fidell, 2019). Literatürde χ^2/df oranının 0-3, SRMR'nin 0-0,08 ve RMSEA'nın 0-0,05 arasında olması iyi uyum düzeyini ifade etmektedir. Uyum iyiliği indekslerinden GFI, AGFI, CFI, IFI ve TLI'nın ise 0,95-1 arasında olması iyi uyum düzeyini göstermektedir (Akyüz, 2018; Erkorkmaz ve ark., 2013; Tabachnick ve Fidell, 2019). Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin Türkçe versiyonunun uyum iyiliği indekslerinin χ^2/df için 1,212; SRMR için 0,026; RMSEA için 0,026; GFI için 0,985; AGFI için 0,969; CFI için 0,995; IFI için 0,995 ve TLI için 0,991 olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin yedi maddeden oluşan tek faktörlü yapısının iyi uyum gösterdiği söylenebilir.

Ölçeğin DFA sonucunda benlik imajı alt boyutunun faktör yükünün 0,723; bağımsızlık alt boyutunun faktör yükü 0,653; duygudurum alt boyutunun faktör yükü 0,727; ilişkiler alt boyutunun faktör yükü 0,584; günlük aktiviteler alt boyutunun faktör yükü 0,541; fiziksel sağlık alt boyutunun faktör yükü 0,426 ve gelecek alt boyutunun faktör yükü 0,450 olarak hesaplanmıştır. Maddelere ilişkin kritik değerler ve anlamlılık değerleri incelendiğinde bütün maddelerin anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Faktör yapısını açıklamak için 0,30-0,40 arasındaki faktör yüklerinin kabul edilebilir en düşük düzeydeki değerler olduğu ve faktör yükü $<0,30$ olan maddelerin

ölçekten çıkarılmasının uygun olabileceği belirtilmektedir. Ayrıca $\geq 0,50$ yük değerleri uygulama anlamlılığı olan yükler, $\geq 0,70$ yük değerleri ise yapıyı iyi açıklayabilen yükler olarak tanımlanmaktadır (Alpar, 2022). Bu araştırmada hiçbir faktör yükünün 0,30'un altında olmadığı, yapıyı en iyi açıklayan yük değerlerinin benlik imajı ve duygudurum maddelerine ait olduğu ve ölçeğin Türkçe versiyonunun güçlü bir faktör yapısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin iyi uyum gösterdiği, yedi maddelik tek faktörlü yapısının doğrulandığı, tüm maddelerin ölçekle ilgili olup faktör yüklerinin yeterli olduğu, ölçeğin yapı geçerliğini sağladığı ve geçerli bir ölçme aracı olarak kullanılabileceği söylenebilir.

5.2. Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Güvenirlik, bir ölçüm aracının hassas, birbiriyle tutarlı ve doğru sonuçları verebilmesi, aynı değişkenin birbirinden bağımsız ölçümleri arasındaki karalılığı göstermesi olarak tanımlanmaktadır (Erdoğan ve ark., 2020). Bu araştırmada Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin güvenilirlik analizinde iç tutarlılık ve değişmezlik yöntemleri kullanılmıştır.

5.2.1. İç Tutarlılık

İç tutarlılık, araştırmacıların çoğunlukla kullandığı ve ölçeğin tüm yönlerinin ölçme kabiliyetine sahip olup olmadığını belirleyen güvenilirlik yöntemidir (Erdoğan ve ark., 2020). Bu araştırmada iç tutarlılığı belirlemek için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ve madde toplam puan güvenilirliği yöntemleri kullanılmıştır. Bu yöntemlere ilişkin bulgular aşağıda tartışılmıştır.

5.2.1.1. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Bir ölçüm aracının her maddesinin kendi içinde aynı tutumu ölçtüğünün belirlenmesinde en yaygın kullanılan yöntemlerden birisi Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının hesaplanmasıdır (Erdoğan ve ark., 2020). Her madde için saptanan tek bir Cronbach alfa katsayı olabileceği gibi, ölçekteki tüm maddelere ilişkin ortalama bir değer de olabilmektedir. Bütün maddeler için elde edilen Cronbach alfa katsayı ölçüm aracının toplam güvenilirliğini göstermektedir. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının

yorumlanmasında literatürde farklı sınıflamalar mevcuttur. Ancak yaygın kabul edilen kriterlere göre $0,00 \leq \alpha < 0,40$ olması ölçeğin güvenilir olmadığı; $0,40 \leq \alpha < 0,60$ olması güvenilirliğinin düşük olduğu; $0,60 \leq \alpha < 0,80$ olması oldukça güvenilir olduğu; $0,80 \leq \alpha \leq 1,00$ olması yüksek düzeyde güvenilir olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Alpar, 2022; Streiner, 2003; Tavşancıl, 2019). Bu araştırmada Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin Türkçe versiyonunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,792 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuca dayanarak ölçeğin oldukça güvenilir olduğu söylenebilir. Ölçeğin orijinal çalışmasında ise Cronbach alfa güvenirlik katsayısının 0,85 olduğu ifade edilmiştir (van Krugten ve ark., 2022). Benzer şekilde yedi Avrupa ülkesinde (Almanya, Danimarka, Fransa, İtalya, Portekiz, Hollanda, Portekiz, Birleşik Krallık) psikometrik özelliklerinin incelendiği çalışmada da Cronbach alfa katsayılarının 0,78 ile 0,87 arasında değiştiği bildirilmiştir (Enzing ve ark., 2022).

5.2.1.2. Madde-Toplam Puan Güvenirliği

Madde-toplam puan güvenirliği, ölçek yer alan her bir maddenin güvenirliğine ilişkin bilgi vermektedir. Bu yöntemle hangi maddenin uygun olduğu veya hangi maddenin değiştirilmesi gerektiği sorularına yanıt aranmaktadır. Madde-toplam puan güvenirliğinde her bir test maddesinin değişkisi, toplam test puanının değişkisiyle karşılaştırılarak aralarındaki ilişkiye bakılmakta ve her madde için bir 'r' değeri ortaya çıkmaktadır. Ölçekteki maddeler eşit ağırlıkta ve bağımsız maddeler niteliğindeyse her bir madde ile toplam test puanı arasındaki korelasyon katsayısının yüksek olması beklenmektedir. Bir maddenin toplam puan ile korelasyonunun düşük olması ise maddenin testteki diğer maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğünü göstermektedir. Madde-toplam korelasyon katsayısının hangi aralıkta olması gerektiğine ilişkin belli bir standart olmamakla birlikte, genellikle örneklem büyüklüğü < 400 olduğunda bu katsayının $\geq 0,30$ olması maddenin güvenirliğinin/ayırt ediciliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Madde-toplam puan korelasyon katsayısı $< 0,30$ olan maddelerde ise ciddi bir sorun olduğu düşünülmekte ve söz konusu maddelerin ölçüm aracından çıkarılabileceği belirtilmektedir. Ancak bu değer altındaki maddeleri eleme yöntemi tek başına kullanılmayıp, bu karara ilgili maddenin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı üzerindeki etkisine de bakılarak varılabilmektedir (Alpar, 2022; Erdoğan ve ark.,

2020; Şencan, 2005). Ölçeğin orijinal çalışmasında madde-toplam puan korelasyonları 0,44 ile 0,69 arasında değişkenlik göstermektedir (van Krugten et al., 2022). Bu araştırmada ise madde-toplam puan korelasyonlarının 0,378-0,609 arasında olduğu saptanmıştır. Ayrıca yapılan madde analizinde herhangi bir maddenin çıkartılması ile korelasyon katsayısının önemli derecede değişmediği görülmüştür. Bu nedenle ölçüm aracından madde çıkarılmasına ihtiyaç olmadığına karar verilmiş ve RSYKA yedi maddelik halini korumuştur. Bu doğrultuda ölçekteki her maddenin maddeler toplamı ile yeterli korelasyona sahip olduğu ve ölçeğin yeterli düzeyde madde güvenirliğine sahip olduğu söylenebilir.

5.2.2. Değişmezlik

Değişmezlik, bir ölçüm aracının farklı zaman dilimlerinde tutarlı sonuçlar verebilmesidir (Erdoğan ve ark., 2020; Heale ve Twycross, 2015). Mevcut araştırmada değişmezliği incelemek için test- tekrar test yöntemi ile paralel form güvenirliğinden yararlanılmış olup, elde edilen bulgular aşağıda tartışılmıştır.

5.2.2.1. Test- Tekrar Test Yöntemi

Test- tekrar test yöntemi aynı ölçüm aracının farklı zamanlarda aynı katılımcı grubuna uygulanmasıdır. Böylece iki uygulama puanları arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon testi kullanılarak korelasyon katsayısı hesaplanmaktadır. Elde edilen korelasyon katsayısı ölçeğin güvenirlik derecesini belirlemektedir. Literatürde korelasyon katsayısı 1'e yaklaştıkça güvenirlik düzeyinin arttığı, ancak bu katsayının <0,70 olmaması gerektiği, $\geq 0,80$ olmasının ise en ideal değer olduğu belirtilmektedir (Erdoğan ve ark., 2020; Polit ve Beck, 2020). Ölçeğin orijinal çalışmasında bir hafta arayla yapılan test- tekrar test yönteminde korelasyon katsayısının 0,85 olduğu ifade edilmiştir (van Krugten ve ark., 2022). Bu araştırmada Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin Türkçe versiyonunun zamana göre değişmezliğini test etmek için aralıklı (iki hafta ara ile) test- tekrar test yöntemi uygulanmış ve korelasyon katsayısı 0,965 olarak hesaplanmıştır. Bu doğrultuda ölçeğin test- tekrar test güvenirliğinin yüksek düzeyde olduğu ve zamana göre değişmezliğinin sağlandığı söylenebilir.

5.2.2.2. Paralel Form Güvenirliği

Paralel form güvenirliği, ölçüm aracının güçlü olup olmadığını kanıtlamak için aynı özelliği ölçmeye yarayan iki alternatif / eşdeğer formun örneklem grubuna aynı veya farklı zamanlarda uygulanması ile elde edilen test puanları arasındaki korelasyon değerini incelenmek amacıyla yapılmaktadır (Erdoğan ve ark., 2020; Waltz ve ark., 2016). İki form arasındaki korelasyon katsayısı arttıkça paralel form güvenirliği de artmaktadır. Paralel form güvenirliğinde genel olarak korelasyon katsayısının $<0,3$ olması zayıf düzeyde güvenirliği, $0,3$ ile $0,5$ arasında olması orta düzeyde güvenirliği, $\geq 0,5$ olması yüksek düzeyde güvenirliği ifade etmektedir (Heale ve Twycross, 2015). van Krugten ve arkadaşları tarafından yürütölülen ölçeğin geliştirme çalışmasında ruh sağlığı hizmeti kullanıcılarının RSYKA ile KSE puanları arasında negatif yönde ($r = -0,57$) bir ilişki olduğu saptanmıştır. Diğer taraftan RSYKA ile EQ-5D-5L index skoru ($r = 0,59$) ve EQ-VAS skoru arasında pozitif yönde ($r = 0,61$) anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (van Krugten ve ark., 2022). Bu araştırmada RSYKA ile KSE arasında negatif yönde ($r = -0,606$), EQ-5D-3L index ($r = 0,496$) ve EQ-VAS skoru arasında ise pozitif yönde ($r = 0,513$) önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara dayanarak Türkçe psikometrik özellikleri incelenen RSYKA'nın yüksek düzeyde paralel form güvenirliğine sahip olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

van Krugten ve arkadaşları (2022) tarafından geliştirilen Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin Türkçe versiyonun psikometrik özelliklerini değerlendirmek için yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin orijinal formu ile Türkçe'ye çevrilen versiyonu dilsel açısından eşdeğerdir.
- Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi, ruhsal bozukluğu olan bireylerde kullanılabilecek geçerli bir ölçektir.
- Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi, ruhsal bozukluğu olan bireylerde kullanılabilecek güvenilir bir ölçektir.

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları göz önüne alındığında ruhsal bozukluğu olan bireylerle çalışan sağlık profesyonellerine, yöneticilere ve araştırmacılara yönelik öneriler şu şekildedir:

- Ruh sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonellerinin hastaların yaşam kalitesini belirlemek ve geliştirmek amacıyla Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'ni kullanılması,
- Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin duyarlılığının diğer genel yaşam kalitesi ölçekleri ile karşılaştırılması ve ağırlıklı toplam puan kullanımının Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin psikometrik özellikleri üzerindeki etkisinin belirlenmesi,
- Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin klinik olarak heterojen ve daha büyük bir örnekleme psikometrik özelliklerinin yeniden değerlendirilmesi,
- Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin psikometrik özelliklerinin ergenler için de incelenmesi,
- Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin klinik geçerliliğini artırmak amacıyla yorumlanmasına yardımcı olacak norm puanlarının oluşturulması,

- Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin maliyet-fayda çalışmalarında kullanımı kolaylaştırmak için tercihe dayalı bir puanlama algoritmasının geliştirilmesi önerilebilir.



7. KAYNAKLAR

- Adagide, S., & Karataş, N. (2021). Depresyon tanısı alan bireylerde fiziksel egzersizin depresif belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(2), 122-131. <https://doi.org/10.14744/phd.2021.19981>
- 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-güvenirlilik* (7. baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Anber, T., Akar, T., & Altun, M.F. (2021). Depresyon ve toplum ruh sağlığı. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 2(2), 99-103. <https://doi.org/10.54247/soyd.2021.30>
- Anyayo, L., Ashaba, S., Kaggwa, M.M., Maling, S., & Nakimuli-Mpungu, E. (2021). Health-related quality of life among patients with bipolar disorder in rural southwestern Uganda: A hospital based cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19, 1-8.
- Asan, Ö. (2019). Ruhsal hastalıklar ve damgalama; toplumda, medyada, sağlık çalışanlarda ve her yerde. *Sakarya Tıp Dergisi*, 9(2), 199-205. <https://doi.org/10.31832/smj.470300>
- Avcil, C., Bulut, H., & Sayar, G. H. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2, 175-202.
- Bal, N.B., Karslioglu, E.H., Ata, P.E., & Caykoylu, A. (2023). Internalized stigma and resistance against stigma as risk factors for suicide in individuals with schizophrenia: A cross-sectional study. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 60(2), 151-157. <https://doi.org/10.29399/npa.28184>
- Bao, L., Shi, C., Lai, J., & Zhan, Y. (2021). Impact of humanized nursing care on negative emotions and quality of life of patients with mental disorders. *American Journal of Translational Research*, 13(11), 13123-13128.
- Bat Tonkuş, M., Karataş, S., Yılmaz, S., & Kutlu, F.Y. (2022). Ruhsal bozukluğu olan bireylerde iyileşme ve iyileşme modelleri. *Journal of Medical Sciences*, 3(3), 135-143. <https://doi.org/10.46629/jms.2022.86>
- Baysan Arabacı, L., Büyükbayram, A., Aktaş, Y., & Taşkın, N. (2018). Effects of psychoeducation applied to caregivers of patients diagnosed with chronic mental disorder on caregivers' difficulties and psychosocial adaptations. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(3), 175-185. <https://doi.org/10.14744/phd.2018.88700>

- Bekiroğlu, S. (2021). Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik damgalama: Etkileyen faktörlere ve bireyler üzerindeki etkilerine dair kavramsal bir çalışma. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 17(33), 595-618.
- Bilgen, Ç., Erdal, A., & Bilgili, N. (2020). Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni tanılı hastalara bakım verenlerin hastalığa yönelik inançları ve bakım yükleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1), 298-311. <https://doi.org/10.18863/pgy.745775>
- 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>
- Bonnín, C.D.M., Reinares, M., Martínez-Arán, A., Jiménez, E., Sánchez-Moreno, J., Solé, B., Montejo, L., & Vieta, E. (2019). Improving functioning, quality of life, and well-being in patients with bipolar disorder. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 22(8), 467-477. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyz018>
- Boylu, A.A., & Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15), 137-150.
- Brazier, J., Connell, J., Papaioannou, D., Mukuria, C., Mulhern, B., Peasgood, T., Jones, M.L., Paisley, S., O'Cathain, A., Barkham, M., Knapp, M., Byford, S., Gilbody, S., & Parry, G. (2014). A systematic review, psychometric analysis and qualitative assessment of generic preference-based measures of health in mental health populations and the estimation of mapping functions from widely used specific measures. *Health Technology Assessment*, 18(34), 1-188. <https://doi.org/10.3310/hta18340>
- Buz, S., Nazlier Keser, E.N., Mayda, F.A., Akoğlu, G. (2021). Şizofreni tanısı konulan bireylerin istihdamı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 93-108. <https://doi.org/10.18863/pgy.730177>
- Buzlu, S., & Şahin, G. (2018). Ciddi kronik ruh sağlığı bozukluklarına toplum ruh sağlığı hemşireliği yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri*, 1, 62-67.
- Ceylan, B., Günay Molu, N., Yener Özcan, F., Özcan, A., & Usta, A. (2021). Kronik psikiyatri hastalarına uygulanan atılgnlık becerileri eğitiminin hastaların benlik saygısı ve içselleştirilmiş damgalama düzeylerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(2), 167-174.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415-424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)

- Chung, M.H., Chao, J.K., Ma, M.C., & Li, R.W. (2023). Sexuality and quality of life in Eastern Taiwan people with schizophrenia. *Psychiatry Investigation*, 20(1), 1-8. <https://doi.org/10.30773/pi.2022.0097>
- Coates, J.M., Gullo, M.J., Feeney, G.F., Young, R.M., Dingle, G.A., & Connor, J.P. (2018). Alcohol expectancies pre-and post-alcohol use disorder treatment: Clinical implications. *Addictive Behaviors*, 80, 142-149.
- Commey, I.T., Ninnoni, J.P.K., & Ampofo, E.A. (2022). Coping with personal care and stigma: Experiences of persons living with schizophrenia. *BMC Nursing*, 21(1), 107. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00891-5>
- Connell, J., Carlton, J., Grundy, A., Taylor, B.E., Keetharuth, A.D., Ricketts, T., Barkham, M., Robotham, D., Rose, D., & Brazier, J. (2018). The importance of content and face validity in instrument development: Lessons learnt from service users when developing the recovering quality of life measure (ReQoL). *Quality of Life Research*, 27(7), 1893-1902. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1847-y>
- Connell, J., O'Cathain, A., & Brazier, J. (2014). Measuring quality of life in mental health: Are we asking the right questions? *Social Science & Medicine*, 120, 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.026>
- Cüceler, S., Yilmaz, M., & Türkleş, S. (2022). Madde bağımlısı bireylerin yaşadığı psikososyal sorunlar, uygulanan kanıt temelli müdahaleler ve hemşireliğin rolü. *Bağımlılık Dergisi*, 23(1), 105-110. <https://doi.org/10.51982/bagimli.958710>
- Çalışkan, M.B., Ata, E.E., & Dikeç, G. (2021). Psikiyatri hemşireleri tarafından şizofreni tanılı hastalara uygulanan psikososyal rehabilitasyon programları: Sistemik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 77-92. <https://doi.org/10.18863/pgy.722120>
- Degnan, A., Berry, K., Humphrey, C., & Bucci, S. (2021). The relationship between stigma and subjective quality of life in psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 85, 102003. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102003>
- Delespaul, P.A. (2015). Routine outcome measurement in the Netherlands—a focus on benchmarking. *International Review of Psychiatry*, 27(4), 320–328. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1045408>
- Derogatis, L.R. (1992). The brief symptom inventory-BSI administration, scoring and procedures manual-II. USA, Clinical Psychometric Research Inc.
- Doğan, İ., & Doğan, N. (2019). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan içerik geçerliliğine genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Biyoistatistik Dergisi*, 11(2), 143-151.

- Dolan, P. (1997). Modeling valuations for EuroQol health states. *Medical Care*, 35(11), 1095–1108.
- Edisan, Z., & Kadioğlu, F. (2013). Yaşam kalitesi kavramının antik dönemdeki öncülleri. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 3(3), 1-4.
- Engin, E. & Durmuş, T. (2023). Bipolar bozuklukta öz-yönetim ve psikiyatri hemşireliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 39(2), 271-277.
- Enzing, J.J., van Krugten, F.C.W., Sabat, I., Neumann-Bohme, S., Boer, B., Knies, S., Brouwer, W.B.F., & Consortium, E. (2022). Psychometric evaluation of the mental health quality of life (MHQoL) instrument in seven European countries. *Health Quality of Life Outcomes*, 20(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02041-6>
- Enzing, J.J., Knies, S., Boer, B., Brouwer, & W.B.F. (2021). Broadening the application of health technology assessment in the Netherlands: a worthwhile destination but not an easy ride? *Health Economics, Policy, and Law*, 16(4), 440-456. <https://doi.org/10.1017/S1744133120000237>
- Erdoğan, S., Nahcivan, N., & Esin, N. (2020). *Hemşirelikte araştırma: süreç uygulama ve kritik* (4. baskı). Nobel Tıp Kitapevleri.
- Erkorkmaz, Ü., Etikan, İ., Demir, O., Özdamar, K., & Sanisoğlu, S.Y. (2013). Confirmatory factor analysis and fit indices: Review. *Turkey Clinics Journal of Medical Sciences*, 33(1), 210–223. <https://doi.org/10.5336/medsci.2011-26747>
- Eser, E., Dinç, G., Cambaz, S., Özyurt, B., Nesanur, N., Şerifhan, M., Pala, T., Baysan, P., & Deveci, S. (2007). EURO-QoL (EQ-5D) indeksinin toplum standartları ve psikometrik özellikleri: Manisa kent toplumu örnekleme. 2. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kitabı* (s. 139). İzmir: Meta Basımevi.
- EuroQol Group. (1990). EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2015). *Quality of life: The assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes* (3rd ed.). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118758991>
- Fumincelli, L., Mazzo, A., Martins, J.C.A., & Mendes, I.A.C. (2019). Quality of life and ethics: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 26(1), 61-70. <https://doi.org/10.1177/0969733016689815>

- Hair Jr, J.F, Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2018). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Pearson, Prentice Hall: New Jersey.
- Hajiyeva, G., Çakmak, S., Tamam, L., Karaytuğ, M.O., Demirkol, M.E., Namli, Z., & Aktaş, S. (2022). The relationship of neurocognitive impairment and quality of life in patients diagnosed with schizophrenia. *Osmangazi Journal of Medicine*, 44(6), 829-838. <https://doi.org/10.20515/otd.1097490>
- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J.R., Andersen, M.H., Beisland, E., Borge, C.R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T.A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V.A., Larsen, M.H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L.G., Moons, P., ... & Helseth, S. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*, 28(10), 2641-2650. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>
- 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>
- Hu, L.T., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- International Test Commission (ITC). (2018). Guidelines for translating and adapting tests. *International Journal of Testing*, 18(2), 101–134. <http://dx.doi.org/10.1080/15305058.2017.1398166>
- Ishii, Y., Tomotake, M., Chiba, S., Tsutsumi, R., Aono, M., & Taguchi, K. (2022). Relationship between quality of life and clinical factors in inpatients with schizophrenia. *The Journal of Medical Investigation*, 69(1.2), 80-85. <https://doi.org/10.2152/jmi.69.80>
- Işık, I., Savaş, G., & Kılıç, N. (2019). Şizofreni hastalığına sahip bireylerin çalışma hayatı konusunda yaşadıkları güçlükler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 399-408.
- İçel, S., & Aydoğan, A. (2022). Kronik ruhsal hastalıklarda bakım veren yükünün gözden geçirilmesi. *Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 15-20. <https://doi.org/10.51261/yiu.2022.00040>
- Kahya, Y. (2020). Gençlerin yaşam kalitesi ve gelecek beklentileri. *Business & Management Studies: An International Journal*, 8(1), 950-968.
- Karaağaç Özçelik, E., & Yıldırım, A. (2018). Family environment, internalized stigma and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(2), 80-87. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.07088>

- Karaağaç, H., & Çalık Var, E. (2019). Şizofreni hastaların bakım verenlerin bakım yüklerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 22, 16-26. <https://doi.org/10.5505/kpd.2018.60783>
- Karaytuğ, M.O., Tamam, L., Demirkol, M.E., & Namlı, Z. (2022). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda tedaviye uyum ve ilişkili faktörler. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 31(1), 21-27.
- Keetharuth, A.D., Rowen, D., Bjorner, J.B., & Brazier, J. (2021). Estimating a preference based index for mental health from the recovering quality of life measure: Valuation of recovering quality of life utility index. *Value in Health*, 24(2), 281–90. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2020.10.012>
- Keetharuth, A.D., Taylor, B.E., Acquadro, C., Conway, K., Connell, J., Barkham, M., Carlton, J., Ricketts, T., Barber, R., & Brazier, J. (2018). Integrating qualitative and quantitative data in the development of outcome measures: The case of the recovering quality of life (ReQoL) measures in mental health populations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1342. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071342>
- Khafif, T.C., Belizario, G.O., Silva, M., Gomes, B.C., & Lafer, B. (2021). Quality of life and clinical outcomes in bipolar disorder: An 8-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 278, 239-243. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.061>
- Kılıç, A., Yılmaz, S., & Aktaş, A. M. (2020). Comparison of the quality of life and perceived social support of individuals with mental health disorders living in a nursing home and with family. *Journal of Psychiatric Nursing*, 11(2), 115-123. <https://doi.org/10.14744/phd.2020.79553>
- Koçak, Z., & Taylan, H.H. (2018). Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi. *The Journal of Academic Social Science*, 78, 621-640. <https://doi.org/10.16992/ASOS.14138>
- Komatsu, H., Ono, T., Onoguchi, G., Tomita, H., & Kakuto, Y. (2021). Mediating effects of self-stigma and depression on the association between autistic symptoms and recovery in patients with schizophrenia-spectrum disorders: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 464.
- Lin C., Wan, X., Zhang, R., Yang, X., & Liu, Y. (2023). Quality of life and its influencing factors in patients with schizophrenia. *Journal of Central South University Medical sciences*, 48(3), 472-480.
- Malhi, G.S., & Mann, J.J. (2018). Depression. *The Lancet*, 392(10161), 2299-2312. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31948-2)

- Meydan, C.H., & Şeşen, H. (2015). *Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları* (2. baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Mulhern, B., Mukuria, C., Barkham, M., Knapp, M., Byford, S., Soeteman, D., & Brazier, J. (2014). Using generic preference-based measures in mental health: Psychometric validity of the EQ-5D and SF-6D. *The British Journal of Psychiatry*, 205, 236–243. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.122283>
- Mustafaoğlu, R., Mutlu, E.K., Mutlu, C., Çiftçi, A., & Özdiñler, A.R. (2020). Madde kullanım bozukluğunun ergenlerde anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesine etkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 21(4), 308-316.
- Öztürk, O., & Uluşahin, M. (2020). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (16. baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, S., Altan Sarıkaya, N., & Öz, S. (2021). Comparison of disability and social functionality levels and subjective recovery perceptions of the patients received and did not receive service from community mental health center. *Journal of Psychiatric Nursing*, 12(1), 1-8. <https://doi.org/10.14744/phd.2020.08379>
- Papaioannou, D., Brazier, J., & Parry, G. (2011). How valid and responsive are generic health status measures, such as EQ-5D and SF-36, in schizophrenia? A systematic review. *Value in Health*, 14(6), 907–920. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.04.006>
- Papaioannou, D., Brazier, J., & Parry, G. (2013). How to measure quality of life for cost-effectiveness analyses of personality disorders: A systematic review. *Journal of Personality Disorders*, 27(3), 383-401. https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_075
- Piontek, A., Szea, J., Blachut, M., & Badura-Brzoza, K. (2019). Sexual problems in the patients with psychiatric disorders. *Wiadomosci Lekarskie*. 72(10), 1984-1988.
- Pitsillou, E., Bresnehan, S.M., Kagarakis, E.A., Wijoyo, S.J., Liang, J., Hung, A., & Karagiannis, T.C. (2020). The cellular and molecular basis of major depressive disorder: Towards a unified model for understanding clinical depression. *Molecular Biology Reports*, 47(1), 753-770. <https://doi.org/10.1007/s11033-019-05129-3>
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2020). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

- Rabelo, J.L., Cruz, B.F., Ferreira, J.D.R., Viana, B.M., & Barbosa, I.G. (2021). Psychoeducation in bipolar disorder: A systematic review. *World Journal of Psychiatry*, 11(12), 1407-1424. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i12.1407>
- 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>
- Rhee, T.G., & Rosenheck, R.A. (2019). Does improvement in symptoms and quality of life in chronic schizophrenia reduce family caregiver burden? *Psychiatry Research*, 271, 402-404. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.005>
- Saarni, S.I., Viertio, S., Perala, J., Koskinen, S., Lonnqvist, J., & Suvisaari, J. (2010). Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 386–394.
- Sahabelzamani, M., Rezaei, O., & Fattah Moghadam, L. (2020). Animal-assisted therapy on happiness and life quality of chronic psychiatric patients living in psychiatric residential care homes: A randomized controlled study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 575. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02980-8>
- Sarı, V. İ., & Kindap, A. (2018). Türkiye’de kentsel yaşam kalitesi göstergelerinin analizi. *Sayıştay Dergisi*, 108, 39-72.
- Sarraf, L., Lepage, M., & Sauvé, G. (2022). The clinical and psychosocial correlates of self-stigma among people with schizophrenia spectrum disorders across cultures: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 248, 64-78. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.08.001>
- Seçer, İ. (2018). *Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci* (2. baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Sengupta, G., & Jena, S. (2022). Psychiatric comorbidity and quality of life in patients with bipolar disorder. *Industrial Psychiatry Journal*, 31(2), 318-324. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_24_21
- Soylu, C., & Kütük, B. (2022). SF-12 Yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 33(2), 108-117. <https://doi.org/10.5080/u25700>
- Streiner D.L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99–103. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18
- Şahin, N.H., & Durak, A. (1994). Kısa semptom envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44–56.

- Şahin, Ş., & Elboğa, G. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 431-438. <https://doi.org/10.17826/cumj.461779>
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik*. Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Tabachnick, B.G., & Fidel, L.S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Tavşancıl, E. (2019). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi* (6. baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- van Krugten, F.C.W., Busschbach, J.J.V., Versteegh, M.M., Hakkaart-van R.L., & Brouwer, W.B.F. (2022). The mental health quality of life questionnaire (MHQoL): Development and first psychometric evaluation of a new measure to assess quality of life in people with mental health problems. *Quality of Life Research*, 31(2), 633-643. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02935-w>
- van Krugten, F.C.W., Feskens, K., Busschbach, J.J.V., Hakkaart-van, R.L., & Brouwer, W.B.F. (2021). Instruments to assess quality of life in people with mental health problems: a systematic review and dimension analysis of generic, domain- and disease-specific instruments. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 249. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01883-w>
- 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.). New York: Springer.
- Wang, L., Chen, Y., Hu, C. & Qin, H. (2021). Influence of family dynamics on stigma experienced by patients with schizophrenia: Mediating effect of quality of life. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 645075.
- Wang, S.C., Chen, Y.C., Chen, S.J., Lee, C.H., & Cheng, C.M. (2020). Alcohol Addiction, Gut Microbiota, and Alcoholism Treatment: A review. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(17). <https://doi.org/10.3390/ijms21176413>
- WHO. (1990). *Internationale classification of impairments, disabilities and handicaps: A manual of classifications relating to the consequences of disease*. Geneva: World Health Organization.

- WHO. (1993). *Measuring quality of life: The development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL)*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2020). *Process of translation and adaptation of instruments*. Geneva: World Health Organization.
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-9.
- Witkiewitz, K., Litten, R.Z., & Leggio, L. (2019). Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Science Advances*, 5(9), eaax4043. <https://doi.org/10.1126/sciadv.aax4043>
- Yağmur, M., Sevinçer, G.M., Kandeğer, A., & Duygu, Ç. (2018). Investigation of anxiety, depression and quality of life levels in migraine patients seeking surgical treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 22, 169-174. <https://doi.org/10.5505/kpd.2018.90377>
- Yeloğlu, Ç. H., Hocaoglu, Ç., & Bahçeci, B. (2021). Bipolar bozukluk tanısı ile izlenen hastalarda işlevsellik ve kişilik özelliklerinin koruyucu tedavi üzerine olan etkisinin incelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 31(3), 189-195.
- Yetim, B., & Çelik, Y. (2019). Depresyon hastalarında yaşam kalitesi. 3. *Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Kitabı* (s.373-381). Sakarya.
- Yıldırım, D.İ., Yıldırım, A., & Eryılmaz, M.A. (2019). Sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 325-333.
- Yıldız, M. (2021). Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 58(1), 77-82. <https://doi.org/10.29399/npa.27430>
- 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>

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: () Çalışıyor () Çalışmıyor

6. Ekonomik düzeyi: () Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla

7. Psikiyatrik tanısı:

8. Hastalık süresi: yıl

9. Mevcut hastalığın şiddeti: () Hafif () Orta () Şiddetli () Çok şiddetli

EK-2: Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi

Lütfen aşağıdaki yedi sorunun her birinde BİR kutuyu işaretleyerek BUGÜN hangi ifadelerin durumunuzu en iyi tanımladığını belirtin.

BENLİK İMAJI

- | | |
|--|--------------------------|
| Kendim hakkında çok olumlu düşünüyorum. | ☐ |
| Kendim hakkında olumlu düşünüyorum. | ☐ |
| Kendim hakkında olumsuz düşünüyorum. | ☐ |
| Kendim hakkında çok olumsuz düşünüyorum. | ☐ |

BAĞIMSIZLIK (Örneğin: seçim özgürlüğü, finansal, ortak karar alma)

- | | |
|--|--------------------------|
| Bağımsızlık seviyemden çok memnunum. | ☐ |
| Bağımsızlık seviyemden memnunum. | ☐ |
| Bağımsızlık seviyemden memnun değilim. | ☐ |
| Bağımsızlık seviyemden hiç memnun değilim. | ☐ |

RUH HALİ

- | | |
|--|--------------------------|
| Endişeli, karamsar veya depresif hissetmiyorum. | ☐ |
| Biraz endişeli, karamsar veya depresif hissediyorum. | ☐ |
| Endişeli, karamsar veya depresif hissediyorum. | ☐ |
| Çok endişeli, karamsar veya depresif hissediyorum. | ☐ |

İLİŞKİLER (Örneğin: eş, çocuk, aile, arkadaşlar)

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| İlişkilerimden çok memnunum. | ☐ |
| İlişkilerimden memnunum. | ☐ |
| İlişkilerimden memnun değilim. | ☐ |
| İlişkilerimden hiç memnun değilim. | ☐ |

GÜNLÜK AKTİVİTELER (Örneğin: iş, çalışma, ev, boş zaman aktiviteleri)

- | | |
|---|--------------------------|
| Günlük aktivitelerimden çok memnunum. | ☐ |
| Günlük aktivitelerimden memnunum. | ☐ |
| Günlük aktivitelerimden memnun değilim. | ☐ |
| Günlük aktivitelerimden hiç memnun değilim. | ☐ |

FİZİKSEL SAĞLIK

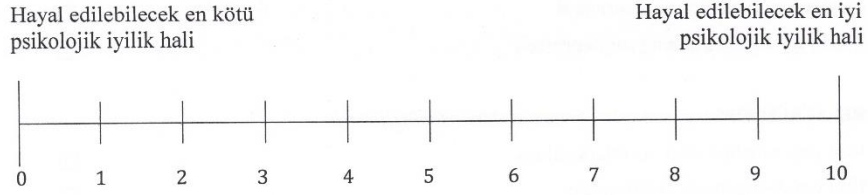
- Fiziksel sağlık sorunun yok. ☐
- Bazı fiziksel sağlık sorunlarım var. ☐
- Birçok fiziksel sağlık sorunun var. ☐
- Çok fazla fiziksel sağlık sorunun var. ☐

GELECEK

- Geleceğim hakkında çok iyimserim. ☐
- Geleceğim hakkında iyimserim. ☐
- Geleceğim hakkında karamsarım. ☐
- Geleceğim hakkında çok karamsarım. ☐

PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ

Aşağıdaki ölçekte, psikolojik iyilik halinizi nasıl değerlendirdiğinizi X ile belirtiniz. 0, hayal edilebilecek en kötü psikolojik iyilik halini temsil ederken, 10, hayal edilebilecek en iyi psikolojik iyilik halini temsil etmektedir.



EK-2: Mental Health Quality of Life Questionnaire

Please indicate below which statements best describe your situation **TODAY** by ticking **ONE** box in each of the seven subjects.

SELF-IMAGE

- I think very positively about myself ☐
- I think positively about myself ☐
- I think negatively about myself ☐
- I think very negatively about myself ☐

INDEPENDENCE *For example: freedom of choice, financial, co-decision making*

- I am very satisfied with my level of independence ☐
- I am satisfied with my level of independence ☐
- I am dissatisfied with my level of independence ☐
- I am very dissatisfied with my level of independence ☐

MOOD

- I do not feel anxious, gloomy, or depressed ☐
- I feel a little anxious, gloomy, or depressed ☐
- I feel anxious, gloomy, or depressed ☐
- I feel very anxious, gloomy, or depressed ☐

RELATIONSHIPS *For example: partner, children, family, friends*

- I am very satisfied with my relationships ☐
- I am satisfied with my relationships ☐
- I am dissatisfied with my relationships ☐
- I am very dissatisfied with my relationships ☐

DAILY ACTIVITIES *For example: work, study, household, leisure activities*

- I am very satisfied with my daily activities ☐
- I am satisfied with my daily activities ☐
- I am dissatisfied with my daily activities ☐
- I am very dissatisfied with my daily activities ☐

PHYSICAL HEALTH

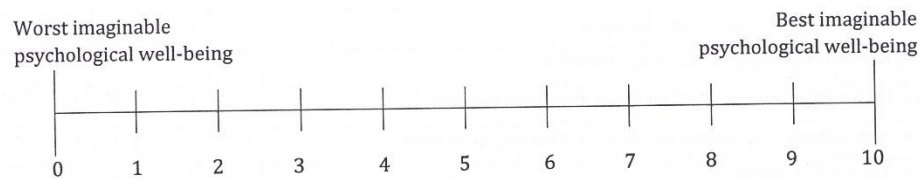
- I have no physical health problems ☐
- I have some physical health problems ☐
- I have many physical health problems ☐
- I have a great many physical health problems ☐

FUTURE

- I am very optimistic about my future ☐
- I am optimistic about my future ☐
- I am gloomy about my future ☐
- I am very gloomy about my future ☐

PSYCHOLOGICAL WELL-BEING

On the scale below, please indicate with an X how you rate your psychological well-being. 0 represents the worst imaginable psychological well-being, while 10 represents the best imaginable psychological well-being.



EK-3: EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği

A- Hareket

- 1() Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum.
- 2() Yürürken bazı güçlüklerim oluyor.
- 3() Yatalağım.

B- Öz-bakım

- 1() Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum.
- 2() Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor.
- 3() Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim.

C- Olağan aktiviteler (örneğin; iş, ev işleri, aile içi, boş zaman faaliyetleri)

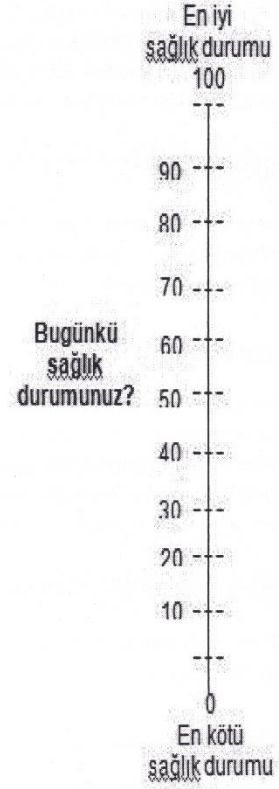
- 1() Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum.
- 2() Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor.
- 3() Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim.

D- Ağrı/rahatsızlık

- 1() Ağrı veya rahatsızlığım yok.
- 2() Orta derecede ağrı veya rahatsızlarım var.
- 3() Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlarım var.

E- Anksiyete/depresyon

- 1() Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim.
- 2() Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk.
- 3() Aşırı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk.



EK-4: Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra, o belirtinin SİZDE BUGÜN DÂHİL SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yere işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz.

MADDELER	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epey	Çok Fazla
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	()	()	()	()	()
2. Baygınlık, baş dönmesi	()	()	()	()	()
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	()	()	()	()	()
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	()	()	()	()	()
5. Olayları hatırlamada güçlük	()	()	()	()	()
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	()	()	()	()	()
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	()	()	()	()	()
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	()	()	()	()	()
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	()	()	()	()	()
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	()	()	()	()	()
11. İştahta bozukluklar	()	()	()	()	()
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	()	()	()	()	()
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	()	()	()	()	()
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	()	()	()	()	()
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	()	()	()	()	()
16. Yalnızlık hissetmek	()	()	()	()	()
17. Hüzünlü, kederli hissetmek	()	()	()	()	()
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak	()	()	()	()	()
19. Ağlamaklı hissetmek	()	()	()	()	()
20. Kolayca incinebilme, kırılmak	()	()	()	()	()
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	()	()	()	()	()
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	()	()	()	()	()
23. Mide bozukluğu, bulantı	()	()	()	()	()
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	()	()	()	()	()
25. Uykuya dalmada güçlük	()	()	()	()	()
26. Yaptığımız şeyler tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	()	()	()	()	()

27. Karar vermede güçlükler	()	()	()	()	()
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	()	()	()	()	()
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak	()	()	()	()	()
30. Sıcak-soğuk basmaları	()	()	()	()	()
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	()	()	()	()	()
32. Kafanızın “bomboş” kalması	()	()	()	()	()
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	()	()	()	()	()
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	()	()	()	()	()
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	()	()	()	()	()
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	()	()	()	()	()
37. Bedeninizin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	()	()	()	()	()
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	()	()	()	()	()
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	()	()	()	()	()
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	()	()	()	()	()
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği	()	()	()	()	()
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	()	()	()	()	()
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	()	()	()	()	()
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	()	()	()	()	()
45. Dehşet ve panik nöbetleri	()	()	()	()	()
46. Sık sık tartışmaya girmek	()	()	()	()	()
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirli hissetmek	()	()	()	()	()
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	()	()	()	()	()
49. Yerinde duramayacak kadar kendini tedirgin hissetmek	()	()	()	()	()
50. Kendini değersiz görmek	()	()	()	()	()
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	()	()	()	()	()
52. Suçluluk duyguları	()	()	()	()	()
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	()	()	()	()	()

EK-5: Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi İçin İzin Maili

Kimden: Frederique van Krugten [REDACTED]

Tarih: 24 Nisan 2022 22:37:57 GMT+3

Kime: Eda ALTINÖZ [REDACTED]

Konu: Ynt: About the Turkish validity and reability of the "The Mental Health Quality of Life Questionnaire (MHQoL)"

Dear Eda ALTINÖZ,

Thank you very much for your enquiry. I am happy to hear that the MHQoL is well received. My colleagues and I are more than willing to provide the permission to translate and evaluate the psychometric properties of the MHQoL in Turkish (note: we permit a translation, not an adaptation). As usual, the only requirement for this is that our paper is appropriately referenced (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-021-02935-w>). Would you mind keeping me updated about the project? Thank you in advance!

Kind regards,

Frédérique van Krugten
Postdoctoral researcher
Erasmus School of Health Policy & Management



EK-6: Etik Kurul Onayı

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TOPLANTI TUTANAĞI

GÜNDEM: Doç. Dr. Dilek AVCI 'nın 2022-77 numaralı başvurusunun değerlendirilmesi

KARAR: Etik Kurulumuzun 13.06.2022 tarihinde saat 14.00'te yapılan 2022-6 sayılı toplantısında Doç. Dr. Dilek AVCI danışmanlığında Hem. Eda ALTINÖZ tarafından yürütülmesi planlanan 2022-77 başvuru sayılı "**Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri**" konulu çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.

EK-7: Kurum İzni

 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ		T.C. BALIKESİR VALİLİĞİ Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü		 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	
BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ KOMİSYON DEĞERLENDİRME FORMU					
Doküman Kodu:ARGE.FR.03		Yayın Tarihi: 14.07.2016		Revizyon Tarihi/No:21.01.2020 / 02	
				Sayfa No:1/1	
ARAŞTIRMA SAHİBİNİN					
Adı Soyadı		Eda ALTINÖZ			
Kurumu / Üniversitesi		Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi			
Araştırma Yapılacak İl / İller		Balıkesir			
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri		Balıkesir Gönen Devlet Hastanesi, Balıkesir Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
Araştırmanın Konusu		Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri			
Araştırmanın Statüsü		Yüksek Lisans Tezi			
Ön İzin Formu		(x) Var () Yok			
Başvuru Belgeleri		Hastane Ön İzin Formu		(x) Var	() Yok
		Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu		(x) Var	() Yok
		Üniversite / Kurum Talebi		(x) Var	() Yok
		Araştırma Yöntemi Örneği		(x) Var	() Yok
		Kurumsal Kimlik Belgesi		(x) Var	() Yok
Veri Toplama Araçları		*Prospektif *Tanıtıcı Bilgi Formu *Kısa Semptom Envanteri *Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi *EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği			
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı		Eylül 2022- Aralık 2022			
Görüş İstenilen Birimler					
KOMİSYON GÖRÜŞÜ / KARAR					
14.09.2022 tarihinde yapılan komisyon toplantısında; Eda ALTINÖZ isimli araştırmacının " <i>Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri</i> " konulu araştırmasına ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.					
Komisyon Kararı		(x) Oy Birliği () Oy Çokluğu ile alınmıştır.			
Muhalef Üyenin Adı ve Soyadı:					
Gerekçesi:					

EK-8: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

... / ... /

Değerli Katılımcı,

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi Doç. Dr. Dilek AVCI'nın danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Eda ALTINÖZ tarafından yürütülen "Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına katılımınız 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 Eda ALTINÖZ tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

ÇALIŞMANIN AMACI

Bu araştırma, Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketi'nin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin belirlenmesi amacı ile planlanmış bir yüksek lisans tez çalışmasıdır.

PROSEDÜRLER

Bu araştırmaya gönüllü olarak katılmak istemeniz halinde yürütülecek işlemler şöyledir: Araştırma için 9 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu'nu, 7 madde ve 1 görsel analog ölçekten oluşmakta olan Ruh Sağlığı Yaşam Kalitesi Anketini, 5 madde ve 1 görsel analog ölçek içeren EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeğini ve 53 maddeden oluşan Kısa Semptom Envanterini 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 yaşam kalitesi düzeyinizin belirlenmesidir. Bunun yanı sıra ruh sağlığı sorunları olan bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesine ve geliştirilmesine yönelik araştırmaların artmasına katkı sağlayacak kısa ve kolay uygulanabilen bir ölçüm aracı Türk literatürüne kazandırılmış olacaktır.

GİZLİLİK

Veri toplama aracında sizi kişisel olarak tanımaya olanak sağlayacak herhangi bir soru bulunmamaktadır. Yanıtlarınız kimseyle 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 adresinden Eda ALTINÖZ'e başvurabilirsiniz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Araştırma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:
İmzası:
Adresi (varsa telefon no, faks no):

Açıklamaları yapan araştırmacının
Adı- Soyadı:
İmzası:

EK-9: Uzman Görüşü Formu

RUH SAĞLIĞI YAŞAM KALİTESİ ANKETİ UZMAN GÖRÜŞÜ FORMU	Çok uygun	Uygun, ancak küçük değişiklik gerekir	Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir	Uygun değil
	4	3	2	1
1. SELF-IMAGE I think very positively about myself I think positively about myself I think negatively about myself I think very negatively about myself 1. BENLİK İMAJI Kendim hakkında çok olumlu düşünüyorum. Kendim hakkında olumlu düşünüyorum. Kendim hakkında olumsuz düşünüyorum. Kendim hakkında çok olumsuz düşünüyorum.				
ÖNERİNİZ:				
2. INDEPENDENCE (<i>For example: freedom of choice, financial, co-decision making</i>) I am very satisfied with my level of independence I am satisfied with my level of independence I am dissatisfied with my level of independence I am very dissatisfied with my level of independence 2. BAĞIMSIZLIK (<i>Örneğin: seçim özgürlüğü, ekonomik özgürlük, ortak karar verme özgürlüğü</i>) Bağımsızlık seviyemden çok memnunum. Bağımsızlık seviyemden memnunum. Bağımsızlık seviyemden memnun değilim. Bağımsızlık seviyemden hiç memnun değilim.				
ÖNERİNİZ:				
3. MOOD I do not feel anxious, gloomy, or depressed I feel a little anxious, gloomy, or depressed I feel anxious, gloomy, or depressed I feel very anxious, gloomy, or depressed 3. DUYGUDURUM Endişeli, karamsar veya depresif hissetmiyorum. Biraz endişeli, karamsar veya depresif hissediyorum. Endişeli, karamsar veya depresif hissediyorum. Çok endişeli, karamsar veya depresif hissediyorum.				
ÖNERİNİZ:				

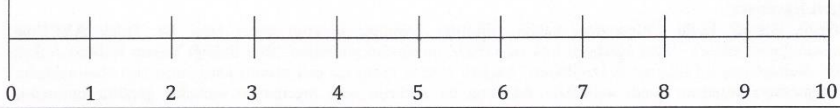
4. RELATIONSHIPS (For example: partner, children, family, friends) I am very satisfied with my relationships I am satisfied with my relationships I am dissatisfied with my relationships I am very dissatisfied with my relationships 4. İLİŞKİLER (Örneğin: eş, çocuk, aile, arkadaşlar) İlişkilerimden çok memnunum. İlişkilerimden memnunum. İlişkilerimden memnun değilim. İlişkilerimden hiç memnun değilim.				
ÖNERİNİZ:				
5. DAILY ACTIVITIES (For example: work, study, household, leisure activities) I am very satisfied with my daily activities I am satisfied with my daily activities I am dissatisfied with my daily activities I am very dissatisfied with my daily activities 5. GÜNLÜK AKTİVİTELER (Örneğin: iş, çalışma, ev, boş zaman aktiviteleri) Günlük aktivitelerimden çok memnunum. Günlük aktivitelerimden memnunum. Günlük aktivitelerimden memnun değilim. Günlük aktivitelerimden hiç memnun değilim.				
ÖNERİNİZ:				
6. PHYSICAL HEALTH I have no physical health problems I have some physical health problems I have many physical health problems I have a great many physical health problems 6. FİZİKSEL SAĞLIK Fiziksel sağlık sorunum yok. Bazı fiziksel sağlık sorunlarım var. Birçok fiziksel sağlık sorunum var. Çok fazla fiziksel sağlık sorunum var.				
ÖNERİNİZ:				
7. FUTURE I am very optimistic about my future I am optimistic about my future I am gloomy about my future I am very gloomy about my future 7. GELECEK Geleceğim hakkında çok iyimserim. Geleceğim hakkında iyimserim. Geleceğim hakkında karamsarım. Geleceğim hakkında çok karamsarım.				
ÖNERİNİZ:				

8. PSYCHOLOGICAL WELL-BEING

On the scale below, please indicate with an X how you rate your psychological well-being. 0 represents the worst imaginable psychological well-being, while 10 represents the best imaginable psychological well-being.

Worst imaginable
psychological well-being

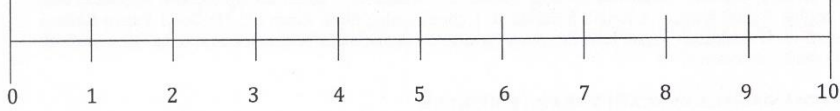
Best imaginable
psychological well-being

**8. PSİKOLOJİK İYİLİK HALİ**

Aşağıdaki ölçekte, psikolojik iyilik halinizi nasıl değerlendirdiğinizi X ile belirtiniz. 0 hayal edilebilecek en kötü psikolojik iyilik halini temsil ederken, 10 hayal edilebilecek en iyi psikolojik iyilik halini temsil etmektedir.

Hayal edilebilecek en kötü
psikolojik iyilik hali

Hayal edilebilecek en iyi
psikolojik iyilik hali



ÖNERİNİZ:

EK-10: Uzman Listesi

1	Prof. Dr. Gül ÜNSAL
2	Prof. Dr. Selma SABANCIOĞULLARI
3	Prof. Dr. Döndü ÇUHADAR
4	Doç. Dr. Latife UTAŞ AKHAN
5	Doç. Dr. Songül DURAN
6	Doç. Dr. Sibel ARGUVANLI ÇOBAN
7	Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR
8	Doç. Dr. Elvan Emine ATA
9	Doç. Dr. Yüksel CAN ÖZ
10	Dr. Öğretim Üyesi Şenay AKPINAR
11	Dr. Öğretim Üyesi Esin CERİT
12	Dr. Öğretim Üyesi Elçin BABAOĞLU
13	Dr. Öğretim Üyesi Selda POLAT
14	Dr. Öğretim Üyesi Sevecen ÇELİK İNCE
15	Öğretim Görevlisi Nurcan DÜZGÜN

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Eda ALTINÖZ
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: Türkiye Cumhuriyeti
EĞİTİM	
Lise	: Necmi Asfuroğlu Anadolu Lisesi
Lisans	: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Yüksek lisans	: Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: B3
Arapça	: Basit Düzey
MESLEKİ DENEYİM	
- Hemşire, Özel Antakya Akademi Hastanesi, 10.2019-12.2019	
- Hemşire, Gönen Devlet Hastanesi, 2020- devam ediyor	
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
-Türk Hemşireler Derneği	
YAYINLARI	
- Altınöz E , Avcı D. Quality of life in individuals with mental disorder, International Congress on Natural & Medical Sciences Full Texts Book, 02-04 September 2022, İzmir, Türkiye (Oral Presentation).	