

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRİZE MÜDAHALE DÜZEYİ BELİRLEME
ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI

Hemşirelik Programı

Yüksek Lisans Tezi

Gül SAKARYA OFLU

DANIŞMAN
Doç. Dr. Şeyda DÜLGERLER

İZMİR
2015



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRİZE MÜDAHALE DÜZEYİ BELİRLEME
ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI

Hemşirelik Programı

Yüksek Lisans Tezi

Gül SAKARYA OFLU

DANIŞMAN
Doç. Dr. Şeyda DÜLGERLER

İZMİR

2015

III

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMASI
SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin Adı-Soyadı :Gül SAKARYA OFLU
Anabilim Dalı :Psikiyatri Hemşireliği
Programın Adı :Psikiyatri Hemşireliği
Tezin Başlığı :Kriz Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Sınavın Tarihi ve Saati : 23.06.2015, saat: 13.30
Sınavın Yapıldığı Yer : Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Jüri tarafından; Oy Birliği ile

-
- ☐ tezi kabul edilmiş ve başarılı bulunmuştur.
☐ tezinde düzeltme gerektiğine karar verilmiştir.
(Bu durumda öğrenci en geç altı ay içinde gerekli düzeltmeyi yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur.)
☐ tezi reddedilmiştir.

Jüri Başkanı

Doç. Dr. Şeyda DÜLGERLER

(Danışman)

Jüri Üyesi

Doç. Dr. Esra ENGİN

Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde bilgi birikimi ve hoşgörüsüyle bana destek olan değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Şeyda DÜLGERLER'e katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Manisa ili Krize Müdahale Birimlerinde bu çalışmayı gerçekleştirmeme olanak sağlayan Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne ve tezim için gerekli her türlü bilgi ve birikimini esirgemeyen Manisa ili Krize Müdahale Birim sorumlusu Dr. Önder Yıldırım ve ekibine teşekkür ederim.

Niceliksel verilerin değerlendirilmesinde yardımlarını esirgemeyen Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bioistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı öğretim elemanı Arş. Gör. Hatice ULUER'e teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca bizlere emek veren, yön veren Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı çok değerli öğretim üyelerine teşekkürü bir borç bilirim.

Son olarak, bu zorlu süreçte yüreğime ışık olan minik kızım Gökçe OFLU ve eşim Musa OFLU' ya, karşılaştığı zorlu kriz dönemlerini güçlenerek atlatmayı başaran, varlığı ile gurur duyduğum, değerli anneme ve rahmetli babama, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen kardeşlerime sonsuz teşekkür ederim.

İZMİR, 2015

Gül SAKARYA OFLU

ÖZET

KRİZE MÜDAHALE DÜZEYİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Araştırma, krize müdahale düzeyini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği (KMDBÖ)'nin geçerlik ve güvenirliğini saptamak amacıyla, metodolojik tipte planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırmanın evrenini, Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Krize Müdahale Birimleri'ne çalışmanın yapıldığı tarihte başvuran ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden 110 kişi oluşturmuştur. Araştırmada ayrıca bir örneklem seçme yöntemine başvurulmamıştır.

Çalışmada veri toplama aracı olarak; Tanıtıcı Bilgi Formu, Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği (KMDBÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır.

Ölçeğin kapsam geçerliği için Lawshe tekniği kullanılarak 23 maddelik ilk form oluşturulmuştur.

KMDBÖ'in geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, kapsam geçerlik indeksi (KGİ) 0,90, BDÖ ile olan uyum geçerliliği 0,789, iç tutarlılığı belirleyen *Cronbach Alpha katsayısı* 0,916 ve Maddeler Arası Korelasyon Katsayıları' nın pozitif işaretli olduğu, Madde-Toplam Korelasyon puanının 0,32 ile 0,82 arasında değiştiği görülmüştür.

Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği, Açıklayıcı Faktör Analizi neticesinde 2 faktörden oluştuğu görülmüştür. Ölçeğin her bir boyutunda yer alan maddeler göz önünde bulundurularak: Birinci faktör **“Bakım düzeyinin tayin edilmesi”**, ikinci faktör **“Risk durumunun belirlenmesi ”**, olarak isimlendirilmiştir.

Bu veriler doğrultusunda, *Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği*'nin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Krize Müdahale, Ölçek, Geçerlik ve Güvenirlik

ABSTRACT

STUDY ON VALIDITY AND RELIABILITY OF SCALE TO DETECT LEVEL OF INTERVENTION TO THE CRISIS

The study was planned and applied in methodological type in order to determine validity and reliability of the Scale to Determine the Level of Crisis Intervention (SDLCI) developed by the investigator to determine the level of crisis intervention.

The sample of the study consisted of 110 individuals who applied to Crisis Intervention Teams affiliated to the General Secretary of the Public Hospitals of Manisa at the date on which the study was performed and agreeing to participate voluntarily in the study. Sample selection was considered as unnecessary in the study.

Informative Data Sheet, Scale to Determine the Level of Crisis Intervention (SDLCI), and Beck's Depression Scale (BDS) were used as data collecting tool in the present study.

A form of 23 items was created to determine content validity of the scale by using Lawshe's technique.

In validity and reliability evaluation of the SDLCI, it was found that content validity index (CVI) was 0,90, concordance validity with the BDS was 0,789, *Cronbach's alpha* co-efficient giving the internal consistency was 0,916 and that Item-Total correlation score for which inter-item correlation co-efficients were marked positively ranged between 0,32 and 0,82.

As a consequence of exploratory factor analysis, the Scale to Determine the Level of Crisis Intervention (SDLCI) was seen to consist of 2 items. Considering the items in each domain of the scale, the first factor was named “*Determination of caring level*”, the second factor “**Determination of risk condition**”. Based on these data, it was concluded that the Scale to Determine the Level of Crisis Intervention (SDLCI) was a valid and reliable scale

Keywords: Intervention to crisis, scale, validity and reliability

İçindekiler

Sayfa No.

Tez Değerlendirme Kurulu Sayfası	IV
Önsöz	V
Özet	VI
Abstract	VII
İçindekiler	VIII
Tablolar Dizini	XII
Grafikler Dizini	XIII
Kısaltmalar Listesi	XIV

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1.Araştırmanın Önemi ve Amacı	3
1.2. Hipotezler.....	4
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
1.4. Tanımlar	5
1.5. Genel Bilgiler	6
1.5.1. Krizin Tanımı	7
1.5.1.1. Travmatik Krizler	8
1.5.1.2. Gelişimsel Krizler	8
1.5.2. Krizin Evreleri	9
1.5.2.1. İlk Etki Evresi	9
1.5.2.2. Baş Etme Evresi	10
1.5.2.3. Geri Çekilme/ Adaptasyon Evresi	10
1.5.3. Kriz ve Krize Müdahaleye İlişkin Üç Temel Yaklaşım.....	11
1.5.3.1. Denge Yaklaşımı (L.L.Smith -1974)	11
1.5.3.2. Bilişsel Yaklaşımı (J.R.Taplin-1971)	11
1.5.3.3. Psikososyal Yaklaşım (C.M. Parkes 1971)	11
1.5.4. Krize Müdahale.....	12
1.5.4.1. Krize Müdahalenin Yapılandırılması	16
1.5.5. Krize Müdahalede Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları.....	19

BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
2. 1. Araştırmanın Tipi	23
2.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer	23
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
2. 4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları ve Yöntemleri	23
2.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	24
2.4.1.1.Tanıtıcı Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri	24
2.4.2.Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ)	24
2.4.3. Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği(KMDBÖ)	25
2.5. KMDBÖ'nin Geliştirilmesinde Kullanılan Yöntemler	27
2.5.1. Ölçeğin Geçerliği	27
2.5.1.1. Kapsam Geçerliği	27
2.5.1.2. Yüzey Geçerliği	30
2.5.1.3.Uyum Geçerliği	30
2.5.1.4. Yapı Kavram Geçerliği.....	31
2.5.2. Ölçeğin Güvenirliği	36
2.5.2.1. İç Tutarlık Güvenirliği.....	36
2.5.2.2. Korelasyon Analizi	37
2.6. Süre ve Olanaklar	37
2.7. Etik Açıklamalar	38

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. Krize Müdahale Birimlerine Başvuran Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	39
3.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Kriz Merkezlerine Başvuru Nedenleri ve KMDBÖ Puan Ortalaması Dağılımı.....	42
3.3. KMDBÖ'nin Geçerlik ve Güvenirlik Değerlendirilmesi.....	42
3.3.1. KMDBÖ' in Geçerlik Değerlendirmesi	42
3.3.1.1. Kapsam Geçerliği	42

3.3.1.2. Yüzey Geçerliği	43
3.3.1.3. Uyum Geçerliği	45
3.3.1.4. Yapı Geçerliği.....	46
3.3.2. KMDBÖ'nin Güvenirlik Değerlendirmesi	53
3.3.2.1. Cronbach Alpha	53
3.3.2.2. Korelasyon Analizi	54

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....	57
4.2. Bireylerin Krize Müdahale Merkezine Başvuru Sebeplerinin İncelenmesi.....	59
4.3. KMDBÖ'nin Geçerlik ve Güvenirlik Değerlendirilmesi.....	60
4.3.1. KMDBÖ Geçerlik Değerlendirmesi... ..	60
4.3.1.1. Kapsam Geçerliği	60
4.3.1.2. Yüzey Geçerliği.....	61
4.3.1.3. Uyum Geçerliği	61
4.3.1.4. Yapı Kavram Geçerliği	62
4.3.2. KMDBÖ Güvenirlik Değerlendirmesi	64
4.3.2.1. Cronbach Alpha	64
4.3.2.2. Korelasyon Analizi	65

BÖLÜM V

SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Sonuç.....	67
5.2. Öneriler	71

BÖLÜM VI

YARARLANILAN KAYNAKLAR.....	72
-----------------------------	----

EKLER

EK-I.

EK-II.

EK III.

EK IV.

EK V.

EK VI.

EK VII.

EK VIII.

ÖZGEÇMİŞ



Tablolar Dizini

Sayfa No.

Tablo 2.1:	Lawshe Minimum Kapsam Geçerlik Ölçütleri	27
Tablo 2.2:	Uyum Geçerliği Nitelendirmeleri	30
Tablo 2.3:	KMO için Nitelendirmeler	33
Tablo 2.4:	Cronbach's Alfa Katsayısı Nitelendirmeleri	36
Tablo 2.5:	Korelasyon Katsayılarının Yorumu	36
Tablo 3.6:	Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	38
Tablo 3.7:	Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği	44
Tablo 3.8:	KMDBÖ ile BDÖ'nin Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Uyum analizi Sonuçları	47
Tablo 3.9:	KMDBÖ Açıklanan Toplam Varyans ve Özdeğerler	50
Tablo 3.10:	KMDBÖ' deki Değişkenlerin (Maddelerin) Faktör Yükleri	52
Tablo 3.11:	KMDBÖ Alt Boyutları	54
Tablo 3.12:	KMDBÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Alfa Güvenirlik Katsayıları	55
Tablo 3.13:	KMDBÖ'nin Maddeler Arası ve Maddeler Toplamı Puan Korelasyon Analizi Sonuçları	57

Grafikler Dizini

Sayfa No

Grafik 3.1: KMDBÖ'nin Puan Ortalaması Dağılımı.....	43
Grafik 3.2: KMDBÖ'nin Faktör Analizi Yamaç Eğim Grafiği.....	49



Kısaltmalar Listesi

BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlik Oranı
KGÖ	: Kapsam Geçerlik Ölçütü
KMDBÖ	: Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği
KMO	: Kaiser-Mayer-Olkin
N	: Maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısı
NG	: Maddeye gerekli diyen uzman sayısı
SGKÖ	: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği
Ss	: Standart Sapma
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

BÖLÜM I

GİRİŞ

Dünyamızda hızla değişen yaşam koşulları bireyleri ve toplumları derinden etkilemektedir. Bu hızlı değişimler ülkemizde de yaşanmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkeler arasında yer aldığımız gerçeği içinde birey daha da zor koşulları göğüslemek zorunda kalmaktadır. Toplumsal değişim sürecinde değişikliklere uyum sağlamak, pek çok değişkeni içinde barındıran bir durum olup bireyler için kriz potansiyeli oluşturmaktadır (42, 46).

Tüm dünya da olduğu gibi ülkemizde de travmatik yaşantılar günümüzde insan yaşamını ciddi boyutlarda zorlamaktadır. Bireyler bir hastalık, sevilen birinin ölümü, boşanma ve bunun gibi yaşam sürecinde olağan ancak bireysel düzeyde fırtınalı dönemlerden geçer. Bunun yanı sıra doğal gelişme süreci içerisinde ergenlik, orta yaş ve yaşlılık gibi dönemlerde de yeni gelişen duruma uyum için zorlanırlar. Ayrıca trafik kazaları ve bunların bedensel ve duygusal boyuttaki travmatik etkileri ile baş etmek durumunda kalmaktadırlar. Doğal afetlerde bir travmatik nedendir. Çeşitli ortamlarda çeşitli boyutlarda çıkan şiddet olayları, saldırganlık, terör, işkence ve aile içi şiddet, savaşlar yine insanlığı zorlayan diğer travmatik yaşantıları ifade eden kriz durumlarıdır. Kriz teorisi ve krize müdahalenin tanımlanması ve geliştirilmesi alanında öncü isimlerden olan Caplan'ın(1964) kriz tanımı hala geçerliğini korumaktadır. Caplan, krizi alışılmış davranış ve baş etme yöntemlerinin yetersiz kalması olarak tarif etmiştir. Günümüzde kriz ICD- 10 tanı kriterleri doğrultusunda, özellikle ağır stres tepkisi ve uyum bozuklukları çerçevesinde değerlendirilir (47, 55).

Kriz, bir olay veya duruma bağlı olarak ortaya çıkan, bireyin başa çıkma becerilerini geçici olarak geçersiz kılan, yoğun bir belirsizliğin yaşandığı karmaşık bir dönemi anlatır. Çoğunlukla bireysel beceri ve sosyal destek sistemlerinin harekete geçmesiyle sorunlar çözülür. Ancak % 10-20 oranında bireylerde kriz durumu ortaya çıkmaktadır (46).

Kriz durumlarında birey yaşadığı ve peş peşe gelen güçlüklerle baş etmekte zorlanır. Kendini çözümsüz, çaresiz ve umutsuz hisseder. Gerekli müdahale

yapılmazsa depresyon, intihar, alkol-madde bağımlılığı gibi ruhsal ve sosyal yaşamı altüst eden sonuçlar görülebilir. Oysa bu dönemdeki bir profesyonel destekle sağlıklı yaşama geri dönüş ve eskiden beri süregelen dengeleri yakalamak mümkün olacaktır. Kısaca zorlu günlerden geçerken ortaya çıkan kriz dönemlerindeki destekler ve krize müdahale, yerleşik bir ruhsal hastalık ortaya çıkmadan önce alınan bir önlem olarak, koruyucu ruh sağlığı hizmeti anlamında toplumun ruh sağlığına katkıda bulunan bir yaklaşım modelidir (52, 48, 53).

İntihar girişimleri ve intihar kriz durumunda ortaya çıkabilen en önemli sorunlardan biridir. İntihar girişimlerinde ruhsal bozuklukların önemli bir etken olduğu bilinmekle birlikte araştırmalar günlük yaşam olaylarının, çözümsüzlüklerin de en az ruhsal bozukluklar kadar intihar girişimlerinde etkili olduğunu göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2013 verileri incelendiğinde Türkiye’ de intihar oranlarının % 53,8’inin nedeni bilinmemektedir. Ancak diğer intihar nedenleri kendi içinde incelendiğinde % 16,1’i hastalık, % 9,3’ü aile geçimsizliği, % 6,9’u geçim zorluğu, % 3,3’ü hissi ilişki ve istediği ile evlenememe, % 1,9’u ticari başarısızlık, % 0,5’i öğrenim başarısızlığı olduğu görülmektedir (11, 29, 66).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, 2007 yılında 2793 kişi, 2008 yılında 2816 kişi, 2009 yılında 2893 kişi, 2010 yılında 2933 kişi intihar sebebiyle hayatını kaybetmiştir. Dünya’da ise her 40 saniyede bir kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Türkiye’de tamamlanmış intihar hızı diğer Avrupa ülkelerine ve ABD’ ye göre daha düşüktür. Fakat son 10 yıl içinde intihar hızlarında dikkat çekici bir artış olmuştur. Bu nedenle Dünya’da olduğu gibi Türkiye’de Kriz ve Krize Müdahale konuları son yıllarda hızla önem kazanmıştır (10, 29).

Caplan 1960’lı yıllarda gereksiz hastane yatışlarını önlemek amacı ile sosyal psikiyatrik anlayışla kriz ve krize müdahale alanındaki çalışmalara öncelik vermiştir. Yine bu yıllarda ABD’ de ve Avrupa’da hastaların tedavilerinin, psikiyatri klinikleri yerine kendi aile ve sosyal çevrelerinde yürütülmesi temeline dayanan sosyal psikiyatrik yaklaşımın gelişmeye başlaması ile birlikte krize müdahalenin önemi artmıştır. Böylece 60’lı yıllarda ABD’de “emergency room” kavramı oluşmuştur. Bunu takiben ABD’de 70’li yıllarda da Avrupa’da kriz ve krize müdahale merkezleri açılmıştır. Bugün ABD’de birçok ruh sağlığı merkezine bağlı olan 1400’ ün üzerinde kriz merkezi bulunmaktadır. Bunun ötesinde hastane acil servislerinde veya

psikiyatrik acil servis merkezlerinde birçok krize müdahale servisi bulunmaktadır. İngiltere, Almanya, İsveç, İsviçre ve Avusturya’da edinilen tecrübeler neticesinde bu merkezler günümüzde Avrupa’da psikiyatrinin vazgeçilmez birimleri haline gelmişlerdir (8, 29, 53, 54).

Ülkemizde ilk Krize Müdahale Merkezi 1989 yılında kurulmuştur sonrasında 2007 yılında acil servislerde İntihar Vakalarına Psikososyal Destek ve Krize Müdahale programı kapsamında 34 ilde bazı hastanelerin acil servislerinde krizemüdahale birimleri açılmıştır. Bu birimler bugün 50 farklı ilde hizmet vermektedir (15, 62).

1.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı

Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği (KMDBÖ)’nin ruh sağlığı hemşiresinin kriz olgusunu mesleki bakım standartları doğrultusunda değerlendirme ve hemşirelik müdahalelerini planlama aşamalarında önemli bir yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Kriz yaşayan kişilerin klinik değerlendirmesi, sağlık çalışanlarının karşılaştıkları en zorlu süreçlerden biridir. Krize müdahale düzeyini belirleme kriz yaşayan kişilere triaj uygulamanın ve girişimde bulunmanın merkezinde yer almaktadır (45).

Krize müdahale stratejilerinin kullanımında son yirmi yıl içerisinde ciddi bir artış söz konusudur. Ancak krize müdahale alanında kullanılabilecek krize müdahale düzeyini belirleme aracı geliştirmede mevcut araştırmalar yetersiz kalmıştır. Bu durum kısmen, kriz kavramının tanımsal belirsizliğinden kaynaklanmaktadır. Kriz yaşayan kişilerin klinik değerlendirilmesi bu alanda görev yapan ruh sağlığı çalışanlarının karşılaştıkları en zor süreçlerden biridir.(31, 45).

Bu güne kadar dünyada krize müdahale düzeyini belirlemeye yönelik olarak çok sayıda ölçüm aracı geliştirilmiştir. Var olan ölçüm araçlarının çoğu da psikometrik olarak ciddi kısıtlılıklara sahiptir. Ölçüm araçları büyük ölçüde örnek olgulara dayandırılarak oluşturulmuştur (31,35, 45, 64).

Benglesdorf, Levy, Emerson ve Barile (1984) psikiyatrik acil durumlarda kullanılmak üzere Kriz Triaaj Derecelendirme Skalası (CTRS) geliştirmişlerdir fakat CTRS'nin kullanım alanı çok kısıtlı olmuştur (45).

Myer, Wişşims, Ottens ve Schmidt (1992) ise kriz yönetimi için duygudurum, davranışsal, bilişsel buyutlara dayanan teorik bir model olan Triaaj Değerlendirme Formunu geliştirmişlerdir. Bu ölçüm aracının da geçerlilik ve güvenilirliği çok sınırlıdır (45,54)

Son önemli ölçüm aracı ise kendi başına bir kriz ölçüm aracı olmayan Amerikan Toplum Psikiyatri Derneği tarafından geliştirilen LOTUS (Level of Care Utilization System) bakım düzeyi kararlarının belirlenmesi için yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Fakat LOTUS, herhangi bir test geliştirme yöntemine göre değil bir dizi prensibe göre geliştirilmiştir. Güvenilirlik, bu alanda çalışan uzmanlar arasındaki uzlaşmayla sınırlıdır. Ayrıca bu ölçüm aracının uzunluğu, içeriği ve karmaşıklığından dolayı klinisyenler için pratik uygulama alanı oldukça kısıtlıdır (35, 45).

Özet olarak, krize müdahale düzeyi belirleme konusunda bir ölçüm protokolüne ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmanın amacı bu doğrultuda, Krize Müdahale Düzeyini Belirleme Ölçeği (KMDBÖ)'nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasıdır.

1.2. Hipotezler

H1:Krize müdahale düzeyini belirlemek için araştırmacı tarafından geliştirilen KMDBÖ geçerli bir ölçektir.

H2: Krize müdahale düzeyini belirlemek için araştırmacı tarafından geliştirilen KMDBÖ güvenilir bir ölçektir.

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Çalışmanın yürütüldüğü tarihte, Manisa Devlet Hastanesi, Salihli Devlet Hastanesi ve Akhisar Mustafa Kirazoğlu Devlet Hastanesi Krize Müdahale Birimleri'ne başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişiler,
- 18 yaşından büyük erişkinler,

- Travmatik krizler ile sınırlıdır.

1.4. Tanımlar

Kriz: Beklenmedik belirlenebilen bir olayın algısından hemen sonra başlayan tahammül edilemeyen, daha önce çözülen problem çözme yöntemleri ile çözülemeyen, birden bire gerilimde bir artışa, bilişsel, duygusal, davranışsal bir karmaşaya sebep olan, ilk kez ortaya çıkan psikopatolojik olmayan bir durumu tanımlar (2).

Krize Müdahale: Krize Müdahale, kriz tablosunu yaşayan insanlara ulaşma ve yardımda en doğru ve kısa yoldan etkili olan bir yöntemdir (2).

Triaj: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğine göre; Triaj: Çok sayıda hasta yaralının bulunduğu durumlarda, bunlardan öncelikli tedavi ve nakil edilmesi gerekenlerin tespiti amacıyla, olay yerinde ve bunların ulaştırıldığı her sağlık kuruluşunda yapılan hızlı seçme ve kodlama işlemidir (15).

Psikometri: Psikometri, “Psikolojik kökenli ölçme ve değerlendirme” bilimidir. Bireylerin psikolojik özelliklerine belli kurallara göre değer verme, bu özellikleri sayısallaştırma çalışmalarını içerir (40).

1.5. Genel Bilgiler

1.5.1. Kriz Tanımı

Kriz kavramının genellikle doğal afet, yangın ya da savaş gibi felaketleri çağrıştıran imajı vardır. Ancak bu gibi durumlarda da kullanılmasının yanında bugün özellikle psikososyal açıdan zorlanmayla birlikte gelişen durumları kapsamaktadır. Kriz teorisi ve krize müdahalenin tanımlanması ve geliştirilmesi alanında öncü isimlerden olan Caplan'ın (1964) tanımı halen geçerliğini korumaktadır. Caplan krizi alışılmış davranış ve baş etme yöntemlerinin yetersiz kalması olarak tarif etmiştir. Kriz teorisine göre (Burgers ve Holstrom 1974) kriz, homeostasisin bozulmasının bir sonucudur. Rosenbaum ve Calhoun (1977) krizi, son zamanlarda ortaya çıkan presipite edici olayların varlığı ve bireysel başa çıkma ve sorun çözme yetisinin zarar gördüğü durum olarak tanımlar (38,47).

Slaiku (1990) kriz tanımlarının bir sentezini önermektedir: “Sorunlarının çözümünde kullanılan, işe yarayan yöntemlerin başa çıkmada yeterli olmaması ile ve pozitif veya negatif sonuçlara neden olan bir durumla karakterize geçici altüst olma durumu”. Kriz genellikle psiko-sosyo-kültürel bütünlüğü tehdit eden narsistik yaralanmalarla birlikte huzursuzluk, endişe, çaresizlik, ümitsizlik, affektif ve kognitif bozukluklarla gelişir ve çeşitli psikiyatrik bozukluklara yol açabilir (28, 67).

Kriz bir olay ya da durum karşısında ortaya çıkan, bireyin başa çıkma becerilerini geçici olarak yetersiz kılan, yoğun bir belirsizliğin yaşandığı karmaşık bir dönemi anlatır. Kriz durumu genellikle bireysel beceri ve sosyal destek sistemlerinin harekete geçmesiyle çözümlenir. Ancak çok az kişi bu durumu alışlagelen çözüm yolları ile çözümleyemez ve kişi kendini yetersiz ve çaresiz hisseder. Bu durum akut ve süre olarak sınırlı, duygusal anlamda bir denge bozukluğudur. Çaresizlik, yardımsızlık, kontrolünü kaybetme korkusu, sıkıntı, gerginlik, suçluluk, öfke, anksiyete, depresif belirtiler şeklinde kendini gösterir. Ajite ve yıkıcı davranışlar görülebilir. (43,46)

Kriz yaşantısının ortaya çıkmasında birçok faktör birlikte rol oynar (43).

- Felaketler, büyük kitleleri etkileyen olaylar: Savaşlar, doğal afetler, politik ve toplumsal hareketler, bireysel zorlanmalar.
- Bu yaşam olayları kimliğin alanlarından birinde veya bir kaçında dolaylı veya doğrudan etkili olabilir.

- Bedensel- Biyolojik alan: Puberte, klimakterium, kronik hastalık
- Psişik alan: Ruhsal çatışmalar
- Sosyal alan: Statü değişikliği ve rol kaybına neden olan olaylar; boşanma, işsizlik vb).

Krize yol açan olayın nasıl ve ne derecede algılandığı oldukça önemlidir. Çünkü bireylerin karşılaştıkları sorunlarla başa çıkabilme özellikleri birbirinden farklılık gösterir. Dolayısıyla benzer yaşam olayları bireylerin tamamında kriz olayını tetiklemez. Ayrıca kişinin duyarlı olduğu bazı dönemlerde farklı etkiler gösterir (37).

Bu konu ile ilgili çalışmalar çok eskiye gider Freud' la günümüze taşınmış Eric Lindemann'la bugünkü tanıma ulaşılmıştır. Daha sonradan Gerald Caplan tarafından homeostasis kavramı, krize müdahale ile ilişkilendirilmiştir. Kriz 5- 8 hafta ile sınırlı bir dengesizlik hali olarak tanımlanır. Kriz yaşantısı bireyin son olaya verdiği tepki olarak ortaya çıkar (37).

Badwin (1978) tarafından gerçekleştirilen sınıflamada ise kriz kavramının daha geniş kapsamlı ele alındığı görülmektedir (46).

Buna göre:

- Durumsal krizler (aileye ait bir sorun, alkolizm)
- Yaşamsal krizler (emeklilik, evlilik)
- Travma yaşam olaylarından kaynaklanan krizler(ölüm, iş kaybı, tecavüz)
- Gelişimsel krizler (kuşak çatışmaları, cinsel kimlik bocalamaları)
- Bir psikopatolojinin sonucu olan krizler(şiddetli nevrozlar, kişilik bozuklukları)
- Psikiyatrik aciller

Caplan ve Cullberg krizleri iki grupta ele almışlardır. (46) Bunlar:

- Travmatik Krizler
- Gelişimsel Krizler

1.5.1.1. Travmatik Krizler

Bunlar, birden ortaya çıkan, acı verici olan, Psikik durumu, sosyal kimliği, güvenliği ve hoşnutluk durumunu tehdit eden durumlardır. Örn: bir yakının ölmesi, hastalık, ani bir sakatlık, ayrılık, doğal afetler gibi. Travmatik krizlerde süreç 4 dönemden oluşur. Akut dönem birinci ve ikinci devrenin başlangıç dönemini içerir ve 4-6 hafta sürer (46,28).

- **Şok** gerçek mümkün olduğu kadar uzak tutulmaya çalışılır. Dışarıdan her şey düzgün ve yolunda görülse de içte her şey karmakarışıktır. Amaçsız aktiviteler ortaya çıkabilir.
- **Tepki** Gerçekle yüzleşmek artık kaçınılmazdır. Savunma mekanizmaları devreye sokularak gerçek, mümkün olduğu kadar adaptiv bir şekilde integre edilmeye çalışılır. En sık kullanılan savunma mekanizmaları: Bastırma, İnkâr, rasyonalizasyondur. Kişide alkol ve madde bağımlılığı gibi yıkıcı eğilimler ortaya çıkabilir.
- **İşlem** Yavaş yavaş travmadan uzaklaşılır. İlgiler yeniden su yüzüne çıkmaya başlar ve gelecek ile ilgili planlar yapılmaya başlanır.
- **Yeniden Uyum** kişinin benlik saygısı yeniden yükselmiştir. Yeni ilişkiler kurulur ve devam ettirilir.

1.5.1.2. Gelişimsel Krizler

Evlenme, gebelik, çocuk sahibi olma, emeklilik gibi olayları kapsar. Bu olaylar kişinin yaşamında büyük değişimler yapmasını gerektiren zorlayıcı bu nedenle duygusal dağılmayı aktive etme potansiyeli taşıyan dönüm noktalarıdır bu dönemler büyümek ve olgunlaşmak için bir fırsat olabileceği gibi bir kriz durumunu da aktive edebilir (34).

Gelişimsel krizler 6 haftaya kadar değişen sürelerde ortaya çıkarlar ve 4 dönemi içerirler (47).

- **1.Dönem:** Sorunla karşılaşan kişi, artan gerginliğine karşı duygusal dengesini yeniden kurmak için alışageldiği problem çözme tekniklerini kullanır.

- **2.Dönem:** Bu dönemde, alışlagelen yöntemlerin başarısız olduğu, tehdidin sürdüğü, gerginliğin daha da artarak yetersizlik duygularının ortaya çıktığı dönemdir. Birey dezorganize olur.
- **3. Dönem:** Bu dönemde problem çözme konusundaki başarısızlık sürmektedir. Gerginlik artmıştır. Bu durum acil ve yeni problem çözme yollarının harekete geçirilmesi için bir uyarıcı oluşturur. Bütün iç ve dış kaynaklar kullanılır. Bunun sonucunda bazen krizin üstesinden gelinir. Ulaşılmaz görülen amaçların bir kısmından vazgeçilir, teslimiyet duygusu yaşanır, bir tür kaçınma davranışı seçilir.
- **4.Dönem:** Sorun devam ediyor, çözülmemiyor, giderek artıyorsa, kriz tablosu gelişir. Bu dönemde gerginlik katlanılabilecek ölçüdedir. Kişilik dezorganizasyonu şiddetle kendini gösterir. Davranış bozuklukları örneğin: antisosyal, saldırgan davranışlar, depresyon gerginlik, laterji, intiharlar ile kendini gösterir.

1.5.2. Krizin Evreleri

Kriz, kişiye olgunlaşması ya da gerileyerek gelecekte karşılaşacağı streslere daha duyarlı hale gelmesi potansiyellerini sunan geçici, kısa süreli bir ara dönemdir (Caplan 1964). France'e göre üç evresi vardır (1990) (47).

1.5.2.1. İlk Etki Evresi

Krizin ilk evresi, kişinin kaçamadığı ve başa çıkamadığı ani bir soruna verdiği ilk tepkiden oluşur. Kişinin alışageldiği, her zaman kullandığı başatma stratejileri bu sorunu çözmekte yetersiz kalır (Caplan 1964; McGee 1983). Krizin ilk evresindeki kişiler sıklıkla şiddetli bir çaresizlik duygusu yaşarlar. Bu duyguya sıklıkla anksiyete engellenmişlik duygusu ve öfke eşlik eder. Bu kısa bir dönemdir ve genellikle kişi psikiyatrik yardım için başvurduğunda krizin bu ilk dönemi bitmiştir (41,47).

1.5.2.2. Baş Etme Evresi

Krizin “etki” evresinde kişi karşı karşıya olduğu sorunun başından aştığı ve kontrol dışına çıktığı duyguları içindedir. Üzerindeki baskı sürerse, kişi sorunu çözebilmek için yeni denemeler yapar. Bu çabalar krizin ikinci evresini başlatır. Baş etme evresinde kişi, mevcut potansiyellerini kullanarak mental ve davranışsal bir çaba gösterir. Bu çabalar sonucu kişi sorunun üstesinden gelmeyi başarabilir. Caplan, krizlerin çoğunun bu aşamada çözümlendiğini bildirmektedir (Caplan 1974). Çözümde ulaşmada yetersiz kalınca, kişide bir aciliyet duygusu oluşur (Caplan 1974), kişi bir an önce bir şeyler yapmak zorunda olduğunu hisseder. Böylece sorunu çözme motivasyonu yükselir. Bu baskının bir an önce sona ermesi ihtiyacı ve motivasyonunun yükselmesi nedeniyle krizler kısa sürelidir. Kişi sorunlarını bir biçimde çözer ya da onlardan kaçır. İntihar girişimlerinin önemli bir bölümü krizin bu evresindeki aciliyet ve çaresizlik duyguları içinde yapılan, yardım çağrısı ya da zorlayıcı durumdan uzaklaşma isteği niteliğindeki girişimlerdir(8, 41, 47).

1.5.2.3. Geri Çekilme/Adaptasyon Evresi

Bütün krizler, presipitan olaydan sonra en çok iki ay içinde şu ya da bu biçimde çözümlenirler (Çaplan 1964, McGee 1983). Çözüm, kişinin yaşamını, kriz öncesi döneme göre, daha çok, daha az ya da eşit derecede etkin hale getirebilir (Rapoport 1962). Eski baş etme becerileri karşılaştığı zorlukla baş etmede yetersiz kalan kişi, yeni yaklaşımlar geliştirir ve yeni baş etme yollarına adapte olmak kişinin yaşamında büyük değişikliklere neden olur. Bu genellikle uzun süreli bir adaptasyondur (Caplan 1964) (47).

Eğer baş etme evresindeki adaptif ya da maladaptif baş etme yollarının hiçbiri krizi sonlandıramazsa, krizin üçüncü evresi ortaya çıkar. Karşı karşıya olduğu baskının üstesinden gelemeyen kişi, sonunda onunla baş etmeye çalışmaktan vazgeçer, sorunu çözme denemelerini durdurur. Geri çekilme istemli ya da istemsiz olabilir. Geri çekilmenin istemsiz biçimi, kişiliğin dezorganize olmasıdır. Bu dezorganizasyon, ağır psikiyatrik tabloların ortaya çıkması biçimde olur. Krizin ikinci evresinde, bir yardım çağrısı olarak ortaya çıkan intihar girişimlerinden farklı olarak, bu evrede görülen intihar girişimlerinin ölüm ile sonlanma riski daha

yüksektir. Kişi yardım çağtırmamakta, çektiği acıya katlanmak yerine ölmeyi tercih etmektedir (7, 22, 28, 46).

1.5.3. Kriz ve Krize Müdahaleye İlişkin Üç Temel Yaklaşım

1. 5.3.1. Denge Yaklaşımı (L.L. Smith –1974)

Denge yaklaşımına göre kriz, organizmanın duygusal işlevinde dengenin bozulması sonucu, karşılaştığı problemleri, sahip olduğu problem çözme becerileri ile çözmemesidir. Böylece, gerilim ve duygusal karışıklık gibi kriz belirtileri ortaya çıkar.Önemli yaşam amacına bir tehdit olarak algılanan krizi başlatan olayın algısıdır (28).

Tehdit diye algılanan fizyolojik, psikolojik veya sosyal zorlamadır. Denge yaklaşımına göre insan organizmasının tabiatı duygusaldır, denge bozulmasına otomatik olarak tepkide bulunur (28).

1.5.3.2. Bilişsel Yaklaşım (J.R. Taplin – 1971)

Bilişsel yaklaşıma göre kriz düşüncenin parçalanması, çok farklı bir bilginin bilişsel haritanın şimdiki organizasyonuna alınmaması sonucu bilişsel haritanın şimdiki organizasyonunu değiştirme gereksiniminin ortaya çıkmasıdır (28).

Çok farklı bir bilgi olan krizi başlatan olayın bilişsel değerlendirilmesidir. Bilgiyi işlemede işlev bozukluğuna sebep olan çok farklı algılanan bir şey veya olaydır. İnsan organizmasının tabiatı bilişseldir ve bilişsel, algısal değerlendirme sonucu harekete geçer (28).

1.5.3.3. Psikososyal Yaklaşım (C.M. Parkes – 1971)

Bu yaklaşıma göre kriz: bir kişinin yaşam alanında büyük bir değişiklik sonucu, yaşam alanıyla sayıltı dünyası arasında çelişkilerin oluşması ve sayıltı dünyasında değişiklik yapma gereksiniminin ortaya çıkmasıdır. Sayıltı dünyasında değişiklik yapma gereksinim duygusal rahatsızlığa sebep olur (28).

Yaşam alanındaki büyük değişikliğin kazanç veya kayıp diye değerlendirilmesidir. Bu yaklaşıma göre krizi başlatan olay İnsanın yaşam alanında büyük bir değişiklik yaparak duygusal değerleri etkileyen bir olaydır. Bu yaklaşıma göre insan organizmasının tabiatı zihinsel ve duygusaldır, yaşam alanında duygusal değerlere sahip değişikliklerin değerlendirilmesi sonucu harekete geçer (28).

1.5.4. Krize Müdahale

Hayat birçok iniş çıkışlar ve yaşamı tehdit eden deneyimlerle doludur. Yaşam süreci içinde birey, hayatının bir döneminde, alışılmamış, olağandışı bir olayla veya bir durumla karşılaşabilir. Olağandışı olay ya da durum bireyin, ailenin ya da bir grubun biyopsikososyal işleyişini etkileyebilir. İnsanın olağanüstü durumlarla baş etme becerilerinden yıkım yaratan yaşantılar evrenseldir. İnsanların bulunduğu her yerde; evde, okulda, iş yerinde, tatilde böyle bir durum ortaya çıkabilir. Sonuçta sosyal bir varlık olarak insan; yaşam boyunca hastalık, boşanma, sevilen birinin ölümü, ani iş kaybı, iflas, saldırıya uğrama, hapse girme, terk edilme, savaşlar, esir düşme, işkenceye maruz kalma, para kaybına uğrama, ya da doğal afetler gibi çeşitli fırtınalı dönemler yaşayabilir (15, 20).

Bu dönemler kişileri farklı duygu, düşünce ve davranışlara iter. Süregelen yaşamını değiştirir. Yeni durumlar oluşturur. Bu yeni duruma uyum becerisi herkeste farklı olabilir. Bazıları bu dönemi sorunlu bir dönem olarak yaşar fakat üstesinden gelmeyi başarır. Bazen birey kendini yetersiz hisseder, alışageldiği uyum, problem çözme yollarını burada kullanamadığını ve bildiği yollarla işin içinden çıkamadığını görür. Süregelen yaşamında bir alt üst olma hali ortaya çıkar. Akut bir alt üst olma hali, bir dengesizlik yaşanır. Bu bir kriz dönemidir (20,46).

Bireylerin, ailelerin ve hatta ulusların kriz durumunda tepkileri keskin, iniş çıkışlar gösteren bir trase izler. Çeşitli kuramcıların görüşlerini temel alan Sachs (1968), “Kriz Reaksiyonu Diyagramı”nı geliştirmiştir. Burada krizin önce bir dezorganizasyon dönemine yol açtığı görülmektedir fakat bireyin krizle nasıl başa çıktığına bağlı olarak sonuçta birey öncekinden daha iyi bir işlevsellik düzeyine bile kavuşabilmektedir. Sonucun ne yönde olacağı bireyin bu dönemde ne tür bir yardım alacağına bağlıdır. İyi uygulanan krize müdahale teknikleri bireyi en azından kriz

öncesi işlevsellik düzeyine kavuşturmayı hatta daha iyiye götürmeyi hedefler (47,55).

Başta kriz teorisinin mimarları Lindemann (1955) ve Caplan (1965) olmak üzere çeşitli yazarlar kriz reaksiyonunun evrelerini belirlemişlerdir. Sifneos'e göre emosyonel bir krizin kavramsal çerçeve içinde dört bileşeni vardır (28).

- Olağandışı bir olay
- İncinebilirlik durumu
- Presipitan faktör
- Aktif kriz durumu

Bu kavramsal model, söz konusu edilen olağandışı, çoğunlukla tehlikeli, talihsiz bir olayla presipitan faktörü ayırt etmesi bakımından diğer yaklaşımlara göre farklılık gösterir. Buna göre olağandışı olay krize yol açmakla birlikte presipitan faktör bu bahtsız olayı dayanılmaz kılarak krize götüren son olay ya da durum olarak tanımlanmaktadır. Süheos'un bu yaklaşımı, neden bazı kişilerin kriz durumlarına başlangıçta yüksek tolerans gösterirken, sonradan oluşan daha az ciddi bir olayla krize yenik düştüklerine bir açıklama getirmektedir (47).

Böyle zorlu dönemlerde yaşanan emosyonel krizlerdeki terapötik yaklaşım krize müdahale, kriz tedavisi adı ile anılır. Bu yaklaşım modeli ilk kez Lindemann tarafından bugünkü görüş içinde ele alınmıştır. Lindemann (1944)'ın, 1942'de Boston'daki Coconut Grove gece Kulübü yangınında ölenlerin yasını tutanlar üzerinde yaptığı klasik çalışması "yas krizi" ile baş edemeyecek insanlara yapılması gereken koruyucu tedavinin gelişiminde öncü olmuştur (43, 67).

Caplan (1954)'ın "Aile Danışma Merkezi" çalışmaları, Bellak (1958)'m "Trouble Shooting Clinic" çalışmaları, Jacobson (1962)'un yaşam sorunları için açılmış "Benjamin Rush Merkezi" çalışmaları ile bu tür aktiviteler devam etmiştir (43, 67).

Benzeri çalışmalar II. Dünya Savaşı, Kore ve Vietnam Savaşları sırasında ruh sağlığı profesyonellerine yönelik olarak sürdürülmüştür. O günlerde savaş yorgunluğu bugün posttravmatik stres bozukluğu diye anılan durumlarda askerler cephede, anında kısa dönemli terapötik yaklaşım ile tedavi edilmiş, regresyonlarının, ikincil kazançlarının, başarısızlık ve arkadaşlarını terk etmiş olmaktan dolayı

yaşadıkları suçluluk duygularının önlenmesi halinde cephedeki görevlerine dönebildikleri görülmüştür. Cephedeki görevlerinden temelli çekilen askerlerin çevre desteğini yitirdiklerini ve bunun da psikiyatrik vaka olma damgasını taşıdıkları duygusunu arttırdığı saptanmıştır. Olağanüstü durumlara bağlı sorunlar için krize müdahale yöntemi bir birey, aile veya grubun biyopsikososyal işleyişini etkileyerek dengeyi bozan olaylar için geçerli bir yaklaşımdır. Bu fenomenler, iletişim örüntüleri ve rol ilişkilerinde bozulma ve değer çatışmaları ile ilgili gerilimleri içerir. Bu işlev bozukluklarının nedenleri, bunu yaşayan aileler ve bireyler kadar çeşitli, birey, aile ve grupların içinde yaşadığı topluluklar ve daha büyük sosyal sistemler kadar karmaşıktır (43,67).

Krizdeki insanlar, genellikle önleyici, koruyucu ve düzeltici etkileri daha kabullenici olurlar. Savunmalarının güçlü olduğu, değişime daha az hevesli oldukları kriz öncesi veya sonrası dönemlere göre kriz yaşantısının yüksek anksiyete ile seyreden dönemlerinde savunmaları güçsüzleşmiştir. Krize müdahale hizmetleri hem koruma hem de iyileştirme amaçlarına hizmet eder; kişinin kriz deneyiminden öğrenme becerisini güçlendirirken, bireye gelişme şansı da tanınır. Kriz döneminde bireyin karşılaştığı ortaya çıkan hastalık, yoksunluk, boşanma, felaket veya diğer ağır zorlar karşısında çekilen acıyı önler, en azından azaltmaya yardım eder (47,52).

Krizin aktif döneminde birey bir dönüm noktası yaşar. Genellikle 4-6 hafta içinde bireyin, durumu iyiye ya da kötüye gider. Böylece kriz kendi doğası gereği zamanla sınırlıdır. Bu dönemde terapötik girişimde, destekleyici sosyal kaynakların ve soruna odaklı tedavi tekniklerinin kullanımı ile terapötik etki sağlanabilir. Krize müdahale yöntemi kısa dönemlidir ancak uygulamada esneklik söz konusudur. Süreyi krizdeki bireyin sorunu kadar terapistin mizacı ve stili de etkileyecektir. Krize müdahalede amaç sonuca ulaşmaktır. Yaşam durumunda anlamlı bir bozulma yaratan bir olay varsa krize müdahale uygulamaları akla gelmelidir (41, 47).

Krize müdahale zorluk yaşayan insanlara hizmet vermede tercih edilen bir yoldur, gerek terapötik, gerekse koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde önemli bir yeri vardır. Günümüzde giderek artış gösteren alkol ve uyuşturucu sorunu, cinsel ve diğer saldırganlıklar, çocuk ve eşlerin kötüye kullanımı, intiharlar krize müdahale hizmetlerine duyulan gereksinimi arttıran durumlardır. Krize müdahalenin terapötik hizmetleri kadar koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde de önemli yeri vardır. Okullar, iş yerleri, çocuk, aile danışma merkezlerine danışmanlık servisi ile gelecekte ortaya

çıkabilecek duygusal sorunlar oluşmadan önlemenin yollarını gösteren bir yaklaşımdır (1, 4, 63).

Krize Müdahalenin Hedefleri (47)

- Yaşam biçimini yeniden oluşturmak
- Hastalıkları, krizlerin kronikleşmesini, sağlığa zararlı çözümleri engellemek
- Sosyal çöküntülerden, psikik dengenin korunmasını sağlamak
- Hastaneye yatışları azaltmak

Krize müdahalenin hedefi, kendi kendine yardım yönünde kişiyi ve çevresini desteklemektir (Hoff, 1984), Yardım eden kişinin görevi, kaybedilenin yerini doldurmak veya acı veren gerçeği inkâr etmek değil, üzüntü, acı, öfke gibi duyguları ifade etmesi yönünde hastayı cesaretlendirmek, desteklemek, duygularını paylaşmak şeklinde olmalıdır (28).

Krize Müdahalenin Temel İlkeleri (15).

- Krize müdahalenin en önemli ilkesi acil müdahaledir (Caplan, 1984).
- Hasta krizin sebepleri ve olası sonuçları ile yüzleştirilmelidir.
- Hastayı aynı zamanda destekleme: Hastayı sorunuyla yüzleştirme, gerginlik tehlikesini de beraberinde getirdiğinden hastanın buna dayanabilmesi için desteklenmesi gerekir. Bunu, hasta ile terapist arasında kurulan olumlu bir ilişki sağlar (Caplan, 1984).
- Tedavinin odak noktası güncel sorunlardır.
- Pragmatizm ve eklektizm: Tedavi planı, varolan soruna ve hastaya göre düzenlenmeli ve acil yardım sağlamalıdır.
- Gereğinde ilaç eklemesi: Bazı vakalarda psikoterapötik görüşmeleri desteklemek üzere önerilir.
- Çevrenin tedavi planı için dâhil edilmesi (Everstine, 1983).

1.5.4.1. Krize Müdahalenin Yapılandırılması

Krize müdahale yaklaşımları genel yaklaşımlar ve bireysel yaklaşımlar olarak sınıflandırılır. Bireysel yaklaşım bireyin gereksinimleri doğrultusunda genel yaklaşımın bireye uygulanmasıdır. Krize müdahalede amaç: durumu yeniden değerlendirerek danışanın kendi duygu, düşünce ve davranışını kontrol edebilmesini sağlamaktır. Krize müdahalede krize giren bireyin kendine en uygun çözümü getirmesine çalışılır (41). Böyle bir yardım sürecine en uygun çözüm;

- Kriz kişiye zarar vermeyecek bir şekilde çözülmüşse ve bu nitelik hem danışman hem de danışan tarafından böyle algılanıyorsa
- En azından krize giren kişinin, krize girmeden önceki davranım düzeyine dönüşmüşse ortaya çıkar (41).

Krize müdahale edecek uzman stres, başa çıkma mekanizması, cevreden yararlanılabilecek kaynaklar, kriz ve krize müdahale, iletişim gibi krizin tedavisinde önemli olan bu faktörleri çok iyi bilmesi ve yaşama ilişkin olumlu bir bakış açısını geliştirmiş olması en etkili ve uygun yardımı verebilmesi için gereklidir (28).

Akut kriz durumlarına müdahalede öncelikle hastayla ilişki kurma denenir. Hastanın dikkatle dinlenmesi, duygularının paylaşılması, güçlüklerinin anlaşılması önemlidir. Kişinin gelme nedeni, kriz sebebi, yaşam koşulları, kullanılan çözüm stratejileri gözden geçirilir. Hastanın geçmişi ile çok fazla ilgilenilmez. Kriz süresi, daha önce yaşadığı benzer güçlükleri nasıl yendiği araştırılır (28).

Kişinin duygusal durumlarına ve eşlik eden bedensel semptomlara yönelerek panik ve depresyon örüntüsü ve olası sonuçlar değerlendirilir. Öncelikle intihar riski anlaşılmalı çalışılır. Çünkü son yıllarda intihar davranışı, krizin çözüm stratejilerinden biri olarak ele alınmaktadır. Bunun için hastanın intihar yönün de herhangi bir risk grubuna dâhil olup olmadığı araştırılır (Sonneck, 1985). İntihar açısından risk grupları (20):

- Alkol, madde ve ilaç bağımlısı bireyler
- Her türlü depresyon olgusu
- Yaşlılar ve yalnız yaşayan kişiler
- İntihar fikirleri olan ve bunu ifade edenler.

- İntihar girişiminde bulunan kişiler.

Akut krizlerde intihar riskini tahmin etmek önemlidir ve büyük sorumluluk taşımaktadır. Bu tahminde, Ringel tarafından 20 yıl önce ilk kez tanımlanmış olan “Presuisidal sendrom” yardımcı olabilir (Kast 1987). Bu sendromun belirtileri (65):

- İçer kapanma
- Engellenmiş ve kişinin kendine yönelmiş agresyon
- İntihar fikirleri, intihar fantezileri

İşbirliği ve karar verme becerisinin azaldığı ve intihar tehlikesinin yüksek olduğu hastalarda medikal tedavi geçici olarak kullanabilir. Kişinin sahip olduğu yardım sistemlerini (yakınları, arkadaşları, komşuları v.s.) harekete geçirmesi yönünde desteklemek yararlıdır. Hastanın sorununun üstesinden gelmesine yardımcı olunur. Kendine güvenini kazanmasına ve karar verme becerisine yeniden ulaşması için desteklenir (15,65).

Danışmanın krize müdahalede gerçekleştirmesi gereken görevler (47):

- Krizi başlatan olayı tanımlaması,
- Kriz hakkında oluşan duyguların açığa çıkarılması,
- Danışanın krizle nasıl başa çıkmaya çalıştığının keşfedilmesi,
- Danışanın hastaneye yatırılıp yatırılmayacağını tayini,
- Danışanın niçin kriz içinde olduğunu açıklanması danışanın krizi çözmek için neler yapabileceğinin tartışılması ve uygun davranışların kazandırılmasıdır.

Danışanın krize müdahalede gerçekleştirmesi gereken görevler (47):

- Krizi başlatan olayı tanıma
- Duygularını ifade etme
- Psikolojik danışmanla işbirliği yapma
- Krize en uygun çözüm getirebilecek seçeneklere karar verme ve uygulama
- Krizi başarı ile çözme çabalarıdır.

Eğer danışan bu görevleri gerçekleştiremiyorsa uygun tedavinin başlanması ya da hastaneye yatırılması gerekebilir (47).

Krize müdahale üç aşamada gerçekleşir (28).

- **Başlangıç Aşaması:** Krize müdahale eden kişinin, danışanı değerlendirilmesi, danışanda krizi başlatan olayı belirlenmesi ve düşüncelerin ifade edilmesi, danışanın duygularının ifadesinin sağlanması, danışanın işlevlerinin ve problem çözme becerilerinin belirlenmesi, danışanın hastaneye yatırılıp yatırılmayacağının karara bağlanması konularını ele alması gerekir
- **Tedavi Uygulama Aşaması:** Tedavi aşamasında danışanın danışanı psikolojik bilgilendirmesi, danışana niçin kriz içinde olduğunun açıklanması, danışanın duygu düşünce ve davranışlarının tutarlı hale getirilmesi, danışanla çözüm alternatiflerinin tartışılması
- **Sonuç Aşaması:** Danışanla krize etkili bir şekilde çözüm getirecek olan davranışların tartışılması ve kazandırılması şeklindedir.

Yapılan görüşmelerde kişinin başlangıçtaki durumu, şimdiki durumu ve somut olarak hedeflenen durumu ortaya konur. Krize müdahale en çok 10-12 görüşmeyle sınırlı olduğu için hastayı bitişe hazırlamak da önemlidir (Caplan, 1984). Çoğunlukla, krize müdahalenin sonlandırıldıktan sonra, sorunun yeterince işlenmesi ve gerekli stabilizasyonun sağlanması için kısa süreli bir terapinin eklenmesinin gerekli olduğu bildirilmiştir (Caplan 1984), Mevcut kişilik problemleri ciddiye, hastayla uzun süreli terapi olanakları üzerinde konuşulur ve hastanın vereceği karara göre böyle bir terapi imkanı bulma yönünde hastaya yardım edilir (28).

Krize müdahalede kriz merkezi çalışmalarının yanı sıra ilgili tüm kuruluşların konuya etkin katılımları sağlanmalıdır. Organizasyonda profesyonellerin yanında gönüllülerin yardımı küçümsenmeyecek boyutlardadır. İngiltere'deki Samaritan'ların çalışmaları bunlara örnek olarak verilebilir (Sonneck 1985). Gönüllülerin kriz alanında çalışmaları sayesinde, profesyonel kurumlara ulaşmak daha kolay olabilir. kriz içindeki birey henüz başlangıç döneminde iken görülür. Krize müdahalede şu organizasyonlarda dâhildir: Kendi kendine yardım grupları, isimsiz alkolikler, telefonla yardım mekanizması, yaşlılara yardım kuruluşlarıdır (41, 46).

1.5.5. Krize Müdahalede Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Kriz ve krize müdahale sürecinde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresinin fonksiyonunu kavramak, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresinin işlevini, bakım standartlarını bilmekle doğrudan ilişkilidir.

Amerikan Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşireler Birliği (*American Psychiatric-Mental Health Nurses Association*) ve Uluslararası Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşireler Topluluğu (*International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses Association*) tarafından 2007 yılında yayınlanan “*Psychiatric Mental Health Nursing: Scope and Standards of Practice*” adlı psikiyatri hemşirelerinin uygulama alanlarını ve standartlarını belirten yayında, psikiyatri hemşireliği; temel psikiyatri hemşireliği ve uzman psikiyatri hemşireliği olmak üzere iki düzeyde sınıflandırılmıştır (40).

Temel psikiyatri hemşiresi; ruhsal sorunu ve psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin bakımı konusunda bilgi, beceri, yetenek ve yeterli uzmanlığa sahip olan hemşiredir. Yeterlilik eğitim ve deneyimle kazanılır. Tercih edilen eğitim düzeyi üniversitedir. Temel psikiyatri hemşiresinin amacı, mevcut veya olası ruh sağlığı problemi veya psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin hemşirelik süreci doğrultusunda sağlığını ve güvenliğini korumak ve geliştirmek, fonksiyon bozukluklarını tanılamak, bireylere baş etme becerilerini tekrar kazanabilmeleri ve geliştirebilmeleri konusunda yardım etmek, güçlü yönlerini en üst düzeye çıkarmak, oluşabilecek yetersizlikleri önlemektir (40).

Bu amaçlar doğrultusunda temel psikiyatri hemşiresinin klinik uygulamaları:

- Sağlığı geliştirmek ve sürdürmek,
- Araştırma, değerlendirme ve triaj,
- Vaka yönetimi,
- Terapötik ve güvenli çevreyi sağlama,
- Ortam terapisi,
- Öz bakım aktivitelerini geliştirme,
- Psikobiyolojik tedavilerin yönetimi ve tedaviye verilen yanıtların izlenmesi,

- Tamamlayıcı girişimler,
- Krize müdahale,
- Psikiyatrik rehabilitasyondur (40).

Uzman psikiyatri hemşiresi, master ve doktora derecesine sahip olan hemşiredir. Uzman psikiyatri hemşiresi, farklı tanılarının sınıflandırılmasından, uygun laboratuvar ve tanı çalışmalarının açıklanmasından, bireysel, aile ve grup terapilerinin yürütülmesinden, psikofarmakolojik tedavilerin reçete edilmesinden, izleminden ve değerlendirilmesinden sorumludur (40).

Uzman psikiyatri hemşiresinin klinik uygulamaları:

- Psikofarmakolojik girişimler,
- Psikoterapi,
- Toplumsal girişimler,
- Vaka yönetimi,
- Program geliştirme ve yönetme,
- Klinik süpervizyon,
- Konsültasyon ve liyezondur (40).

Psikiyatri ve ruh sağlığı hemşireliği bilgiyi, deneyimi, hemşirelik becerisini, biyolojik ve sosyal bilimleri, terapötik kullanma sanatını birleştiren tek disiplindir. Psikiyatri ve ruh sağlığı terimi hemşireliğin iki alanını içerir. Psikiyatri hemşireliği emosyonel bozuklukların bakım ve tedavisine, ruh sağlığı hemşireliği ise riskli gruplara, kriz durumunda ruhsal bozukların ve hastalıkların oluşumunu önlemeye yönelik girişimlere odaklanır (40).

Amerikan Hemşireler Birliği (*American Nurses Association*), American Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşireler Birliği (*American Psychiatric-Mental Health Nurses Association*) ve Uluslararası Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşireler Topluluğu (*International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses Association*) tarafından 2007 yılında mesleki uygulama standartları belirlenmiştir:

Standart 1- Veri Toplama Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşiresi hastanın sağlığı ve durumu ile ilgili kapsamlı veri toplar.

Standart 2- Tanı Koyma Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşiresi topladığı verileri risk derecesini de içeren tanı veya problemleri belirlemek için analiz eder.

Standart 3-Sonuç Kriterlerinin Belirlenmesi Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşiresi hasta veya duruma yönelik bireysel planlar doğrultusunda oluşmasını beklediği sonuçları belirler.

Standart 4- Planlama Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşiresi beklenen sonuçlara ulaşabilmek için stratejileri ve alternatifleri belirten bir plan geliştirir.

Standart 5-Uygulama Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşiresi belirlediği planı uygular.

Standart 5-a- Bakımın Koordinasyonu Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşiresi bakım uygulamasını koordine eder.

Standart 5-b-Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Koruma Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşiresi güvenli çevreyi ve sağlığı geliştirmek için stratejileri kullanır.

Standart 5-c-Ortam Terapisi Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşiresi hasta, ailesi ve diğer sağlık ekibi çalışanları ile işbirliği içinde güvenli ve terapötik ortamın oluşturulmasını ve devam ettirilmesini sağlar.

Standart 5-d-Farmakolojik, Biyolojik ve Bütünleyici Terapiler

Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşiresi hastanın sağlığına yeniden kavuşması ve oluşabilecek sorunları önlemek için, farmakoloji ve biyoloji bilgisi ile tamamlayıcı girişimleri ve daha önceden deneyimlediği klinik becerileri birleştirir.

Standart 5-e-İlaç Reçete Etme ve Tedaviyi Uygulama Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Uzman Hemşiresi devlet yasaları, federal yasalar ve düzenlemelerine uygun olarak ilaç reçete eder, prosedürleri, yönlendirmeleri, tedavi ve terapileri uygular.

Standart 5-f-Psikoterapi Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Uzman Hemşiresi bireysel terapileri, çift terapilerini, grup terapilerini ve aile terapilerini psikoterapi ilkelerini ve hasta-hemşire arasındaki terapötik iletişim yöntemlerini temel alarak uygular.

Standart 5-g-Konsültasyon Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Uzman Hemşiresi bakım planının etkinliğini artırmak, diğer sağlık ekibi üyelerinin uygulama becerilerini geliştirmek ve değişikliklerde etkinlik sağlamak için konsültasyon yapar.

Standart 6-Değerlendirme Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşiresi beklenen sonuçlara ulaşılma durumu açısından süreci değerlendirir (40).

Sonuç olarak, temel psikiyatri hemşiresi; kriz ve krize müdahale sürecinde multidisipliner ekibin bir parçası olarak mesleki uygulama standartları çerçevesinde etkin rol oynamaktadır. Ayrıca kriz yaşayan bireyin risk durumunun belirlenmesi, bakım düzeyinin tayin edilmesi gibi konularda, uygun hemşirelik tanı ve problemlerini, sonuç kriterlerini belirleme, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarını koordine eder.



BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmacı tarafından geliştirilen Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği (KMDBÖ)'in geçerlik ve güvenirliğini saptamak amacıyla, metodolojik tipte planlanmış ve uygulanmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer

Araştırma, Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Krize Müdahale Birimleri'nde (Manisa Devlet Hastanesi Krize Müdahale Birimi, Akhisar Devlet Hastanesi Krize Müdahale Birimi, Salihli Devlet Hastanesi Krize Müdahale Birimi) gerçekleştirilmiştir.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Krize Müdahale Birimleri'ne çalışmanın yapıldığı tarihte başvuran kişiler araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmada ayrıca bir örneklem seçme yöntemine başvurulmamıştır. Araştırma, çalışmaya katılmayı kabul eden 120 kişi ile yürütülmüştür. Araştırmanın veri toplama araçlarını eksik dolduran 10 anket geçerlik ve güvenirlik değerlendirmesi dışında bırakılarak, verilerin değerlendirmesi toplam 110 anket üzerinden yapılmıştır.

2.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları ve Yöntemleri

Çalışmada veri toplama aracı olarak üç form kullanılmıştır. Bunlar;

1. Tanıtıcı Bilgi Formu
2. Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği (KMDBÖ)

3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'dir.

2.4.1 Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup, araştırmaya katılan kişilerin, sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, en uzun yaşadığı yerleşim birimi, aile yapısı, gelir- gider durumu vs.) ve krizi başlatan olayı ve çevresel destek algısını belirlemeye yönelik kapalı ve açık uçlu olarak hazırlanan 17 sorudan oluşmaktadır.

Araştırmacı, her bir araştırma kurumuna gidip yüz yüze görüşerek Tanıtıcı Bilgi Formu'nun doldurulması konusunda gerekli açıklamaları yapmıştır.

2.4.1.1. Tanıtıcı Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikler

Araştırma verileri SPSS 16 (Statistical Package for Social Science) programı kullanılarak, çalışmanın amacı doğrultusunda yapılmıştır.

Tanıtıcı bilgilerin dökümü sayı, yüzde, ortalama, standart sapma şeklinde analiz edilmiştir.

2.4.2 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck depresyon ölçeği(BDÖ), Beck ve ark. tarafından adolesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir. Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla tasarlanmıştır. BDÖ'deki maddeler asıl olarak depresyonlu hastaların psikoanalitik tedavileri sonucundayapılan gözlemlere dayanmaktadır (32).

Depresyona özgü davranışlar ve semptomlar bir dizi cümle ile tanımlanmıştır ve her bir cümleye sayı olarak 0-3 arasında numara verilmiştir. Yirmi bir maddeden oluşmaktadır ve maddeler hafif formdan şiddetli forma göre sıralanmıştır. Hastalardan şimdiki durumlarını en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemeleri istenmekte ve sonuç maddelerin toplamı ile elde edilmektedir(33).

1978 yılında ölçeğin tümü revize edilerek şiddeti tanımlayan komplikasyonlar ayıklanmış ve hastaların bugünüde kapsayacak biçimde son bir haftalık durumlarını işaretlemeleri istenmiştir. Ölçeğin orijinali klinisyenin yüksek sesle hastaya okuması şeklinde tasarlanmış iken, ölçek daha sonra kendini değerlendirme ölçeği olarak uygulanmaya başlanmıştır. Şiddet olarak; 0-9= Minimal, 10-16= Hafif, 17-29= Orta, 30-63= Şiddetli, şeklinde yorumlanmaktadır (33).

Birçok çalışmada BDÖ'nin alt boyutları incelenmiştir. Beck ve arkadaşları (1996) genel olarak, çeşitli tanı gruplarından ayaktan psikiyatri hastalarında iki boyut tanımlamışlardır. Birinci faktör yorgunluk, bitkinlik gibi somatik belirtilerin yük verdiği somatik – afektif boyutudur. İkinci faktör, kötümserlik gibi psikolojik belirtilerden oluşmaktadır ve bilişsel boyutu göstermektedir. Somatik-afektif ve bilişsel boyutları gösteren bu iki faktör, Steer ve arkadaşları (1999) tarafından, DSM-IV majör depresyon tanısı alan ayaktan hastalarda yapılan çalışmada da bulunmuştur. Üniversite öğrencileri arasında yapılan iki çalışmada (Wishman ve ark. 2000; Endler ve ark. 1999), benzer şekilde, bilişsel –afektik ve somatik olarak isimlendirilen iki faktör ortaya çıkmıştır. Arkar ve ark (2004) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde; bilişsel ve somatik-afektif olmak üzere iki alt boyut saptanmıştır. BDÖ de bulunan B;C;D;E;F;G;H;İ;L;M;N;O maddeleri bilişsel boyutu, A;J;K;P;R;S;T;U;V maddeleri ise somatik-afektif boyutu oluşturmaktadır (6).

Ölçeği doldurmak yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Ancak bu süre hastanın eğitim düzeyine göre değişebilir (33).

Ayrıca, ciddi obsesyonu olan hastalarda uygulama daha da uzun sürebilir. Ölçek Türkçe' ye BDE ve Beck Depresyon Ölçeği (BDO) adıyla iki ayrı form olarak çevrilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır(33).

2.4.3. Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği (KMDBÖ)

Kriz ile ilgili literatüre ait kaynaklardan, Caplan'ın kriz teoreminden ve uzman görüşlerinden faydalanılarak araştırmacı tarafından geliştirilen Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği (KDBÖ), Kriz yaşayan bireye krize müdahale düzeyini ölçen 23 madde halinde geliştirilmiş olan 5'li likert tipi bir ölçektir. Bireylerden ölçeğin uygulandığı günde dâhil olmak üzere son iki aylık süre zarfında içinde bulundukları durumu göz önünde bulundurarak ölçeğin maddelerini

cevaplandırmaları istenmiştir. Birey ölçekte bulunan her madde için sırasıyla, “hiç(0)”, “az(1)”, “biraz(2)”, “fazla(3)”, “çok fazla(4)” seçeneklerinden birini işaretlediği doğrultuda değerlendirilir. Puanlama her madde üzerinde bu seçenekler için 0 ile 4 arasında puan verilmek suretiyle yapılmaktadır. Ölçekten minimum alınabilecek puan (0), maksimum alınabilecek puan (92)’dir (59).

Kişilerin ölçekten aldıkları toplam puanın, krize müdahale düzeyindeki artışın bir ifade şekli olarak karşımıza çıkmaktadır. (0-23)→ düşük müdahale düzeyi, (24-46)→orta müdahale düzeyi, (47- 69)→yüksek müdahale düzeyi, (70-92)→çok yüksek müdahale düzeyini ifade eden aralıkları temsil etmektedir. Kişinin kriz müdahale düzeyinin tespit edilmesi, çeşitli faktörler açısından risk durumunun belirlenmesi (intihar riski gibi), bakım düzeylerinin tayin edilmesi (ayaktan takip, ayaktan tedavi ve takip, yatarak tedavi ve takip, sevk gibi) hususlarında bir yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Kriz Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği’ni geliştirmede ilk adım krizin uygun alt boyutlarını tanımlamaktır. Bunu başarmak için öncelikle Manisa ili Kriz Merkezlerinde çalışan dört deneyimli uzmanla (iki psikolog, bir doktor ve bir sosyal hizmet uzmanı) krize müdahale düzeyini belirlerken başvurdukları en önemli boyutlar tartışılmış ve kriz ile ilgili literatüre ait kaynaklardan (15, 20, 28, 31, 35, 32, 42, 45, 46, 49, 54, 64, 67) ve Caplan’ın kriz teoreminden faydalanılarak krize müdahale düzeyini belirleyen aday ölçek maddeleri belirlenmiştir **(EK IV)**.

KMDBÖ ’nin yapılandırma süreci: Aday ölçek maddelerinin geliştirilmesi, ölçek maddelerinin uzmanlar tarafından değerlendirilmesi, ölçek maddelerinin oluşturulması, pilot çalışma, alan uygulaması, geçerlik ve güvenirlik değerlendirmesi şeklinde gerçekleştirilmiştir.

2.5. KMDBÖ'nin Geliştirilmesinde Kullanılan Yöntemler

2.5.1. Ölçeğin Geçerliği

Ölçek ölçmek istediği özelliği doğru ve diğer özelliklere karıştırmadan ölçüyor ise bu ölçeğin geçerli olduğu söylenir. Bu bağlamda, KMDBÖ'nin ölçmek istenen özelliğe uygun olup olmadığını, ölçüm verilerinin gerçekten ölçmek istenen özelliği yansıtmayı yansıtmadığını belirlemek amacıyla ölçeğin geçerliği incelenmiştir (5, 21).

Ölçeğin Geçerliği; Kapsam Geçerliği, Yüzey Geçerliği, Uyum Geçerliği, Yapı Geçerliği (Faktör Analizi) gibi çeşitli boyutlarda incelenmiştir.

2.5.1.1. Kapsam Geçerliği

Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği (KMDBÖ)'nin, geliştirildiği amaca hizmet derecesini; yani ölçmek istenen özelliğe uygun olup olmadığını, ölçümün kurallara uygun yapıp yapılmadığını ve ölçmek istenen özelliği yansıtmayı yansıtmadığını belirlemek amacıyla kapsam geçerliliği incelenmiştir(9, 68).

Kapsam geçerliğinin belirlenmesine yönelik farklı yaklaşımlar vardır. Uzman görüşüne başvurma bu yaklaşımlar arasındadır. Kapsam geçerliğini uzman görüşlerine başvurarak saptamak çok etkili bir yaklaşımdır. KMDBÖ'nin kapsam geçerliğini incelemek için uzman görüşlerine başvurulmuştur. Daha sonra, uzman görüşleri istatistiksel olarak yorumlanabilen bir konuma getirilmiştir(5).

Ölçeğin, kapsam geçerliliği için, Krize Müdahale Düzeyi Belirleme konusunda alanda yeterlilik sahibi olan 15 uzman (psikolog, psikiyatr, akademisyen, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatri hemşiresi) belirlenmiştir. Aday ölçek uzman görüşü vermeyi kabul eden 9 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Bundan sonra Lawshe tekniği kullanılmıştır. Lawshe tekniğinde, en az 5 en fazla ise 40 uzman görüşüne ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Bu bilgiye göre istatistiksel olarak yeterli uzman sayısına ulaşılmıştır (5).

Uzman görüşlerinin elde edilmesinde 'Uzman Değerlendirme Formu' kullanılmıştır. Bu form uzman görüşü vermeyi kabul eden 9 uzmana elden veya mail yoluyla ulaştırılmıştır. Uzman Değerlendirme Formu aracılığıyla, uzmanlardan, her bir aday ölçek maddesini, ölçülecek özelliği temsil ediyor mu? Hedef kitle (krize

müdahale birimine başvuran kişiler) tarafından kolayca anlaşılabilir mi? , yeteri kadar açık ifade edilebilmiş mi? , diye değerlendirerek. “**gerekli** ” (Belirtilen özelliği tam olarak ölçmeye aday bir madde.), “**yararlı, ancak yetersiz**” (Madde konu kapsamında ancak düzeltilmesi ya da değiştirilmesi gerekiyor.) ve “**gereksiz**” (Madde belirtilen özelliği temsil etmiyor.) şeklinde derecelendirmeleri istenmiştir.

Uzman görüşleri 2 aylık bir süreçte tamamlanmıştır. Bu süreç içerisinde, aday ölçek maddelerini alanında 9 uzman Lawshe Tekniği’ne göre, değerlendirerek geri göndermiştir.

Görüşlerin bildirilmesinden sonra her bir maddenin olası seçeneklerine kaç uzman tarafından onay verildiğini toplamsal olarak belirlemek için, maddeler tek bir formda birleştirilmiştir. Bu formda, her bir madde için kapsam geçerlilik olanları ve indeksleri hesaplanmıştır(**Ek V**).

Ölçeğin “Kapsam Geçerlik Oranını” belirlemek için aşağıdaki formül kullanılmıştır (5).

Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) formülü kullanılmıştır

Her bir maddeye ait **KGO = NG/(N/2)-1**

NG: Maddeye ‘Gerekli’ diyen uzman sayısı

N: Maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısı

Aday ölçek maddelerinden KGO değerleri negatif ya da “**0**”değer içeren herhangi bir maddeye ulaşılmamıştır. KGO değerleri pozitif olan maddeler , “**Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ)**” negöre anlamlı olup olmadığı değerlendirilmiştir. KGÖ, maddenin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek için geliştirilen bir ölçüttür. Bu ölçüt standart dağılım ilkelerinden yararlanılarak elde edilmektedir(**Tablo 2. 1**).

Tablo 2.1: Lawshe Minimum Kapsam Geçerlik Ölçütleri (5)

Uzman Sayısı	Minimum KGÖ Değerleri
5	.99
6	.99
7	.99
8	.78
9	.75
10	.62
11	.59
12	.56
13	.54
14	.51
15	.49
20	.42
25	.37
30	.33
35	.31
40 ve üzeri	.29

Kapsam Geçerlik Ölçüt değerlerine göre minimum değerler, aynı zamanda maddelerin istatistiksel anlamlılığını vermektedir. Yapılan hesaplamalardan sonra, toplamda 23 olan maddeden Kapsam Geçerlilik Oranları 0.75'in üzerinde olan maddeler ölçeğe dâhil edilmesi gerekmektedir.

Ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksinin hesaplanması: Minimum KGO'ları 0.75 ve üzerinde olan 23 maddenin KGO'larının ortalamaları alınarak "Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ)" hesaplanmıştır.

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

Lawshe Minimum Kapsam Geçerlik Ölçütü, KGİ değerinden küçük ya da eşitse veya KGİ'nin KGÖ'ne oranı 0'a eşit ya da büyük ise ($KGİ \geq KGÖ$ veya $KGİ/KGÖ \geq 0$) Kapsam Geçerliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmaktadır(5).

2.5.1.2. Yüzey Geçerliği

KMDBÖ'nin yüzey geçerliği için tüm ölçeğin maddeleri öncelikle uzmanlardan gelen öneriler çerçevesinde araştırmacı tarafından anlaşılabilirlik ve ifade yönünden genel olarak değerlendirilip, ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Daha sonra araştırma evreni dışında bırakılan ön değerlendirme için rastgele seçilen Manisa Devlet Hastanesi Krize Müdahale Merkezine başvuran 10 kişi tarafından, ölçek maddeleri açıklık, netlik, terimlerin anlaşılabilirliği yönünden değerlendirilmiştir.

Aynı zamanda bu pilot uygulama sayesinde ölçeğin cevaplayıcıların sosyokültürel düzeyine uygun olup olmadığı da gözlenmiştir. Bu çalışma sonrasında ölçek maddelerinde herhangi bir değişiklik yapılmasına gerek duyulmamıştır.

Bundan sonra ölçekteki bir madde **“hiç”**, **“az”**, **“biraz”**, **“fazla”** ve **“çok fazla”** şeklinde 5'li likert olarak yanıtlanacak şekilde düzenlenerek 23 maddeden oluşan KMDBÖ'nin son şekli verilmiştir(**Ek I**).

2.5.1.3. Uyum Geçerliği

KMDBÖ'nin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile uyum geçerliğine bakılmıştır. Uyum geçerliği, yeni geliştirilen bir ölçme aracı ile aynı amaca yönelik bir başka ölçme aracı arasındaki uyumun derecesini göstermektedir (5).

Uyum geçerliği yeni geliştirilen bir ölçme aracı ile aynı amaca yönelik bir başka ölçme aracı arasındaki uyumun derecesini göstermektedir. Uyum geçerliği, geliştirilen ölçekle aynı kavramsal yapıyı ölçen aynı nitelikte bir başka ölçekle yapılır. Karşılaştırma yapmak için aynı nitelikte bir dış kriter ölçek bulunamadığı durumlarda, ölçmek istenen kavramsal yapıya benzer “ilgili”ölçeklerden yararlanılır (5).

Bu çalışmada, uyum geçerliği için, KMDBÖ 'ne benzer veya eşdeğer bir ölçek bulunamadığı için alternatif bir ölçek kullanılmıştır. Bu amaçla, Beck ve ark. tarafından (1961) adölesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla geliştirilen Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır.

KMDBÖ, krize müdahale düzeyini belirlemek amacıyla, BDÖ ise depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. KMDBÖ toplam 23 maddeden oluşmaktadır. BDÖ ise 2 alt boyut içeren toplam 21 maddeden

oluşmaktadır. KMDBÖ'nin her maddesi, “hiç(0)”, “az(1)”, “biraz(2)”, “ fazla(3)”, “çok fazla(4)” olmak üzere 5’li likert şeklinde derecelendirilmekte, BDÖ ise “ 0 ”dan “3” e doğru maddelerden oluşan bir derecelendirme söz konusudur.

Yeni geliştirilen ölçme aracından alınan puanlar, diğer ölçekten alınan puanlarla uyuyorsa, yeni geliştirilen aracın uyum geçerliğine sahip olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Uyum geçerliği için, aynı kavramsal yapıyı ölçen ölçeklerde korelasyon katsayısının “,70- ,80” gibi güçlü değerler olması gerekir, ilgili ölçeklerle yapılan karşılaştırmalarda ise, orta derecede ilişkiyi gösteren “,50- ,70”büyüklüğündeki korelasyon katsayıları geçerlik katsayısı olarak değerlendirilir (**Tablo 2.2**), (5).

Tablo 2.2: Uyum Geçerliği Nitelendirmeleri (5)

Korelasyon katsayısı	Geçerlik Değerlendirmesi
0,80-1,00	Mükemmel
0,70-0,79	Yüksek
0,50-0,69	Orta
0,00-0,49	Kabul Edilmez

2.5.1.4. Yapı Kavram Geçerliği

KMDBÖ'nin yapı geçerliği için temelde birbiri ile bağıntılı değişkenleri bir araya getirmeye yarayan “**Faktör Analizi**” yöntemi kullanılmıştır. KMDBÖ toplama dayalı bir ölçek olduğu için yapı geçerliğinin belirlenmesinde faktör analizi kullanmak uygundur. Genel olarak faktör analizi; bir bütünü oluşturan boyutların/bileşenlerin belirlenmesinde, değişken sayısının azaltılmasında, gözlemlerin objektif olarak sıraya dizdirilmesinde, vb. sıklıkla kullanılır (5, 16)

Faktör analizi dendiğinde genellikle iki tür faktör analizi akla gelmektedir. Bunlar, **Açıklayıcı faktör analizi** ve **Doğrulayıcı faktör analizidir**. Açıklayıcı faktör analizinde, gözlenen değişkenler yardımıyla verideki faktör yapısı belirlenmeye çalışırken, doğrulayıcı faktör analizinde araştırmacı tarafından belirlenen kurumsal yapının veride var olup olmadığı test edilir. Dolayısıyla,

Açıklayıcı faktör analizinde; belirli bir ön beklenti olsun-olmasın faktör yükleri yardımıyla verinin faktör yapısı belirlenirken, doğrulayıcı faktör analizinde; belirli değişkenlerin, **“bir kurum temelinde önceden belirlenmiş faktörler/boyutlar/yapılar üzerinde ağırlıklı olarak yer alacağı”** düşüncesi test edilir (5, 49, 57).

KMDBÖ alt boyutlarına ilişkin önceden belirlenmiş kurumsal bir bilgi olmadığı için Açıklayıcı Faktör analiz yöntemi kullanılmıştır.

Açıklayıcı Faktör Analizinin Aşamaları

KMDBÖ faktör analizi uygulamasında izlenen aşamalar aşağıdaki gibi özetlenebilir (5).

- Varsayımların sağlanması
- Faktörlenebilirliğin incelenmesi
- Faktör çıkarma yönteminin (factor Extraction Method) belirlenmesi
- Özdeğerlerin (eigenvalues), yamaç grafiğinin (scree plot) incelenmesi, vb. yardımıyla kaç faktörün dikkate alınacağına karar verilmesi
- Gerekğinde Faktör Döndürme (Faktör Rotation) yöntemlerinden yararlanılması
- Yorum (alt boyutların etiketlemesi)
- Faktör /madde yapılarını düzenleme

Bu bilgiler doğrultusunda; faktör analizi olarak, konunun kaç faktörden oluştuğu ile ilgili literatürde kurumsal bir bilgi bulunmaması nedeniyle ölçülmek istenen özelliğin hangi alt faktörlerden oluştuğunu görebilmek için **“Açıklayıcı Faktör Analizi”** yöntemi kullanılmıştır. Ölçek maddeleri eşit aralıklı olduğu için **“Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis)”** yöntemi kullanılmıştır. Birden fazla faktör ortaya çıkartmak içinde **“Varimax Rotasyonu”** yapılmıştır (5, 56).

Varsayımların Sağlanması:

Veri Türü: Tüm değişkenler korelasyon katsayısını hesaplanabileceği bir yapıda, yani sürekli ya da en az Likert türünde olmalıdır. KMDBÖ 5’li likert türü bir ölçek olduğu için veri türü Açıklayıcı faktör analizi için uygun bir yapıdadır (5).

Gözlem Sayısı: Faktör analizi yönteminin uygulanabilmesi için örneklemin belirli bir büyüklüğe sahip olması gerekir. Bu konu ile ilgili literatürde farklı yaklaşımlar mevcuttur. Bunlardan biri 100 kuralıdır; madde başına 5 katılımcı olmalı veya en az 100 kişiye uygulanmalıdır. KMDBÖ’ de 100 kuralı temel alınmıştır ve en az 100 kişiye ulaşmak hedeflenmiştir. KMDBÖ geçerlik ve güvenirlik çalışması için 120 örnekleme ulaşılmıştır (5, 13).

Faktörlenebilirliğin Belirlenmesi:

KMDBÖ’nin faktörlenebilirliğini incelemek için Bartlett’s Küresellik Test ve Keiser-Meyer-Olkin örneklem yeterliği ölçüsü kullanılmıştır. Bartlett’s Küresellik Testi: Korelasyon matrisindeki korelasyonların faktörleşmeyi sağlayacak bir yapıda; genellikle 0,30- 0,90 arasında olması ve 0,30’un altındaki korelasyonların fazla olmaması arzu edilir; çünkü değişkenler arasında düşük ilişki olduğunda bir faktörleşme ortaya çıkmayacaktır. Ayrıca 0.90’ın üzerindeki ilişkiye sahip iki değişkenden birinin faktör analizine alınması daha uygun olacaktır; çünkü bu iki değişken aynı şeyi söylemektedir (5,57).

İstatistiksel yazılımlar, korelasyon matrisindeki korelasyonların anlamlılığını tek tek vermektedir; ancak korelasyonların anlamlılığının tek tek incelenmesi yerine korelasyon matrisinin tümel anlamlılığının incelenmesi gerekir (5).

Bu konuda Bartlett’in Küresellik Testi’nden yararlanılır. KMDBÖ’de Bartlett’in Küresellik testi’nden yararlanılmıştır. Eğer test istatistiğine ilişkin p değeri 0,05’ten küçük ise korelasyon matrisinin faktör analizine uygun olduğu söylenir (5).

Keiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği Ölçüsü: Faktör analizinde incelenen örneklemin faktör analizine uygunluğu birkaç yöntemle yapılabilmektedir. Keiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği Ölçüsü (KMO) bunlardan bir tanesidir (5, 12).

KMDBÖ' de örneklem yeterliği tespiti için bu yöntem kullanılmıştır. KMO 0 ile 1 arasında değişir ve 1'e yaklaşması istenir. İyi bir faktör analizi için KMO ölçüsünün 0,80'den fazla olması beklenir; ancak KMO değerinin 0,60'ın üzerinde olması çoğu zaman yeterli olarak kabul edilebilmektedir. İstatistiksel bir testi olmadığı için KMO değerinin yorumlanması daha çok Tablo 2.3'de verilen nitelendirmeler çerçevesinde yapılır (5).

Tablo 2.3: KMO için Nitelendirmeler (5)

KMO	Örneklem yeterliği
0,90-1,00	Çok iyi
0,80-0,89	İyi
0,70-0,79	Orta
0,60-0,69	Kötü
0,50-0,59	Çok kötü
0,50'nin altı	Kabul edilemez

Faktör Çıkartma: Faktör analizinde farklı faktör çıkarma yöntemleri vardır. Temel bileşenler yöntemi (principal component), En çok olabilirlik yöntemi (maximum likelihood), Merkezsel yöntem (centroid) Çoklu gruplandırma (multiple grouping), Alfa yöntemi bunlardan bazılarıdır. Temel bileşenler yöntemi sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. KMDBÖ'de ölçek maddeleri eşit aralıklı olduğu için Temel Bileşenler Yöntemi kullanılmıştır (5, 60)

Faktör Sayısının Belirlenmesi:

KMDBÖ' de faktör analizinde dikkate alınacak faktör sayısı (dikkate alınacak boyut sayısı) aşağıdaki yaklaşımlarla yapılmıştır.

- Değeri 1'den büyük özdeğer sayısının dikkate alınması. Buna göre, değeri 1' den büyük özdeğer sayısı kadar faktör vardır (5).
- Yamaç eğim grafiğinin(scree plot)dikkate alınması. Yamaç eğim grafiği,faktörler x, özdeğerler y eksenine gelecek şekilde çizilir. Düzmenin diz

yaptığı ya da değişmeye başladığı yer genellikle uygun faktör sayısını verir; ancak bu yaklaşım özdeğer yaklaşımına göre bazen bir, bazen iki, bazen de üç ve daha fazla faktörün dikkate alınması gerektiği şeklinde bir sonuç da üretebilmektedir (5).

Faktör Döndürme: Faktör analizi sonuçları yetersiz bulunursa faktör döndürme (ya da eksen döndürme) işlemlerinden yararlanılabilir. Uygulamada yaygın olarak kullanılan faktör döndürme yöntemleri varimax, quartimax, equamax yöntemleridir (5).

Faktör döndürme sonucunda bir maddenin (değişkenin) bir faktördeki yükü artırılıp, diğer faktördeki yükü azaltılarak, her faktöre en yakın olan maddeler çıkartılmaya çalışılır (5, 36).

KMDBÖ’de faktör döndürme işleminden “**Varimax Rotasyonu**” kullanılmıştır, varimax rotasyonu basit yapıya ve anlamlı faktörlere ulaşmak amacıyla kullanılmaktadır (57).

Faktör analizinde maddelerin yer aldıkları faktördeki yük değerlerinin yüksek olması istenmektedir. Bir faktörle yüksek düzeyde ilişki veren maddelerin bir küme var ise bu olgu, o maddelerin birlikte bir faktörü ölçtüğü anlamına gelmektedir. Faktör analizi sonucunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksek olursa, ölçeğin faktör yapısı da o kadar güçlü olmaktadır (57).

Faktör yükü 0,45 ya da daha yüksek olması seçim için iyi bir ölçüttür. Ancak uygulamada az sayıda madde için bu sınır değer 0,30’a kadar indirilebilmektedir ve her bir boyutun en az üç değişkenden oluşması gerekmektedir (5, 16).

KMDBÖ’ de faktör yükü değerlerinin en az 0,30 olmasına ve her bir boyutun en az üç değişkene sahip olmasına dikkat edilmiştir.

Yorum: KMDBÖ’nin faktör yapılandırmasında, faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktör yüklerine bakılarak, faktörler altında toplanabilecek değişkenler belirlendikten sonra, her bir faktöre ait isim bulunmuştur. Bu işleme “**etiketleme**”denilmektedir (13,16, 26).

2.5.2. Ölçeğin Güvenirliği

2.5.2.1. İç Tutarlılık Güvenirliği

Denemeden denemeye ortalama değlerlerde meydana gelen değışiklikleri gözönüne almadan güvenirliği ölçmek isteyebiliriz. Örneğin veriler sıralı (Likert türü bir ölçek) bir veri türünde ise ortalama değleri dikkate almak uygun değildir. Böyle durumlarda, ortalamadaki değışimlerden kaynaklanan varyansı göz ardı ederek, deneklerin sadece sıralamadan kaynaklanan varyansı elde edilir ve bu değ R₂ ile gösterilir. Bu değere **Cronbach alfa katsayısı**denir (24).

Cronbach alfa kat sayısı, toplam puanlar üzerine kurulu **Likert türü** bir ölçeğin güvenirliğinin hesaplanmasında sıklıkla kullanılır. KMDBÖ likert türü bir yapıda planlandığı için güvenirlik değlendirilmesinde cronbach alfa kat sayısı hesaplanmıştır.

Cronbach alfa kat sayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının (homojenliğinin) bir ölçüsüdür. Diğer bir deyişle, cronbach alfa katsayısı ile ölçekte yer alan k tane sorunun türdeş bir yapıya açıklamak ya da sorgulamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarının sorgulanması konusunda bilgi elde edilir (5).

İlgili ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa“bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu ya da tüm maddelerin o ölçüde birlikte çalıştığı”yorumuyapılır. Sonuç olarak, cronbach alfa katsayısı yüksekse yanıtlayıcıların ölçek maddelerine verdikleri yanıtlar birbirleri ile o derecede tutarlı olmakta ve ölçek ilgili kavramsal yapıdan ayrılmayan maddelerden oluşmaktadır (5,16). Alfa katsayısı aşağıdaki gibi nitelendirilir (5).

Tablo 2.4: Cronbach Alfa Katsayısı Nitelendirmeleri (5)

Alfa Katsayısı- Açıklama

0,80-1,00	Geliştirilen ölçek yüksek güvenilirliğe sahiptir.
0,60-0,79	Geliştirilen ölçek oldukça güvenilirdir.
0,40-0,59	Geliştirilen ölçek güvenilirliği düşürülür.
0,00-0,39	Geliştirilen ölçek güvenilir değildir.

2.5.2.2. Korelasyon Analizi

Klasik test kuramı kapsamında güvenilirliği saptamak için değişik korelasyon analizleri yapılır; Maddeler arası korelasyon, Toplam puanla maddeler arası korelasyon, Toplam puanlar arasındaki korelasyon, Gözlemci değerlendirme puanları arasındaki korelasyon bunlardan bazılarıdır (57).

KMDBÖ'nin, iç tutarlılığını saptamak için, yukarıda belirtilen korelasyon analizi yöntemlerinden maddelerin birbiri ile ve ölçeğin bütünü ile ne derece ilişkili olduğunu ortaya koyan maddeler arası ve madde-toplam korelasyon analizi yöntemleri kullanılmıştır. KMDBÖ likert türü bir ölçek olduğu için maddeler arası ve madde-toplam korelasyon yöntemlerinden **“Spearman Korelasyon Analizi”**yöntemi kullanılmıştır. Bu analizler sonucunda elde edilen sonuçlar doğrultusunda değişkenler arasındaki ilişkinin gücü saptanmıştır. Tablo 2. 5' de korelasyon katsayılarının yorumu gösterilmektedir (5, 57).

Tablo 2.5: Korelasyon Katsayılarının Yorumu (5)

Değer	Güvenirlik
$r > .80$	Yüksek
$r = .60-.80$	Güçlü İlişki
$r = .40-.59$	Orta Derecede İlişki
$r = .20-.39$	Düşük İlişki
$r < .20$	Zayıf İlişki (Tasadüfî olabilir)

2.6. Süre ve Olanaklar

Araştırma 2011 yılında planlanmış ve 2012 Ocak ayında etik kurula sunulmuştur. Araştırma verileri 01.02.2013-30.05.2013 tarihleri arasında toplanmış ve değerlendirme çalışmaları yürütülerek, araştırma raporu yüksek lisans tez çalışması olarak 23.06.2015 tarihinde sunulmuştur.

2.7. Etik Açıklamalar

Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulundan yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alınıp araştırma verileri toplanmıştır.

Bunların yanı sıra, araştırmaya katılacak kişilerden güvenilir yanıtlar alabilmek için uygulamadan önce, araştırma ile ilgili gerekli bilgiler verilmiştir. Bireylerin kendilerini rahat hissedebilmeleri için, isim belirtilmeyeceği, verecekleri bilgilerin gizli kalacağı ve araştırma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacağına dair açıklama yapılması ve bu bilgiler ışığında araştırmaya katılıp katılmama konusunda hiçbir baskı yapılmadan gönüllü katılım olması sağlanmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR

3.6.Krize Müdahale Birimlerine Başvuran Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 3.6: Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
CİNSİYET		
Kadın	67	60,9
Erkek	43	39,1
YAŞ ORTALAMASI	$\bar{x} = 26,7 \pm 9,5$	
MEDENİ DURUM		
Bekâr	65	59,1
Evli	31	28,2
Boşanmış/Dul	14	12,7
EĞİTİM DURUMU		
Okur- Yazar Değil	4	3,6
İlköğretim	57	51,8
Lise	31	28,2
Üniversite/Yüksek Okul	18	16,4
MESLEK DURUMU		
Emekli	2	1,83
İşsiz Ya Da İş Buldukça Çalışıyor	26	23,85
Öğrenci	20	18,34
Ev Hanımı	28	25,6
Diğer	33	30,27
GELİR DURUMU		
Gelir-giderden yüksektir	9	8,2
Gelir –gider dengededir	30	27,3
Gelir –giderden düşüktür	71	64,5
Toplam	110	100

Tablo 3.6:Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılım (Devam)

	Sayı (n)	Yüzde(%)
YAŞADIĞI YER		
Köy	16	14,5
İlçe	34	30,9
Şehir	60	54,5
AİLE TİPİ		
Çekirdek	56	50,9
Geniş	36	32,7
Parçalanmış	18	16,4
HASTALIK DURUMU		
Yok	76	69,1
Psikiyatrik Hastalık	31	28,2
Fiziksel Hastalık	3	2,7
YAŞADIĞI KRİZLE İLGİLİ DESTEK DURUMU		
Yok	63	57,3
Var Biraz	25	22,7
Var Orta	14	12,7
Var Çok	8	7,3
YAŞANILAN KRİZ NASIL ALGILANIYOR		
Düşük	7	6,4
Orta	32	29,1
Yüksek	63	57,3
Çok Yüksek	8	7,3
Toplam	110	100

Tablo 3.6'da Krize Müdahale birimlerine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Çalışma kapsamına alınan bireylerin %60,9'unun bayan, % 39,1'inin erkek olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $26,7 \pm 9,5$ olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerin medeni durumları incelendiğinde; % 59,1'inin bekâr, % 28,2'sinin evli, % 12,7'sinin boşanmış/ dul olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumları incelendiğinde; % 3,6'sının okur-yazar olmadığı, % 51,8'inin ilköğretim mezunu olduğu, % 28,2'sinin lise mezunu olduğu, % 16,4'ünün üniversite/ yüksek okul mezunu olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin meslek durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; % 1,83' ünün emekli, % 23,85'i işsiz ya da iş buldukça çalışıyor, % 18,34'ünün öğrenci, % 25,6' sının ev hanımı, %30,27'sinin diğer meslek guruplarına mensup olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin gelir durumları incelendiğinde; % 8,2'sinin gelir-giderden yüksek, % 27,3'ünün gelir-gider dengede, % 64,5'inin gelir-giderden düşük olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan bireyler yaşadıkları yerlere göre dağılımları incelendiğinde; % 14,5' inin köyde, % 30,9' unun ilçede, % 54,5'inin şehir merkezinde yaşadığı saptanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin aile yapılarına göre dağılımı incelendiğinde; % 50,9'unun çekirdek aile, % 32,7'sinin geniş aile, 16,4'ünün parçalanmış aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin hastalık durumu incelendiğinde % 69,1'inin herhangi bir rahatsızlığa sahip olmadığı, % 28,2'sinin psikiyatrik bir hastalık durumuna sahip olduğu, % 2,7'sinin fiziksel bir hastalık durumuna sahip olduğu saptanmıştır.

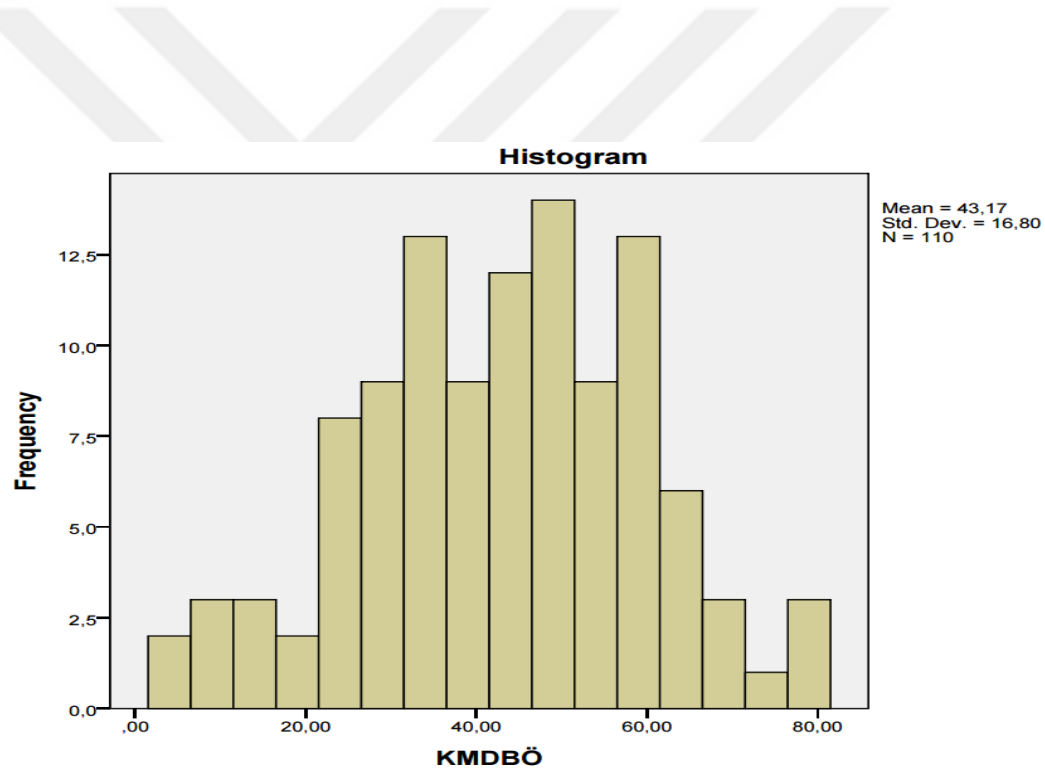
Çalışmaya katılan bireylerin yaşadığı kriz ile ilgili destek durumu incelendiğinde; % 57,3'ünün destek durumunu **“yok”**, % 22,7'sinin destek durumunu **“var biraz”**, % 12,7'sinin destek durumunu **“var orta”**, % 7,32'ünün destek durumunu **“var çok”** olarak tanımladıkları saptanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin yaşadığı kriz durumu ile ilgili destek algıları incelendiğinde; % 6,4'ünün yaşadığı kriz düzeyini düşük olarak, % 29,1'inin yaşadığı kriz düzeyini orta olarak, % 57,3'ünün yaşadığı kriz düzeyini yüksek olarak, % 7,3'ünün yaşadığı kriz düzenini çok yüksek olarak tanımladığı saptanmıştır.

3.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Kriz Merkezlerine Başvuru Nedenleri ve KMDBÖ Puan Ortalaması Dağılımı

Çalışmaya katılan olguların başvuru nedenleri incelendiğinde; % 37 oranla aile içi süreçlerde bozulmaya bağlı intihar girişiminde bulunma veya ruhsal zorlanma, % 27,2 oranla ekonomik sebeplere bağlı intihar girişiminde bulunma veya ruhsal zorlanma, % 21,8 oranla karşı cins ile ilişki problemlerine bağlı intihar girişiminde bulunma veya ruhsal zorlanma, % 17,2 oranla kayıp yaşamaya bağlı intihar girişiminde bulunma veya ruhsal zorlanma olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan olguların KMDBÖ puan ortalaması dağılımı histogram grafiği ile gösterilmiştir (Grafik 3.1.)



Grafik 3.1: KMDBÖ'nin Puan Ortalaması Dağılımı

3.3. KMDBÖ'nin Geçerlik ve Güvenirlik Değerlendirilmesi

3.3.1. KMDBÖ' in Geçerlik Değerlendirmesi

3.3.1.1. Kapsam Geçerliği:

KMDBÖ kapsam geçerliği incelemesi için, uzman görüşlerini kapsayan nitel çalışmaları, istatistiksel nicel çalışmalara dönüştüren bir yol izlenmiştir. Bunun için,

aday ölçek formu hazırlanmış ve alanla ilgili uzman grubu oluşturularak 9 uzmanın (Dört uzman psikolog, bir psikiyatr, bir doktor, bir sosyal hizmet uzmanı, iki öğretim görevlisi) görüşü alınmıştır.

Lawshe tekniği kullanılarak, maddelere ilişkin kapsam geçerlik oranları ve ölçeğe ilişkin kapsam geçerlik indeksi ile kapsam geçerlik ölçütü hesaplanmıştır (Ek V).

Aday Ölçek maddelerin KGO değerleri negatif ya da “0” değer içermediğinden hiçbir madde ölçekten çıkartılmamıştır. Bazı maddeler uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda yeniden şekillendirilmiş ve nihai form son şeklini almıştır.

Tablo 2.3’e göre, KMDBÖ için, KGÖ 0.75 olarak belirlenmiştir. KMDBÖ’nin her bir maddesi için hesaplanan toplam KGO değerlerinin ortalaması alınarak KGİ değeri 0,9 olarak hesaplanmıştır. $KGİ \geq KGÖ$ ($0,9 \geq 0,75$) olduğundan kapsam geçerliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

3.3.1.2. Yüzey Geçerliği

Manisa Devlet Hastanesi Krize Müdahale Merkezine başvuran 10 kişi tarafından, ölçek maddeleri açıklık, netlik, terimlerin anlaşılabilirliği yönünden değerlendirilmiştir. Bu pilot uygulama sonunda ölçek maddelerinde herhangi bir değişiklik yapılmasına gerek duyulmamıştır. Bundan sonra ölçekteki her bir madde “hiç”, “az”, “biraz”, “fazla” ve “çok fazla” şeklinde 5’li likert olarak yanıtlanacak şekilde düzenlenerek 23 maddeden oluşan KMDBÖ’nin son şekli verilmiştir (Tablo3.7).

Tablo 3.7: Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği

Bu ölçek krize müdahale düzeyini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içine alınız. Eğer her hangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (Örneğin başkalarının duymadığı sesler duyuyorum), böyle bir durumda ‘ ‘ 0 ‘ ‘ seçeneğini daire içersine alınız. Bunun dışında, tüm maddeleri hayatınızdaki son 1,5 ayı düşünerek kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız. Her madde için bir sayıyı daire içersine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız. Teşekkür ederim.

HAYIR EVET

	MADDELER	Hiç	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla
		↓	↓	↓	↓	↓
1	Son zamanlarda uyku ve iştahla ilgili problemler yaşıyorum.	0	1	2	3	4
2	Bir işin üstesinden gelebilecek düzeyde enerjiye sahip olmadığımı düşünüyorum.	0	1	2	3	4
3	Son zamanlarda hayattan zevk alamıyorum.	0	1	2	3	4
4	Son zamanlarda ailem ve çevremdeki insanlarla olan ilişkilerimde sorunlar yaşıyorum.	0	1	2	3	4
5	Aklım başka düşüncelerle meşgul olduğu için yaptığım işe odaklanamıyorum.	0	1	2	3	4
6	Son zamanlarda karar vermekte zorlanıyorum.	0	1	2	3	4
7	Yaşadığım sorunlarla ilgili bana destek sağlayabilecek kişi ya da kurumlardan yardım alma konusunda isteksizim.	0	1	2	3	4
8	Zihinsel kapasitem ile gösterdiğim başarı arasında son zamanlarda bir tutarsızlık olduğunu düşünüyorum.	0	1	2	3	4
9	Son üç ay içerisinde birçok kez psikolojik destek almak için hastaneye başvurdum.	0	1	2	3	4
10	Son zamanlarda yaşadığım olayları anlamlandıramıyorum, kendimi tuhaf/garip düşünceler içerisinde buluyorum.	0	1	2	3	4
11	Son zamanlarda mantıklı olmayan davranışlar sergiliyorum.	0	1	2	3	4
12	Son zamanlarda yaşadıklarım iş/egitim hayatımı olumsuz etkiliyor.	0	1	2	3	4
13	İçinde bulunduğum durumdan kurtulmak için önerilerde bulunan insanlarla anlaşma sağlamakta sorun yaşıyorum.	0	1	2	3	4
14	Son zamanlarda kendimi umutsuz ve çaresiz hissediyorum.	0	1	2	3	4
15	Son zamanlarda çevreme karşı yoğun bir öfke hissediyorum.	0	1	2	3	4
16	Son zamanlarda çevreme yönelik saldırganlık içeren planlar yapıyorum.	0	1	2	3	4
17	Son zamanlarda çevreme yönelik saldırgan davranışlarım oldu.	0	1	2	3	4
18	Başkalarının duymadığı sesleri duyuyorum.	0	1	2	3	4
19	Kendime zarar vermek için ayrıntılı planlar yapıyorum.	0	1	2	3	4
20	Kendime zarar vermek için yaptığım planların ölümcül olduğunu düşünüyorum.	0	1	2	3	4
21	Son zamanlarda kontrolümü kaybettiğimi düşünüyorum.	0	1	2	3	4
22	Daha önce intihar girişiminde bulundum.	0	1	2	3	4
23	Yukarıdaki soruları cevaplarken kendim ile ilgili bilgi vermekte istekli değildim	0	1	2	3	4

KMDBÖ'nin son şekli araştırma evrenine uygulanmıştır. KMDBÖ çalışmaya katılmayı kabul eden 120 birey tarafından doldurulmuştur. KMDBÖ'nin yanıtlanma durumu incelenmiş en az bir maddenin yanıtsız bırakıldığı 10 anket değerlendirme dışı bırakılmıştır. Geriye kalan 110 anket ile geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır.

3.3.1.3. Uyum Geçerliği

Bu çalışmada, uyum geçerliği için, KMDBÖ'ne benzer veya eşdeğer bir ölçek bulunamadığı için alternatif bir ölçek kullanılmıştır. Bu amaçla, Beck ve ark. tarafından (1961) adölesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla geliştirilen Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır.

Yeni geliştirilen ölçme aracından alınan puanlar, diğer ölçekten alınan puanlarla uyuyorsa, yeni geliştirilen aracın uyum geçerliğine sahip olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (5).

Tablo 3.8: KMDBÖ Puanları ile BDÖ'nin Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Uyum Analizi Sonuçları

	KMDBÖ	BDÖ Bilişsel	BDÖ Somatik-afektif	BDÖ Toplam
KMDBÖ Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 110	,781** ,000 110	,683** ,000 110	,789** ,000 110
BDÖ_bilişsel Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,781** ,000 110	1 110	,756** ,000 110	,959** ,000 110
BDÖ_somatik-afektif Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,683** ,000 110	,756** ,000 110	1 110	,911** ,000 110
BDÖ_toplam Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,789** ,000 110	,959** ,000 110	,911** ,000 110	1 110

KMDBÖ puanı ile BDÖ'nin toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanlarını arasındaki uyumu incelemek için Pearson Correlation katsayıları hesaplanmıştır (**Tablo 3.8**). KMDBÖ toplam puanı ile BDÖ toplam puanı arasında yüksek derecede bir ilişki saptanmıştır ($r = 0,789$, $p < 0,01$, bkz **Tablo 2.5**).

BDÖ bilişsel alt boyut toplam puanı ile KMDBÖ toplam puanı arasında yüksek derecede bir ilişki saptanmıştır ($r = 0,781$, $p < 0,01$). BDÖ somatik–efektif alt boyutu toplam puanı ile KMDBÖ toplam puanı arasında orta derecede bir ilişki saptanmıştır ($r = 0,683$, $p < 0,01$, bkz **Tablo 2.5**).

BDÖ, KMDBÖ ile aynı kavramsal yapıyı ölçmediği için aralarındaki korelasyon katsayısının orta derecede bir ilişkiyi gösteren “,50 - ,70 ” büyüklüğünde olması geçerlik kanıtı olarak değerlendirilir (bkz **Tablo 2.5**). KMDBÖ ile BDÖ arasındaki uyum katsayısının 0,789 olduğu, dolayısı ile iki ölçek arasında yüksek bir uyum geçerliği olduğu saptanmıştır.

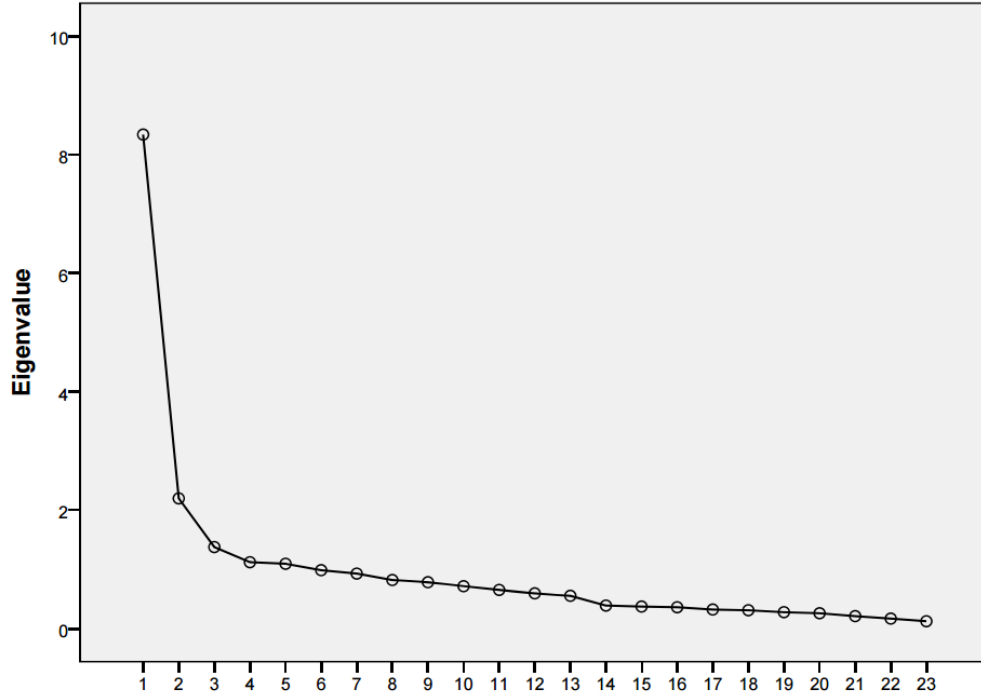
3.3.1.4. Yapı Geçerliği: KMDBÖ'nin alt boyutlarını saptamak amacıyla yapı geçerliği değerlendirilmiştir. KMDBÖ likert türü bir ölçek olduğundan ve alt boyutları herhangi bir kurumsal literatürde yer almadığından “*Açıklayıcı Faktör Analizi*” yöntemlerinden “*Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis)*” yöntemi kullanılmış ve birbirinden bağımsız birden çok alt boyut (faktör) ortaya çıkarmak için dik açılı döndürme biçimlerinden biri olan “*Varimax Rotasyonu*” yapılmıştır(5, 57).

İncelenen örneklemin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve değişkenlerin yüksekilişkili olmadığını ve eşit varyansa sahip olduğu hipotezinin testi için Barlett testi yapılmıştır. Barlett testi sonucunun ($\chi^2_{45} = 1223,077$, $p < .0001$) anlamlı olduğu saptanmıştır. Barlett katsayısının anlamlı çıkması evrendeki dağılımın normal olduğunun göstergesidir (5).

KMO örneklem değeri ,854 olarak bulunmuştur. KMO değeri 0 ile 1 arasında değişmektedir. KMO test sonucunun. 50'den büyük olması faktör analizine devam edilebileceği anlamına gelmektedir. KMO değeri **Tablo 2.3**'de verilen nitelendirmeler çerçevesinde incelendiğinde ise genel olarak faktör analizi uygulaması için iyi bir sonuç olarak yorumlanır(5).

KMDBÖ için yapılan faktör analizinde, özdeğeri 1'i aşan 5 faktör saptanmış olsa da, Faktör çözümlemesi önce beşli, sonra dördü ve üçlü olarak tekrar sınanmış maddelerin kapsam geçerliği çerçevesinde anlamlı kümeleşmeler oluşturmadığı görülmüştür. Buna göre, maddelerin toplandığı boyutlar ve faktör yüklerine en uygun çözümlemenin iki faktörlü yapı olduğuna karar verilmiştir.

Scree Plot



Grafik 3.2: KMDBÖ'nin Faktör Analizi Yamaç Eğim Grafiği

Tablo 3.9: KMDBÖ Açıklanan Toplam Varyans ve Özdeğerler

Maddeler	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Toplam	Özdeğer varsans Yüzdesi	Toplam Yüzde (%)	Toplam	Özdeğer varsans Yüzdesi (%)	Toplam Yüzde
Madde 1	8,338	36,251	36,251	5,639	24,519	24,519
Madde 2	2,199	9,560	45,812	4,897	21,292	45,812
Madde 3	1,378	5,991	51,803			
Madde 4	1,123	4,880	56,683			
Madde 5	1,096	4,767	61,450			
Madde 6	,988	4,296	65,746			
Madde 7	,931	4,047	69,793			
Madde 8	,822	3,574	73,367			
Madde 9	,785	3,413	76,781			
Madde 10	,718	3,121	79,902			
Madde 11	,655	2,848	82,750			
Madde 12	,597	2,596	85,347			
Madde13	,555	2,414	87,761			
Madde 14	,391	1,701	89,462			
Madde 15	,374	1,628	91,089			
Madde 16	,363	1,577	92,667			
Madde 17	,324	1,410	94,077			
Madde 18	,312	1,357	95,433			
Madde 19	,279	1,214	96,647			
Madde 20	,261	1,137	97,783			
Madde 21	,212	,923	98,707			
Madde 22	,171	,744	99,450			
Madde 23	,126	,550	100,000			

KMDBÖ Faktör Analizi sonucunda, toplam varyansın % 45'ini açıklayan özdeğeri 1'i aşan 2 faktör bulunduğu **Tablo 3.9'** da gösterilmiştir. Toplam açıklanan varyansın %24'ü birinci faktör, %21'i ikinci faktör tarafından açıklanmıştır.

Toplam varyansın % 45'ini açıklayan bu iki faktörün varimax rotasyonu sonrasındaki faktör yükleri Tablo 3.10'de gösterilmiştir. Faktör yüklerine göre alt boyutlar belirlenmiştir. Ölçeğin faktör çözümlemesi yapılırken, her bir faktör grubunda yer alan değişkenin en az “30” faktör yüküne sahip olması gerekliliği göz önünde bulundurulmuştur.



Tablo 3.10: KMDBÖ'deki değişkenlerin (maddelerin) Faktör Yükleri (Döndürülmüş Faktör Matrisi)

Ölçek Maddeleri	Faktör 1	Faktör 2
Madde 5	,777	
Madde 2	,756	
Madde 1	,694	
Madde 3	,672	
Madde 14	,660	
Madde 12	,654	
Madde 4	,644	
Madde 10	,635	
Madde 6	,610	
Madde 15	,533	
Madde13	,484	
Madde8	,439	
Madde7	,395	
Madde17		,833
Madde 18		,749
Madde 19		,749
Madde16		,711
Madde 22		,594
Madde 20		,526
Madde 9		,498
Madde23		,477
Madde 11		,444
Madde21		,421

Sonuç olarak, 5. , 2. , 1. , 3. , 14. , 12. , 4. ,10. , 6. , 15. , 13. , 8. , 7. maddeler birinci faktörü, 17. , 18. , 19. , 16. , 22. , 20. , 9. , 23. , 11. , 21. maddeler ikinci faktörü oluşturmaktadır.

Böylece, birinci faktörde yer alan 13 maddenin yük değerinin, 0,395-0,777 arasında, ikinci faktörde yer alan 10 maddenin yük değerinin, 0,421-.0,833 arasında değiştiği saptanmıştır.

Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi neticesinde iki faktörden oluştuğu görülmektedir. Ölçeğin her bir boyutunda yer alan maddeler göz önünde bulundurularak faktörler şu şekilde etiketlenmiştir. Birinci faktör “*Bakım düzeyinin tayin edilmesi*” ikinci faktör “*Risk durumunun belirlenmesi*” dir. (Tablo 3.11).



Tablo 3.11: Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği Alt Boyutları

Madde No	Faktörler	MADDELER
5	Bakım düzeyinin tayin edilmesi	Aklım başka düşüncelerle meşgul olduğu için yaptığım işe odaklanamıyorum.
2		Bir işin üstesinden gelebilecek enerjiye sahip olmadığımı düşünüyorum.
1		Son zamanlarda uyku ve iştahla ilgili problemler yaşıyorum
3		Son zamanlarda hayattan zevk alamıyorum
14		Son zamanlarda kendimi umutsuz ve çaresiz hissediyorum.
12		Son zamanlarda yaşadıklarım iş/eğitim hayatımı olumsuz etkiliyor.
4		Son zamanlarda ailem ve çevremdeki insanlarla olan ilişkilerimde sorunlar yaşıyorum.
10		Son zamanlarda yaşadığım olayları anlamlandıramıyorum, kendimi tuhaf/garip düşünceler içerisinde buluyorum.
6		Son zamanlarda karar vermekte zorlanıyorum.
15		Son zamanlarda çevreme karşı yoğun bir öfke hissediyorum.
13		İçinde bulunduğum durumdan kurtulmak için önerilerde bulunan insanlarla anlaşma sağlamakta sorun yaşıyorum.
8		Zihinsel kapasitem ile gösterdiğim başarı arasında son zamanlarda bir tutarsızlık olduğunu düşünüyorum.
7		Yaşadığım sorunlarla ilgili bana destek sağlayabilecek kişi ya da kurumlardan yardım alma konusunda isteksizim.
17	Risk durumunun belirlenmesi	Son zamanlarda çevreme yönelik saldırgan davranışlarım oldu.
18		Başkalarının duymadığı sesler duyuyorum.
19		Kendime zarar vermek için ayrıntılı planlar yapıyorum.
16		Son zamanlarda çevreme yönelik saldırganlık içeren planlar yapıyorum.
22		Daha önce intihar girişiminde bulundum.
20		Kendime zarar vermek için yaptığım planların ölümcül olduğunu düşünüyorum.
9		Son üç ay içerisinde birçok kez psikolojik destek almak için hastaneye başvurdum.
23		Yukarıdaki soruları cevaplarken kendim ile ilgili bilgi vermekte istekli değildim.
11		Son zamanlarda mantıklı olmayan davranışlar sergiliyorum.
21		Son zamanlarda kontrolümü kaybettiğimi düşünüyorum.

3.3.2. KMDBÖ'nin Güvenirlik Değerlendirmesi

3.3.2.1. Cronbach Alpha

KMDBÖ'nin iç tutarlılık güvenirliğini sınamak için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı (r) hesaplanmıştır. Maddelerinin birbiri ile tutarlı olup olmadığını ve maddelerin hipotetik bir değişkeni ölçüp ölçmediği konusunda bilgi veren Cronbach Alpha katsayıları aşağıda **Tablo 3. 12'**de verilmiştir.

Tablo 3.12: KMDBÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Alfa Güvenirlik Katsayıları

	Madde Sayısı	Cronbach Alpha İç Tutarlılık Katsayısı (r)
1. Faktör	13	0,893
2. Faktör	10	0,846
KMDBÖ	23	,916

KMDBÖ'nin faktör analizi sonucunda belirlenen iki alt boyutunun Cronbach alpha değerleri hesaplanmıştır. **Tablo 3.12'**deki değerlere göre, 1. Faktör için 0,893; 2 Faktör için 0,846; ölçeğin bütünü için 0,916' tir. İstatistiksel ölçümler sonucu elde edilen bu veriler gerek KMDBÖ alt boyutları için gerekse ölçeğin bütünü için kabul edilebilir düzeydedir.

1. Faktör, 2. Faktör ve ölçeğin bütününe kapsayan r değerlerinin 0,80-1,00 aralığında bulunması geliştirilen ölçeğin yüksek güvenirliğe sahip olduğunu ifade eder (Bölüm II,syf: 35, bkz Tablo 2.4).

3.3.2.2. Korelasyon Analizi

KMDBÖ'nin iç tutarlılığını sınamak için *“Maddeler Arası Korelasyon”* ve *“Madde-Toplam Puan Korelasyonu”* analizleri kullanılmıştır. KMDBÖ likert tipi bir ölçek olduğu için maddeler arası ve madde-toplam korelasyon analizi olarak *“Spearman Korelasyon Analizi Yöntemi”* kullanılmıştır (57).

KMDBÖ'ni oluşturan maddelerin birbiri ile ve ölçeğin bütünü ile ne derece ilişkili olduğunu gösteren analiz bulguları **Tablo 3. 13'** da gösterilmiştir. Tabloya göre, iki madde arasında ters ilişkiyi ifade eden negatif bir bulguya ve madde-toplam korelasyon katsayısı 0,30'un altında olan herhangi bir maddeye rastlanmamıştır.

Tablo 3. 13 incelendiğinde, ölçekteki 2., 3., 5., 10., 12., 13., 15. , 16., 17., 18., 19. maddelerin ölçeğin bütünü ile *“güçlü bir ilişki”* içinde; 4., 6., 7., 8., 9., 11., 14., 20., 21., 22., 23. maddelerin *“orta derecede bir ilişki”* içinde; 1. maddenin *“düşük bir ilişki”* içinde olduğu görülmektedir (Tablo 2. 5 bkz bölüm II). Ölçekteki maddelerin toplam ölçek puanı ile korelasyon katsayıları 0,355 ile 0,728 arasında değişmektedir. Bu sonuçlar, $\alpha = .001$ önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**Tablo 3.16** $p < .001$).

Tablo 3.13: KMDBÖ'nin Maddeler Arası ve Maddeler-Toplamı Puan Korelasyon Analizi Sonuçları

Spearman's Correlation		Ölçek Toplam	M-1	M-2	M-3	M-4	M-5	M-6	M-7	M-8	M-9	M-10
Ölçek Toplam	R	1,000	,355**	,660**	,632**	,599**	,623**	,458**	,424**	,573**	,514**	,665**
	P	,000.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 1	R	,355**	1,000	,471**	,338**	,346**	,470**	,249**	,294**	,177	,038	,335**
	P	,000	.	,000	,000	,000	,000	,009	,002	,065	,695	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 2	R	,660**	,471**	1,000	,602**	,465**	,650**	,420**	,197*	,337**	,392**	,405**
	P	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,039	,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 3	R	,632**	,338**	,602**	1,000	,383**	,540**	,428**	,212*	,388**	,238*	,363**
	P	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,026	,000	,012	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 4	R	,599**	,346**	,465**	,383**	1,000	,502**	,304**	,208*	,431**	,332**	,414**
	P	,000	,000	,000	,000	.	,000	,001	,029	,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 5	R	,623**	,470**	,650**	,540**	,502**	1,000	,443**	,228*	,358**	,250**	,415**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,016	,000	,008	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 6	R	,458**	,249**	,420**	,428**	,304**	,443**	1,000	,095	,216*	,197*	,441**
	P	,000	,009	,000	,000	,001	,000	.	,322	,023	,039	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 7	r	,424**	,294**	,197*	,212*	,208*	,228*	,095	1,000	,278**	,117	,233*
	P	,000	,002	,039	,026	,029	,016	,322	.	,003	,222	,014
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 8	r	,573**	,177	,337**	,388**	,431**	,358**	,216*	,278**	1,000	,249**	,440**
	P	,000	,065	,000	,000	,000	,000	,023	,003	.	,009	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 9	r	,514**	,038	,392**	,238*	,332**	,250**	,197*	,117	,249**	1,000	,345**
	P	,000	,695	,000	,012	,000	,008	,039	,222	,009	.	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 10	r	,665**	,335**	,405**	,363**	,414**	,415**	,441**	,233*	,440**	,345**	1,000
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,014	,000	,000	.
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 11	r	,579**	,053	,332**	,390**	,382**	,252**	,398**	,097	,377**	,376**	,498**
	P	,000	,582	,000	,000	,000	,008	,000	,314	,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M-12	r	,622**	,407**	,544**	,399**	,365**	,449**	,226*	,248**	,252**	,164	,518**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,018	,009	,008	,087	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 13	r	,608**	,210*	,416**	,452**	,368**	,321**	,219*	,267**	,352**	,323**	,407**
	P	,000	,028	,000	,000	,000	,001	,022	,005	,000	,001	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 14	r	,563**	,348**	,364**	,377**	,544**	,418**	,256**	,303**	,259**	,091	,460**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,007	,001	,006	,346	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 15	r	,707**	,167	,436**	,440**	,467**	,509**	,218*	,325**	,335**	,338**	,341**
	P	,000	,081	,000	,000	,000	,000	,022	,001	,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 16	r	,728**	,023	,346**	,426**	,324**	,371**	,356**	,294**	,347**	,318**	,342**
	P	,000	,815	,000	,000	,000	,000	,000	,002	,000	,001	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 17	r	,711**	-,016	,278**	,292**	,309**	,318**	,276**	,280**	,336**	,425**	,385**
	P	,000	,866	,003	,002	,001	,001	,003	,003	,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 18	r	,631**	,003	,319**	,266**	,299**	,254**	,117	,193*	,356**	,406**	,316**
	P	,000	,978	,001	,005	,002	,007	,224	,043	,000	,000	,001
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 19	r	,632**	,056	,262**	,267**	,351**	,270**	,122	,158	,452**	,349**	,350**
	P	,000	,559	,006	,005	,000	,004	,203	,099	,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 20	r	,597**	,130	,352**	,357**	,196*	,331**	,327**	,220*	,324**	,229*	,518**
	P	,000	,176	,000	,000	,040	,000	,000	,021	,001	,016	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 21	r	,543**	,079	,327**	,401**	,192*	,254**	,230*	,208*	,273**	,177	,350**
	P	,000	,411	,000	,000	,044	,007	,016	,029	,004	,064	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 22	r	,445**	,041	,220*	,167	,113	,101	,098	,170	,067	,169	,111
	P	,000	,673	,021	,082	,238	,293	,307	,076	,484	,077	,248
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M-23	r	,438**	,030	,243*	,262**	,231*	,153	,022	,242*	,235*	,344**	,230*
	P	,000	,758	,011	,006	,015	,110	,822	,011	,013	,000	,016
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110

Tablo 3.16: KMDBÖ'nin Maddeler Arası ve Maddeler-Toplamı Puan Korelasyon Analizi Sonuçları (Devam)

Spearman's Correlation		M-11	M-12	M-13	M-14	M-15	M-16	M-17	M-18	M-19	M-20	M-21	M-22	M-23
Ölçek Toplam	r	,579**	,622**	,608**	,563**	,707**	,728**	,711**	,631**	,632**	,597**	,543**	,445**	,438**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 1	r	,053	,407**	,210*	,348**	,167	,023	-,016	,003	,056	,130	,079	,041	,030
	P	,582	,000	,028	,000	,081	,815	,866	,978	,559	,176	,411	,673	,758
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 2	r	,332**	,544**	,416**	,364**	,436**	,346**	,278**	,319**	,262**	,352**	,327**	,220*	,243*
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,003	,001	,006	,000	,000	,021	,011
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 3	r	,390**	,399**	,452**	,377**	,440**	,426**	,292**	,266**	,267**	,357**	,401**	,167	,262**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,005	,005	,000	,000	,000	,082	,006
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 4	r	,382**	,365**	,368**	,544**	,467**	,324**	,309**	,299**	,351**	,196*	,192*	,113	,231**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,001	,002	,000	,040	,044	,238	,015
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 5	r	,252**	,449**	,321**	,418**	,509**	,371**	,318**	,254**	,270**	,331**	,254**	,101	,153
	P	,008	,000	,001	,000	,000	,000	,001	,007	,004	,000	,007	,293	,110
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 6	r	,398**	,226*	,219*	,256**	,218*	,356**	,276**	,117	,122	,327**	,230*	0,98	0,22
	P	,000	,018	,022	,007	,022	,000	,003	,224	,203	,000	,016	,307	,822
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 7	r	,097	,248**	,267**	,303**	,325**	,294**	,280**	,193*	,158	,220*	,208*	,170	,242**
	P	,314	,009	,005	,001	,001	,002	,003	,043	,099	,021	,029	,076	,011
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 8	r	,377**	,252**	,352**	,259**	,335**	,347**	,336**	,356**	,452**	,324**	,273**	,067	,235**
	P	,000	,008	,000	,006	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,004	,484	,013
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 9	r	,376**	,164	,323**	,091	,338**	,318**	,425**	,406**	,349**	,229*	,177	,169	,344**
	P	,000	,087	,001	,346	,000	,001	,000	,000	,000	,016	,064	,077	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 10	r	,498**	,518**	,407**	,460**	,341**	,342**	,385**	,316**	,350**	,518**	,350**	,111	,230*
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,248	,016
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 11	r	1,000	,344**	,393**	,290**	,338**	,423**	,454**	,351**	,302**	,279**	,207*	,086	,261**
	P	.	,000	,000	,002	,000	,000	,000	,000	,001	,003	,030	,370	,006
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 12	r	,344**	1,000	,439**	,490**	,524**	,390**	,309**	,319**	,230*	,304**	,395**	,215*	,232*
	P	,000	.	,000	,000	,000	,000	,001	,001	,016	,001	,000	,024	,015
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 13	r	,393**	,439**	1,000	,402**	,427**	,406**	,276**	,397**	,351**	,354**	,271**	,196*	,284**
	P	,000	,000	.	,000	,000	,000	,004	,000	,000	,000	,004	,040	,003
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 14	r	,290**	,490**	,402**	1,000	,635**	,319**	,238*	,196*	,220*	,181	,315**	,133	,113
	P	,002	,000	,000	.	,000	,001	,012	,040	,021	,059	,001	,165	,240
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 15	r	,338**	,524**	,427**	,635**	1,000	,567**	,458**	,342**	,381**	,299**	,454**	,300**	,292**
	P	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,002	,000	,001	,002
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 16	r	,423**	,390**	,406**	,319**	,567**	1,000	,759**	,514**	,526**	,412**	,361**	,415**	,218**
	P	,000	,000	,000	,001	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,022
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 17	r	,454**	,309**	,276**	,238*	,458**	,759**	1,000	,588**	,589**	,398**	,421**	,501**	,360**
	P	,000	,001	,004	,012	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 18	r	,351**	,319**	,397**	,196*	,342**	,514**	,588**	1,000	,507**	,269**	,278**	,486**	,287**
	P	,000	,001	,000	,040	,000	,000	,000	.	,000	,004	,003	,000	,002
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 19	r	,302**	,230*	,351**	,220*	,381**	,526**	,589**	,507**	1,000	,572**	,303**	,361**	,391**
	P	,001	,016	,000	,021	,000	,000	,000	,000	.	,000	,001	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 20	r	,279**	,304**	,354**	,181	,299**	,412**	,398**	,269**	,572**	1,000	,341**	,321**	,323**
	P	,003	,001	,000	,059	,002	,000	,000	,004	,000	.	,000	,001	,001
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 21	r	,207*	,395**	,271**	,315**	,454**	,361**	,421**	,278**	,303**	,341**	1,000	,303**	,284**
	P	,030	,000	,004	,001	,000	,000	,000	,003	,001	,000	,001	,001	,003
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 22	r	,086	,215*	,196*	,133	,300**	,415**	,501**	,486**	,361**	,321**	,303**	1,000	,097
	P	,370	,024	,040	,165	,001	,000	,000	,000	,000	,001	,001	.	,313
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
M- 23	r	,261**	,232*	,284**	,113	,292**	,218*	,360**	,287**	,391**	,323**	,284**	,097	1,000
	P	,006	,015	,003	,240	,002	,022	,000	,002	,000	,001	,003	,313	.
	N	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Bu bölümde, bir önceki bölümde ayrıntıları tablolarla sunulmuş olan veriler literatür bulguları çerçevesinde değerlendirilerek tartışılacaktır.

4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyet dağılımına bakıldığında kadınların % 60,9 oranla çoğunlukta oldukları, bu bulgunun yine diğer merkezlerdeki sonuçlarla uyumlu olduğu görülmektedir (8, 20, 34, 55, 67).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması (1998) ana raporunun erişkin nüfus ile ilgili sonuçlar bölümünde; “*ruhsal şikâyetler ile tedavi başvuru oranları kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla*” olduğu belirtilmektedir. Bu kadınların erkeklere göre sorunlarını sözelleştirme, ifade etme becerilerinin daha iyi ve paylaşımına daha açık oluşları ile açıklanmaktadır (25).

Ayrıca toplumumuzda kadınlar erkeklere göre daha fazla zorlayıcı yaşam olayları ile karşılaşmakta ve yeterli sosyal desteği bulamamaktadır. Bundan dolayı sorunları ile baş etmede zorlanan kadınların daha fazla psikolojik ve psikiyatrik yardım arayışı içinde oldukları düşünülmektedir.(55)

Çalışmaya katılan bireyler yaş ortalaması $26,7 \pm 9,5$ ‘tur. Bu sonuçlar Canyigit (2003) tarafından yapılan tez çalışması ile benzerlik göstermektedir. Canyigit tarafından yapılan çalışmada incelediği kriz olgularının yaş ortalamaları $30,44 \pm 11,3$ olarak bulunmuştur (8).

Öztürk tarafından belirtildiği gibi, Erikson’un “*İnsanın Sekiz Evresi*” kuramına göre; Bu evre “*yakınlaşma*” evresidir, 21-40 yaş arası dönemi kapsamaktadır. Bu evrede tehlike yakın ilişkiler kurabilmenin karşısı olan yalnızlık duygusudur. Böyle bir kişi yakın ilişkiler kurmaktan kaçınabilir; ya da ilişkiler kurmaya çalışırken önemli kişilik sorunları gösterebilir (44).

Bu bilgiler ışığında, olguların Krize Müdahale Birimlerine başvuru nedenleri incelendiğinde: % 21,8’inin karşı cins ile ilişki problemlerine bağlı psikolojik bir

zorlanma yaşıdığı saptanmıştır. Bu sonuçlar, çalışmaya katılan olguların yaş dönemlerine ait psikososyal problemlerle uyumlu olarak yorumlanabilir.

Medeni durumlarına bakıldığında: bekâr olan bireylerin % 59,1 ile çalışmaya katılanlar arasında çoğunluğu oluşturduğu, hemen arkasından da % 28,2 ile evli ve % 12,7 ile boşanmış/dul bireylerin yer aldığı görülmektedir.

Eğitim durumlarına göre incelenen olguların, % 3,6'sının okur-yazar olmadığı, % 51,8'inin ilköğretim mezunu, % 28,2'sinin lise mezunu, % 16,4'ünün Üniversite/ Yüksekokul mezunu olduğu saptanmıştır. Bu bulgular değerlendirildiğinde, bireylerin yarısından fazlasının yalnız temel eğitim almış olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan olguların % 1,8' inin emekli, % 18,3'ü öğrenci, % 25,6'sı ev hanımı olduğu , % 23,8 işsiz ya da iş buldukça çalıştığı ,% 30,2'sinin diğer meslek gruplarında yer aldığı saptanmıştır. Ev Hanımlarının % 25,6 olması cinsiyet dağılımının kadın ağırlıklı olması ile uyumludur. Bulgular incelendiğinde, olguların büyük bir çoğunluğunun (% 79,6); ev hanımı, öğrenci, işsiz ya da iş buldukça çalışıyor olması ekonomik olarak eşine, ailesine vb. bağımlı olmanın zorlayıcı yaşam olayları ile baş etmeyi güçleştirdiği şeklinde yorumlanabilir

Çalışmada ele alınan olguların % 8,3' ü gelir durumunu gelir-giderden yüksek, % 27,3'ü gelir-gider dengede, % 64,5'i gelir- giderden düşük olarak ifade ettiği görülmektedir. Bu bulgular, olguların büyük çoğunluğunun (%79,6) ekonomik olarak başkasına bağımlı olduğu bilgisi ile paralellik göstermektedir.

Çalışmaya katılan olguların % 14,5'i köyde, % 30,9'u ilçede, % 54,5'i şehirde yaşamaktadır. Bu bulgular değerlendirildiğinde, yarıdan fazla bireyin şehirde yaşadığı görülmektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin % 69,1'inde herhangi bir hastalık durumunun bulunmadığı, % 28,2'sinde Psikiyatrik bir hastalığın var olduğu, % 2,7'sinde fiziksel bir hastalığın var olduğu görülmektedir. Herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmayan bireyler çoğunluğu oluşturmaktadır. Bu bireyler, bir ruhsal bozukluk oluşma açısından risk altındadır. Sayıl, tarafından belirtildiği üzere; krize müdahale ruh sağlığı alanında önemli katkılarda bulunan, ruh sağlığını koruyucu bir modeldir (47)

Yaşanılan krizle ilgili algılanan destek durumu incelendiğinde, olguların % 57,3'ü tarafından “ **yok**”, % 22,7'si tarafından “ **var biraz** ”,% 12,7'si tarafından

“*var orta* ”, % 7,3’ü tarafından “ *var çok* ” şeklinde ifade edilmiştir. Bu bulgular olguların yarısından fazlasının yaşadığı krizle ilgili herhangi bir destek hissetmediğini açıklamaktadır.

Yaşanılan kriz düzeyi irdelendiğinde ise, olguların % 6,4’ü tarafından yaşadığı kriz düzeyi “ *düşük*”, % 29,1’i tarafından yaşadığı kriz düzeyi “ *orta* ”, % 57,3’ü tarafından yaşadığı kriz düzeyi “ *yüksek* ”, % 7,3’ü tarafından yaşadığı kriz düzeyi “ *çok yüksek* ” şeklinde yorumlanmıştır.

4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Kriz Merkezlerine Başvuru Nedenleri ve KMDBÖ Puan Ortalaması Dağılımı’nın İncelenmesi

Çalışmaya katılan olguların başvuru nedenleri incelendiğinde: % 37 oranla aile içi süreçlerde bozulmaya bağlı intihar girişiminde bulunma veya ruhsal zorlanma, % 27,2 oranla ekonomik sebeplere bağlı intihar girişiminde bulunma veya ruhsal zorlanma, % 21,8 oranla karşı cins ile ilişki problemlerine bağlı intihar girişiminde bulunma veya ruhsal zorlanma, % 17,2 oranla kayıp yaşamaya bağlı intihar veya ruhsal zorlanma olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan olguların başvuru nedenleri incelendiğinde: % 27,2’lik oranla ekonomik sebeplerin ikinci sırada karşımıza çıktığı görülmektedir. Bu bulgu, çalışmaya katılan kriz olgularının % 23,8 oranda işsiz ya da iş buldukça çalışıyor olması ile uyumlu bir bilgidir.

Ayrıca, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi 1998 çalışmaları incelendiğinde, olguların kriz merkezine başvuru nedenleri: Ekonomik sorunlar/işsizlik (% 38,1), ebeveynler ile ilgili sorunlar (%34,9), karşı cins (partner) ile ilgili sorunlar (% 20), bir yakınına ölümle kaybetme (% 15) oranında bulunmuştur. 2013’de yaptığımız bu çalışmada da ekonomik nedenler benzer şekilde kriz merkezine başvuru nedenleri arasında ikinci sırada yer almıştır (37).

Basel Ü. T. F. Psikiyatri Ana Bilim Dalı’na bağlı krize müdahale birimlerinde yapılan bir araştırmaya (1996) göre: kişiler arası ilişki problemleri, bunun yanında işle ilgili problemler, psikiyatrik bozukluğun yeniden ortaya çıkması ile psikososyal dengenin bozulması sık görülen kriz sebeplerindendir. Bir diğer kriz sebebi de fiziksel hastalıkların ortaya çıkması neticesinde psikolojik zorlanmadır (67).

4.3. KMDBÖ'nin Geçerlik ve Güvenirlik Değerlendirilmesi

4.3.1. KMDBÖ Geçerlik Değerlendirmesi

KMDBÖ'nin ölçmek istenen özelliğe uygun olup olmadığını, ölçmek istenen özelliği diğer özelliklere karıştırmadan ölçüp ölçmediğini araştırmak amacıyla ölçeğin geçerliği incelenmiştir (5).

4.3.1.1. Kapsam Geçerliği

KMDBÖ'nin geçerlik değerlendirmesi için ilk olarak aday ölçek maddeleri alanında uzman görüşlerine sunulmuştur. Uzman görüşlerine başvurarak ölçme aracının kullanılacağı amaç için uygun olup olmadığı, gerekli veriyi toplayacak durumda olup olmadığına ilişkin görüşleri alınmıştır. Aday ölçek maddelerini 9 uzman Lawshe Tekniği'ne göre değerlendirmiştir(bkz Tablo 2. 1)

Lawshe tekniği kullanılarak, maddelere ilişkin Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) ve ölçeğe ilişkin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) ile Kapsam Geçerlik Ölçütü hesaplanmıştır.

Tablo 2. 1'e göre, KMDBÖ Kapsam Geçerlik Ölçütü, 9 uzman doğrultusunda, 0,05 anlamlılık düzeyinde 0,75 olarak belirlenmiştir. Ölçeğe ilişkin KGİ ise 0,90 olarak hesaplanmıştır.

Akduman ve ark. tarafından yapılan, Cinsel İstismara Uğrayan Çocuklara karşı tutum Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması'nda ise, Ölçeğin kapsam geçerliği Davis Tekniği ile incelenmiş ve 40 maddelik ölçek 5 uzman tarafından değerlendirilerek Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) 0,80 olarak bulunmuştur. Davis tekniğinde bulunan KGİ değeri, istatistiksel bir ölçütle karşılaştırılmak yerine 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir.

Yapılan değerlendirmeler doğrultusunda, 0,75 değerinden daha düşük bir değerde KGO'na sahip bir ölçek maddesi bulunmadığı için KMDBÖ'nin hiçbir maddesi ölçekten çıkartılmamıştır. Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda: gerekli görülen ölçek maddelerinin yerleri değiştirilmiş ve 3., 4., 7., 8., 10., 11., 15., 20. ve 22. maddelerin cümle yapılarında anlamı değiştirmeyecek şekilde değişiklikler yapılmıştır **(Ek I)**.

KGİ, KGÖ' den büyük olduğu için kapsam geçerliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($0,90 > 0,75$).

4.3.1.2. Yüzey Geçerliği

Manisa Devlet Hastanesi Krize Müdahale Merkezine başvuran ve araştırma kapsamı dışında tutulan 10 kişi tarafından ölçek maddeleri açıklık, netlik, terimlerin anlaşılabilirliği yönünden değerlendirilmiştir. Bu pilot uygulama sonunda ölçek maddelerinde herhangi bir değişiklik yapılmasına gerek duyulmamıştır.

Ölçeğin yönergesi, Tezbaşaran tarafından Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu'nda belirtilen Likert tipi ölçekler için genel amaçlı yönerge örneği kullanılarak hazırlanmıştır (59).

Bundan sonra, Tezbaşaran tarafından belirtilen likert tipi bir ölçekteki olumlu ifadelerin puan değerleri temel alınarak ölçek maddeleri **“hiç” (0), “az” (1), “biraz” (2), “fazla” (3) ve “çok fazla” (5)** şeklinde 5'li likert olarak yanıtlanacak şekilde düzenlenerek 22 maddeden oluşan KMDBÖ'nin son şekli verilmiştir (Ek I).

4.3.1.3. Uyum Geçerliği

Ölçeğin uyum geçerliğini sınamak amacıyla, Beck ve ark. tarafından (1961) adelesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla geliştirilen Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır.

KMDBÖ toplam ölçek puanı ile BDÖ'nin toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanları arasındaki uyumu incelemek için Pearson Correlation katsayıları hesaplanmıştır (bkz: Tablo 3. 11).

KMDBÖ ile BDÖ arasındaki uyum katsayısının 0,789 olduğu, dolayısı ile iki ölçek arasında yüksek bir uyum geçerliği olduğu saptanmıştır (bkz syf: 30, Tablo 2.2)

Doğan (2009) ve ark. yaptığı Tromso Sosyal Zeka Ölçeği Türkçe Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirlik çalışması'nda ölçeğin geçerliğini sınamak amacıyla Sosyal Beceri Envanteri ile korelasyonuna bakılmıştır. Uyum geçerliği bağlamında Sosyal Beceri Envanteri ile Tromso Sosyal Zekâ Ölçeği arasında ($r=0,51$) orta derecede bir korelasyon saptanmıştır (18).

4.3.1.4. Yapı Kavram Geçerliği

KMDBÖ'nin yapı geçerliğini sınamak amacıyla Faktör Analizi yöntemi kullanılmıştır. Faktör Analizi, birbiriyle ilişkili p tane değişkeni bir araya getirerek az sayıda ilişkisiz ve kavramsal olarak anlamlı yeni değişkenler bulmayı amaçlayan çok değişkenli bir istatistiktir (5).

KMDBÖ'nin faktör sayısı hakkında bir bilgiye sahip olunmadığı, belli bir hipotezi sınamak yerine, ölçme aracıyla ölçülen faktörlerin doğası hakkında bir bilgi edinilmeye çalışıldığı için Açıklayıcı Faktör Analizi yöntemlerinden Temel Bileşenler Analizi yöntemi kullanılmıştır. Birbirinden bağımsız birden çok alt boyut ortaya çıkarmak için ise dik açılı döndürme biçimlerinden biri olan Varimax Rotasyonu yapılmıştır (57).

İncelenen örneklemin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer- Olkin (KMO) ve Barlett testi kullanılmıştır. KMO örneklem değeri 0,854 olarak bulunmuştur. Bu değer, seçilen örneklem verilerinin faktör çıkarmak için uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 2.3).

Barlett testi sonucunun ($\chi^2_{45} = 1223,077$, $p < .0001$) anlamlı olduğu saptanmıştır. Barlett katsayısının anlamlı çıkması evrendeki dağılımın normal olduğunun göstergesidir(57).

Er (2011) tarafından yapılan İntihar Grişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Sağlık Personelinin Tutumları; Ölçek Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasında, KMO ve Barlett testi kullanılmış, KMO değeri 0,80, Barlett testi sonucu 1669,906 bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda ölçeğin faktör analizi için yeterli örnekleme sahip olduğu yorumu yapılmıştır (23).

Sevim (2014) tarafından yapılan Akademik Etik Değerler Ölçeği (AEDÖ)'nin geçerlik-güvenirlik çalışmasında da, örneklemin faktör analiziiçin yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla KMO ve Barlett testi kullanılmış, KMO değeri0, 843, Barlett kat sayısı 11002,19 bulunduktan sonra faktör analizi yapılmıştır (50).

KMDBÖ için yapılan faktör analizinde, ölçeğin yamaç-birikinti (scree plot) grafiği (Grafik 3.2) analizi sonrasında, özdeğeri 1'i aşan 5 faktör saptanmıştır. Ancak yorumlanabilme durumuna göre 2 faktörlü çözümlemeye gidilmiştir. Özdeğeri 1'i aşan bu 2 faktör toplam varyansın %45'ini açıklamaktadır. Faktörlerden birincisinin

özdeğeri 8,3 olup toplam varyansın %24'ünü, ikincisinin özdeğeri 2,1 olup toplam varyansın % 21'ini açıklamaktadır. Sosyal Bilimlerde, toplam varyansın %40 ile %60'ını açıklayan varyans oranlarının yeterli olduğu belirtilmektedir (50).

Güvenç, H (2010) tarafından geliştirilen Ders Çalışma Özyeterlik Algısı Ölçeği'nin geliştirme çalışmasında faktörlerden birincisinin özdeğeri 6,89, ikincisinin özdeğeri 1,27 olup iki faktör birlikte toplam varyansın 47,96'sını açıklamaktadır. Ders Çalışma Özyeterlik Algısı Ölçeğinin birinci faktörü varyansın %40,50 oranında, ikinci faktörü ise varyansın %7,46 oranında açıklamaktadır (27).

Önler, E. &Varol Saraçoğlu, G. (2010) tarafından geliştirilen Hemşirelikte Meslek Seçimi Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerliği çalışmasında toplam varyansın % 47,44' ünü açıklayan iki faktör olduğu belirtilmiştir (39).

KMDBÖ'nin faktör yapılandırmasında bir değişkenin bir faktör grubunda yer alabilmesi için faktör yükünün en az **“0,30”** olmasına ve her bir boyutun en az üç değişkene sahip olmasına dikkat edilmiştir (16).

Bu bilgiler ışığında, birinci faktörde yer alan 13 maddenin yük değerinin, 0,395-0,777 arasında, ikinci faktörde yer alan 10 maddenin yük değerinin, 0,421-0,833 arasında değiştiği saptanmıştır. Ölçekte yer alan 23 maddenin faktörlerdeki yük değerleri 0,395-0,833 arasında değişmektedir.

Ayas, T. ve ark (2010) tarafından geliştirilen Sanal Zorba Ölçeği üç faktörlü bir yapıdan oluşmuştur. Bu faktörlerden birincisinde toplam yedi madde yer almaktadır. Bu maddelerin faktördeki yük değerleri 0,35-0,82 arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam varyansının %24,4'ünü açıklayan bu faktör “Sanal ortamda cinsel zorba/kurban” olarak isimlendirilmiştir. Ölçekte yer alan ikinci faktör, toplam sekiz maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin ikinci faktördeki yük değerleri 0,37-0,77 arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam varyansının %11,5'ini açıklayan bu faktör “Sanal ortamda engelleme ve zarar verme” olarak isimlendirilmiştir. Ölçekte yer alan üçüncü faktör ise toplam dört maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin üçüncü faktördeki yük değerleri 0,55-0,85 arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam varyansının % 6,9'unu açıklayan bu faktör “Sanal ortamda söylenti çıkarma” olarak isimlendirilmiştir. Ölçekte yer alan üç faktör toplam varyansın %44'ünü açıklamaktadır (11).

Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği Açıklayıcı faktör analizi neticesinde iki faktörden oluştuğu görülmektedir. Ölçeğin her bir boyutunda yer alan maddeler göz önünde bulundurularak: birinci faktör “*Bakım düzeyinin tayin edilmesi*”, ikinci faktör “*Risk durumunun belirlenmesi* ” olarak isimlendirilmiştir. (Tablo 3.11).

4.3.2. KMDBÖ Güvenirlik Değerlendirmesi

4.3.2.1. Cronbach Alpha

KMDBÖ maddelerinin birbiri ile tutarlı olup olmadığını ve ölçek maddelerinin hipotetik bir değişkeni ölçüp ölçmediğini test etmek için çalışma kapsamında oluşturulan alt boyutların ve ölçek güvenirliğinin değerlendirilmesinde iç tutarlık katsayıları (Cronbach Alfa) hesaplanmıştır (5).

KMDBÖ'nin 23 maddelik son hali için Cronbach Alpha katsayıları 1. Faktör için, 0,893; 2 Faktör için, 0,846; ölçeğin bütünü için, 0,916 olarak hesaplanmıştır.

Dede, Y. ve Yaman, S (2008). Fen Öğrenmeye Yönelik Motivasyon Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması'nda Yapılan güvenirlik çalışmaları sonucunda, tüm ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısının 0,80 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca ölçeğin her alt boyutu için iç tutarlılık katsayıları da incelenmiştir. Yapılan bu analizler sonunda, alt faktörlerin Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları sırasıyla; Faktör-1 için 0,75; Faktör-2 için 0,68, Faktör-3 için 0,56, Faktör-4 için 0,55 ve Faktör-5 için 0,59 olarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin fen öğrenmeye yönelik motivasyonlarının belirlenmesine yönelik bu ölçeğin, geçerlik ve güvenirlik testleri bakımından güvenilir sonuçlara sahip olduğu kabul edilmiştir (17).

İlhan ve ark (2013). tarafından yapılan, Kültürel Zeka Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik çalışmasında, Ölçeğin iç tutarlığı için hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı, ölçeğin tümü için 0,85 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin dört alt boyutuna ilişkin Cronbach Alfa değerleri 0,79, 0,77, 0,75 ve 0,71 bulunmuş ve ölçeğin güvenilir bir ölçek olduğu belirtilmiştir (30).

Telef tarafından yapılan, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Ölçeğin güvenirlik çalışmasında elde edilen Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak hesaplanmıştır. Psikolojik bir test için hesaplanan

güvenirlik katsayısının 0,70 ve daha yüksek olması test puanlarının güvenilirliği için genel olarak yeterli görülmüştür (58).

Alıcı (2013) tarafından Okula Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi: Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması'nda Ölçeğin bütününe ait Cronbach Alfa Güvenirliği 0,91 olarak bulunmuştur (3).

Reha tarafından belirtildiği üzere, Cronbach Alfa değerinin 0,80-1,00 aralığında olması geliştirilen ölçeğin yüksek güvenirliliğe sahip olduğunu gösterir (5). Bu bilgiler ve yukarıda bahsedilen araştırma sonuçları neticesinde, KMDBÖ ve alt boyutlarının yüksek güvenirliliğe sahip olduğu görülmektedir.

4.3.2.2. Korelasyon Analizi

KMDBÖ'nin iç tutarlılığını sınamak için son olarak Maddeler Arası Korelasyon ve Madde–Toplam Puan Korelasyonu analizleri yapılmıştır. KMDBÖ likert tipi bir ölçek olduğundan Spearman Korelasyon Analizi Yöntemi kullanılmıştır.

Madde-Toplam Puan Korelasyonu, ölçek maddelerinden alınan puanlar ile ölçeğin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar. Madde-toplam Korelasyonu' nun pozitif ve yüksek olması, maddenin benzer davranışları örneklediğini ve ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterir. Madde-Toplam Korelasyonu 0,30 ve üzeri olan maddelerin bireyleri iyi derecede ayırt ettiği söylenebilir (16).

Doğan tarafından yapılan, Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin (SGKÖ) Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması'nda madde analizi sonucu, ölçek Madde-Toplam Korelasyonları' nın 0,32 ile 0,82 arasında değiştiği görülmüştür. Madde-Toplam Korelasyonu' nun yorumlanmasında değeri 0,30 ve üzerinde olan maddelerin ölçülecek özelliği temsil açısından yeterli olduğu bilgisi kabul edilmiştir(19).

Bu bilgiler ışığında Tablo 3. 13 incelendiğinde, Maddeler Arası Korelasyon katsayısı negatif işaretli ve Madde-Toplam Korelasyon puanı 0,30 'un altında olan hiçbir madde olmadığı görülmektedir. Ölçekteki maddelerin toplam ölçek puanı ile korelasyon katsayıları. 0,355 ile 0,728 arasında değişmektedir. Bu sonuç, $\alpha = .000$ önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1.Sonuçlar

Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği'ni geliştirmek, ölçeğin geçerliğini ve güvenilirliğini saptamak amacıyla yapılan bu çalışmanın bulgularına göre, aşağıda belirtilen sonuçlara ulaşılmıştır.

▪ Çalışma kapsamına alınan bireylerin %60,9'unun bayan, %39,1'inin erkek olduğu saptanmıştır.

▪ Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $26,7 \pm 9,55$ olarak bulunmuştur.

▪ Çalışmaya katılan bireylerin medeni durumları incelendiğinde; % 59,1'inin bekâr, % 28,2' sinin evli, % 12,7'sinin boşanmış/ dul olduğu saptanmıştır.

▪ Çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumları incelendiğinde; % 3,6'sının okur-yazar olmadığı, % 51,8'inin ilköğretim mezunu olduğu, % 28,2'sinin lise mezunu olduğu, % 16,4'ünün üniversite/ yüksek okul mezunu olduğu saptanmıştır.

▪ Çalışmaya katılan bireylerin meslek durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; % 1,83' ünün emekli, % 23,85'i işsiz ya da iş buldukça çalışıyor, %18,34' ünün öğrenci, % 25,6'sının ev hanımı, % 30,27'sinin diğer meslek guruplarına mensup olduğu saptanmıştır.

▪ Çalışmaya katılan bireylerin gelir durumları incelendiğinde; % 8,2'sinin gelir- giderden yüksek, % 27,3'ünün gelir-gider dengede, % 64,5' inin gelir-giderden düşük olarak saptanmıştır.

▪ Çalışmaya katılan bireyler yaşadıkları yerlere göre dağılımları incelendiğinde; % 14,5'inin köyde, % 30,9'unun ilçede, % 54,5'inin şehir merkezinde yaşadığı saptanmıştır.

▪ Çalışmaya katılan bireylerin aile yapılarına göre dağılımı incelendiğinde; % 50,9' unun çekirdek aile, % 32,7'sinin geniş aile, 16,4'ünün parçalanmış aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır.

▪ Çalışmaya katılan bireylerin hastalık durumu incelendiğinde % 69,1'inin herhangi bir rahatsızlığa sahip olmadığı, % 28,2'sinin psikiyatrik bir hastalık

durumuna sahip olduğu, % 2,7'sinin fiziksel bir hastalık durumuna sahip olduğu saptanmıştır.

▪ Çalışmaya katılan bireylerin yaşadığı kriz ile ilgili destek durumu incelendiğinde; % 57,3'ünün destek durumunu **“yok”**, % 22,7'sinin destek durumunu **“var biraz”**, % 12,7' sinin destek durumunu **“var orta”**, % 7,32'ünün destek durumunu **“var çok”** olarak tanımladıkları saptanmıştır.

▪ Çalışmaya katılan bireylerin yaşadığı kriz durumu ile ilgili destek algıları incelendiğinde; % 6,4'ünün yaşadığı kriz düzeyini düşük olarak, % 29,1'inin yaşadığı kriz düzeyini orta olarak, % 57,3'ünün yaşadığı kriz düzeyini yüksek olarak, % 7,3'ünün yaşadığı kriz düzenini çok yüksek olarak tanımladığı saptanmıştır.

▪ Çalışmaya katılan olguların başvuru nedenleri incelendiğinde: % 37 oranla aile içi süreçlerde bozulmaya bağlı intihar girişiminde bulunma veya ruhsal zorlanma, % 27,2 oranla ekonomik sebeplere bağlı intihar girişiminde bulunma veya ruhsal zorlanma, % 21,8 oranla karşı cins ile ilişki problemlerine bağlı intihar girişiminde bulunma veya ruhsal zorlanma, % 17,2 oranla kayıp yaşamaya bağlı intihar girişiminde bulunma veya ruhsal zorlanma olarak saptanmıştır.

▪ KMDBÖ için, KGÖ 0,75 olarak belirlenmiştir. KMDBÖ'nin her bir maddesi için hesaplanan toplam KGO değerlerinin ortalaması alınarak KGİ değeri 0,9 olarak hesaplanmıştır. $KGİ \geq KGÖ$ ($0,9 \geq 0,75$) olduğundan kapsam geçerliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

▪ KMDBÖ ile BDÖ arasındaki uyum geçerliğini test etmek için Pearson Correlation katsayıları hesaplanmıştır. KMDBÖ toplam ölçek puanı ile BDÖ toplam ölçek puanı arasında yüksek derecede bir ilişki saptanmıştır ($r = 0,789$, $p < 0,01$)

▪ İncelenen örneklemin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer- Olkin (KMO) ve Barlett testi kullanılmıştır. KMO örneklem değeri 0,854 olarak bulunmuştur. Bu değer, seçilen örneklem verilerinin faktör çıkarmak için uygun olduğunu göstermektedir. Barlett testi sonucunun ($\chi^2_{45} = 1223,077$, $p < 0,0001$) anlamlı olduğu saptanmıştır.

▪ Faktör Analizi sonucu, KMDBÖ' e en uygun çözümlemenin 2 faktörlü yapı olduğuna karar verilmiştir. Toplam açıklanan %45'lik varyansın %24'ü birinci faktör, %21'i ikinci faktör tarafından açıklanmıştır.

▪ KMDBÖ' de yer alan, 5. , 2. , 1. , 3. , 14. , 12. , 4. ,10. , 6. , 15. , 13. , 8. , 7. maddeler birinci faktörü, 17. , 18. , 19. , 16. , 22. , 20. , 9. , 23. , 11. , 21. maddeler ikinci faktörü oluşturmaktadır.

▪ Brinci faktörde yer alan 13 maddenin yük değerinin, 0,395-0,777 arasında, ikinci faktörde yer alan 10 maddenin yük değerinin, 0,421-0,833 arasında değiştiği saptanmıştır.

▪ Her bir faktör altındaki maddeler içerik bakımından incelendiğinde, birinci faktör; Bakım düzeyinin tayin edilmesi, ikinci faktör; Risk durumunun belirlenmesi olarak isimlendirilmiştir.

▪ Kişilerin ölçekten aldıkları toplam puanın, krize müdahale düzeyindeki artışın bir ifade şekli olarak karşımıza çıkmaktadır. (0-23)→ düşük müdahale düzeyi, (24-46)→orta müdahale düzeyi, (47- 69)→yüksek müdahale düzeyi, (70-92)→çok yüksek müdahale düzeyini ifade eden aralıkları temsil etmektedir. Kişinin kriz müdahale düzeyinin tespit edilmesi, çeşitli faktörler açısından risk durumunun belirlenmesi (intihar riski gibi), bakım düzeylerinin tayin edilmesi (ayaktan takip, ayaktan tedavi ve takip, yatarak tedavi ve takip, sevk gibi) hususlarında bir yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

▪ KMDBÖ'nin Cronbach Alpha katsayıları 1. Faktör için, 0,893; 2 Faktör için, 0,846; ölçeğin bütünü için, 0,916 olarak hesaplanmıştır.

▪ KMDBÖ'nin iç tutarlılığını sınamak için Maddeler Arası Korelasyon ve Madde-Toplam Puan Korelasyon sonuçları incelendiğinde, Maddeler Arası Korelasyon katsayısı negatif işaretli ve Madde-Toplam Korelasyon puanı 0,30 'un altında olan hiçbir madde olmadığı görülmektedir. Ölçekteki maddelerin toplam ölçek puanı ile korelasyon katsayıları. 0,355 ile 0,728 arasında değişmektedir. Bu sonuç, $\alpha = .000$ önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bu veriler doğrultusunda; Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeği maddelerinin ölçülmek istenen alanı temsil ettiği (*kapsam geçerliliği*), araştırılan yapıyı ölçtüğü (*yüzey geçerliliği*),BDÖ ile arasında iyi bir uyum olduğu (*uyum geçerliliği*), faktör çözümlemesine göre iki alt boyuttan oluştuğu (*yapı geçerliliği*),maddeleri arasındaki iç tutarlılığın yüksek olduğu (*iç tutarlılık güvenilirliği*),saptanarak, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

5.2. Öneriler

Krize müdahale düzeyini belirlemeye yönelik geliştirilen ölçeğin iç tutarlılığı ve geçerliği ile ilgili olarak elde edilen veriler, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu ortaya koymuştur.

Geçerlik ve güvenilirliğin devam eden bir süreç olması nedeniyle farklı illerin krize müdahale birimlerinde ve daha fazla katılımcı sayısı ile çalışma tekrar edilmelidir.

KMDBÖ klinik tanıya yardımcı bir araç olarak kullanılabilmesi için daha ileri araştırma teknikleriyle irdelenmesi gerekmektedir.

KMDBÖ 'nin kriz olgularının krize müdahale düzeyinin tespit edilmesi: çeşitli faktörler açısından risk durumlarının belirlenmesi (intihar riski gibi), bakım düzeylerinin tayin edilmesi amacıyla psikiyatri hemşireleri ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından krize müdahale birimlerinde kullanılması önerilmektedir.

8 Mart 2010'da resmi gazetede yayınlanan hemşirelik yönetmeliğinde krize müdahale uygulamasının ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği görev yetki ve sorumlulukları arasında yer alması önerilmektedir.

BÖLÜM VI

KAYNAKLAR

1. Akduman, G. & Cantürk, G. (2010). Cinsel İstismara Uğrayan Çocuklara Karşı Tutum Ölçeği; Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Adli Tıp Dergisi/Turkish journal of Forensic Medicine, 24(2)
2. Aktaş, A. ve ark. (2001). Kriz Durumunda Sosyal Hizmet Müdahalesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Kriz Dergisi 11(3): 37-44
3. Alıcı, D. (2013). Okula Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi: Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması, Eğitim ve Bilim, 38(168)
4. Alıcı, E. (2010). Dışa vurucu Etkinliklere Dayalı Grupla Psikolojik Danışma Programının Ebeveyn Kaybı Yaşayan 9-11 Yaş grubu Çocuklarının Travma Sonrası Stres Bozukluğuna Etkisi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
5. Alpar R.(2014) Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik, Detay Yayıncılık, Yenilenmiş 3. Baskı, Ankara, ss.432-541
6. Arkar, H., Şafak C.(2004). Klinik Bir Örnekleme Beck Depresyon Envanterinin Boyutlarının Araştırılması, Türk Psikoloji Dergisi, 19(53):117-123
7. Arzu, G. (2010). İstanbul İlinde Üç Farklı Statüdeki Hastanede Çalışan Hemşirelerin Kriz ile Karşılaşma Durumları Kriz Yönetimine Bakışları ve Kişilik Özellikleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
8. Asena Yalcın, G. (2003). İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Kriz Olgularının Karşılaştırılması, Ankara Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara
9. Aslan, E.(2010).Kaynaştırma Uygulamasına Katılan Engelli Öğrencilerin Sosyal Kabul Düzeylerinin Belirlemesine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İlköğretim Ana Bilim Dalı, Yüksek lisans Tezi, Burdur

10. Asoğlu, M. (2007). Şanlıurfa'da İntihar Olgularının İlişkili olduğu Risk Faktörleri, Harran Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Şanlıurfa
11. Ayas, T. & ark. (2010). Sanal Zorba/kurban Ölçek Geliştirme Çalışması, ISSN:1694-528X İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi, Türk Dünyası Kırgız- Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Celalabat- Kirgizistan Akademik Bakış Dergisi, 19, Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi
12. Baikoglu, S.(2013). Takım Sporlarında Öğrenilmiş Çaresizliğe Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması, Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin
13. Baysan-Arabacı L, Çam O. (2011) Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Geliştirme. Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi (Archives of Neuropsychiatry). 2011; 48 (3): 175-183. (Doi: 10. 4274/Npa.Y5799)
14. Bozdemir, R.(2012). Sınıf Öğretmenlerinin Beden Eğitimi ve Spor Dersinde Karşılaştıkları Problemlere Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
15. Büyükkaya, E. (2007). Acil Serviste İntihar Girişimine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı Eğitim Dökümanı, Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı
16. Büyüköztürk, Ş. (2014). Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı, (Genişletilmiş 20. Baskı) Pegem Akademi, Ankara
17. Dede, Y. & Yaman, S. (2008). Fen Öğrenmeye Yönelik Motivasyon Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Necatibey Eğitim Fakültesi, Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi (EFMED), 2(1):19-37
18. Doğan, T. & Çetin, B. (2009). Tromso Sosyal Zeka Ölçeği: Türkçe Formunun Faktör Yapısı Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, Bahar, 9 (2):691-720
19. Doğan, T. (2010). Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin (SGKÖ) Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 39.151-159
20. Dolaşır, S. (2007). 2005 Yılında Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Acil Servis Kriz Odasına Başvuran İntihar Girişimi Vakalarının Bir Yıl Sonraki Ruhsal Durumları ve İntihar Davranışları Yineleme Riskleri, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara

21. Eminoğlu, E.(2008). Üniversite Öğrencilerinin Akademik Sahtekârlık Eğilimlerinin Ölçülmesine Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitimde Ölçe ve Değerlendirme Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Bolu
22. Emir, E. (2010). Üniversite Öğrencilerinde İntihar Olasılığının İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
23. Er, G. (2011). İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Sağlık Personelinin Tutumları; Ölçek Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa
24. Ercan, İ. & Kan, İ. (2004). Ölçekler de Güvenirlik ve Geçerlik, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,30(3):211-216
25. Erol, N. & ark. (1998). Türkiye ruh sağlığı profili, <http://tr.scribd.com/doc/118803955/Turkiye-Ruh-Sagligi-Profil-Raporu-1998#scribd> [Erişim Tarihi: 10.01.2012]
26. Gürkol, Ö.(2014). Askeri Zekâyâ Doğu: Kavramlaştırma ve Askeri Ortamda Başarı için Bir Ölçek Geliştirme Denemesi, Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü Savunma Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
27. Güvenç, H. (2010). Ders Çalışma Özyeterlik Algısı Ölçeği'nin Geliştirme Çalışması, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi, VII(I):59-69
28. Hacettepe Üniversitesi (2012). [http:// tv.Hacattepe.edu.tr/ packet= _Oya Ersever-K-17042009t& asx=0](http://tv.Hacettepe.edu.tr/packet=_OyaErsever-K-17042009t&asx=0) [Erişim Tarihi: 10.01.2012]
29. [http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16049,](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16049) [Erişimtarihi:1.05.2015]
30. İlhan, M. & Çetin, B. (2013) Kültürel Zekâ Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 29(2):94-114
31. Jonathan, A. (2011). Weiss, Yona Lunskey, The Brief Family Distress Scale: A Measure of Crisis in Caregivers of Individuals with Autism Spectrum Disorders, J Child Fam Stud, 20:521-528

32. Karaca, S. & Aşkın, R. (1996). Depresyonla Başa Çıkma Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, IV. Anadolu Psikiyatri Günleri
33. Kılınç, S. ve Torun, F. (2011). Türkiye’ de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri, Dirim Tıp Gazetesi, 86 (1) : 39-47
34. Köse, A. & ark. (2012). Patients Over the Age of 15 Years Admitted for Attempted Suicide to the Emergency Department and the Psychosocial Support Unit, JAEM, 11: 193-6
35. Lambert Nadine M. (1991). University of California, Berkeley, The Crisis in Measurement literacy in psychology and education, Lawrence Erlbaum Associates, Educational Psychologist, 26(1):23-35
36. Mantar, A. (2008). Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3’ün Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir
37. Oral Arzu, E. (1998). Psikososyal Boyutları İle Bazı Kriz Olguları, Ankara Üniversitesi Psikiyatri ABD, Kriz Dergisi, 6(2):17- 21
38. Öncü, B. (2007). İntihar Eğilimi Olan Hastaya Acil Müdahale, Kriz Dergisi 14(2):32-37
39. Önler, E. & Varol Saraçoğlu, G. (2010). Hemşirelikte Meslek Seçimi Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerliliği, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 3(2):78-85
40. Özbaş, D. (2009). Hemşirelik Öğrencilerinin Psikiyatri Hemşiresinin Rollerini Algılayışı, İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
41. Özdemir, U. (2006). Kriz, Krize Müdahale ve Kriz Terapisi, Küreselleşen Dünyada Sosyal Hizmetlerin Konumu, Hedefleri ve Geleceği Sempozyum Sunum Kitabı, Antalya: 278-284
42. Özgüven, H. (1991). Psikiyatrik Kriz Vakalarında Hatalı Otomatik Düşünceler ve fonksiyonel Olmayan Tutumların Sıklığı, Kriz Dergisi 7(2): 9-16
43. Özgüven, H. (1996). İntihar Girişimlerinde Krize Müdahale, Kriz Dergisi 11(1): 25-34
44. Öztürk, O. (2004). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, (10. Basım), Feryal Matbaası, Ankara

45. R. Eugene B. & Steven T. (2010). Development of a Measure for Mental Health Crisis Assessment: Preliminary Psychometrics of the crisis acuity scale, *Psychology Journal*, 7(1): 15-30
46. Sayın, I. (2007). Acil Serviste İntihar Girişimine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı Önsöz, Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı
47. Sayın, I. (2008). Krize Müdahale ve İntiharları Önleme, Ankara Üniversitesi Basım Evi, Ankara
48. Sayın, N. (2008). Orta Öğretimlerde Kriz Yönetim Stratejilerinin İncelenmesi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Doktora Tezi, İstanbul
49. Sever, E. (2008). Öğrenme Stilleri İlköğretim 6-8. Sınıf Öğrencilerine Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı (Eğitim Programları ve Öğretimi), Yüksek Lisans Tezi, Aydın
50. Sevim, O. (2014). International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Ankara, Spring 2014, 9(6):943-957
51. Sezer, Ö. (2008). Çiftler Arası Şiddeti Kabul Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması; Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 9(16):1-15
52. Söze, Y. (1989). Psikiyatride Kriz Kavramı ve Krize Müdahale, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma merkezi, Kriz Dergisi, 1(1):8-12
53. Sözer, Y. (2000). Krize Müdahale ve İntiharı Önleme, Sonneck, Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara
54. Szmukler, G. (2006). The Place of Crisis Intervention in Psychiatry, Australian and New Zealand, *Journal of Psychiatry*, 21:24-34
55. Şenelmiş, H. & Sayıl, I. (2004). Ankara Üniversitesi Kriz Merkezine Başvuran Yas Olguları Üzerine Bir Çalışması, Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
56. Şimşek, Ö. (2006). İnsan Dinamiği Kişilik Özelliklerinin İncelenmesine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya
57. Tavşancıl, E. (2014). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi, (5. Basım), Nobel Yayıncılık, Ankara

58. Telef, B. (2013). Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 28(3):374-384
59. Tezbaşaran, A. (2008). Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu (e-kitap)
60. Topaloğlu, B. (2014). Alay Edilme Algısı Ölçeği Ergenler İçin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması: Beden İmajı ve Kontrol Kaybı ile İlişkili, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
61. Türkiye İstatistik Kurumu, (2012). [http://www.tuik.gov.tr/satis/common/kitaplar.tem.jsp.pagenum= 3](http://www.tuik.gov.tr/satis/common/kitaplar.tem.jsp.pagenum=3), [Erişim tarihi: 17.01.2012]
62. Uçan, Ö. (2009). Krize Müdahalede Ankara Üniversitesi Örneği, III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı, ss.58-65
63. Ünal, S. Güney, S. Kartalcı, S. & Reyhanî, İ. (2011). Travma Sonrası Hayata Küsme Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 24:32-37
64. Wei W. & Dong-Dong Ch. (2010). A Study of Psychological Crisis Intervention with Family Members of Patients who Died after Emergency Admission to Hospital, Social Behavior and Personality, Fourth Military Medical University, 38(4):469-478
65. Yalçın Canyığıt, A. & Sayıl, I. (2003). İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Kriz Olgularının Karşılaştırılması, Ankara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara
66. Yalvaç Dilek, H. (2006).İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu ve Bazı Sosyodemografik ve Klinik Etkenlerle İlişkisi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Malatya
67. Yılmaz, A. (1991). Basel Üniversitesi Psikiyatri Krize Müdahale Servisinde Tedavi Gören Hastaların Sosyodemografik ve Psikiyatrik Açından Değerlendirilmesi, Basel Üniversitesi Psikiyatri ABD Kriz Müdahale Servisi Basel İsviçre, Kriz Dergisi, 7(1):15-19
68. Yurdagül, H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması, XIV Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Kongresi, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi 28-30 Eylül, Denizli

Ekler

EK-1

KRİZE MÜDAHALE DÜZEYİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ

Bu ölçek krize müdahale düzeyini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içine alınız. Eğer her hangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (Örneğin başkalarının duymadığı sesler duyuyorum), böyle bir durumda ‘‘ 0 ‘‘ seçeneğini daire içersine alınız. Bunun dışında, tüm maddeleri hayatınızdaki son 1,5 ayı düşünerek kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız. Her madde için bir sayıyı daire içersine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız. Teşekkür ederim.

HAYIR

EVET

	MADDELER	Hiç	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla
		↓	↓	↓	↓	↓
1	Son zamanlarda uyku ve iştahla ilgili problemler yaşıyorum.	0	1	2	3	4
2	Bir işin üstesinden gelebilecek düzeyde enerjiye sahip olmadığımı düşünüyorum.	0	1	2	3	4
3	Son zamanlarda hayattan zevk alamıyorum.	0	1	2	3	4
4	Son zamanlarda ailem ve çevremdeki insanlarla olan ilişkilerimde sorunlar yaşıyorum.	0	1	2	3	4
5	Aklım başka düşüncelerle meşgul olduğu için yaptığım işe odaklanamıyorum.	0	1	2	3	4
6	Son zamanlarda karar vermekte zorlanıyorum.	0	1	2	3	4
7	Yaşadığım sorunlarla ilgili bana destek sağlayabilecek kişi ya da kurumlardan yardım alma konusunda isteksizim.	0	1	2	3	4
8	Zihinsel kapasitem ile gösterdiğim başarı arasında son zamanlarda bir tutarsızlık olduğunu düşünüyorum.	0	1	2	3	4
9	Son üç ay içerisinde birçok kez psikolojik destek almak için hastaneye başvurdum.	0	1	2	3	4
10	Son zamanlarda yaşadığım olayları anlamlandıramıyorum, kendimi tuhaf/garip düşünceler içerisinde buluyorum.	0	1	2	3	4
11	Son zamanlarda mantıklı olmayan davranışlar sergiliyorum.	0	1	2	3	4
12	Son zamanlarda yaşadıklarım iş/egitim hayatımı olumsuz etkiliyor.	0	1	2	3	4
13	İçinde bulunduğum durumdan kurtulmak için önerilerde bulunan insanlarla anlaşma sağlamakta sorun yaşıyorum.	0	1	2	3	4
14	Son zamanlarda kendimi umutsuz ve çaresiz hissediyorum.	0	1	2	3	4
15	Son zamanlarda çevreme karşı yoğun bir öfke hissediyorum.	0	1	2	3	4
16	Son zamanlarda çevreme yönelik saldırganlık içeren planlar yapıyorum.	0	1	2	3	4
17	Son zamanlarda çevreme yönelik saldırgan davranışlarım oldu.	0	1	2	3	4
18	Başkalarının duymadığı sesleri duyuyorum.	0	1	2	3	4
19	Kendime zarar vermek için ayrıntılı planlar yapıyorum.	0	1	2	3	4
20	Kendime zarar vermek için yaptığım planların ölümcül olduğunu düşünüyorum.	0	1	2	3	4
21	Son zamanlarda kontrolümü kaybettiğimi düşünüyorum.	0	1	2	3	4
22	Daha önce intihar girişiminde bulundum.	0	1	2	3	4
23	Yukarıdaki soruları cevaplarken kendim ile ilgili bilgi vermekte istekli değildim.	0	1	2	3	4

EK-II

TANITICI BİLGİ FORMU:

Tarih:

Telefon:

1. Protokol numarası:

2. Kaç yaşındasınız?

3. Medeni durumunuz nedir?

a) Beka b) Evli c) Boşanmış/ Dul

4. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur- yazar değil b) Okur-yazar/ ilkokul d) Ortaokul-Lise e) Üniversite-yüksekokul

5. Mesleğiniz nedir?

a) Emekli b) İşsiz ya da iş buldukça çalışıyor c) Öğrenci d) Ev hanımı e) Diğer

6. Gelir – gider durumunuz nasıldır?

a) Gelir- giderden yüksektir
b) Gelir ve giderler dengededir
c) Gelir giderden düşüktür

7. En uzun yaşadığınız yerleşim birimi neresidir?

a) Köy b) İlçe c) Şehir

8. Aile yapınızı tanımlayınız?

a) Çekirdek b) Geniş c) Parçalanmış

9. Daha önce geçirdiğiniz psikiyatrik/ fiziksel bir hastalığınız var mı? (cevabınız hayır ise 13. soruyu yanıtlayınız)

a) Hayır b) psikiyatrik bir hastalığım var c) fiziksel bir hastalığım var

10. Geçirdiğiniz psikiyatrik/ fiziksel hastalığın adı nedir?
11. Bulunduğunuz yerleşim merkezinde ne kadar süredir yaşıyorsunuz?
12. Kriz merkezine gelme nedeniniz nedir? Kriz yaşamanıza neden olan durumu belirtiniz?
13. Kriz yaşamanıza neden olan olayı ne kadar süre önce yaşadınız?
14. Yaşadığınız krizle ilgili size destek olanlar var mı? (cevabınız yok ise 17. Soruyu cevaplayınız)
- a) yok b) Var biraz c) Var orta d) Var ok
15. Yaşadığınız kriz ile ilgili size kimler ya da hangi kurumlar destek oluyor?
16. Yaşadığınız krizin düzeyini nasıl algılıyorsunuz?
- a) düşük b) orta c) yüksek d) ok yüksek
17. Daha önce yaşadığınız kriz durumları ile nasıl başettiniz?

EK-III

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

G- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M. 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo verdim.

Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK IV

KRİZE MÜDAHALE DÜZEYİNİ BELİRLEME ADAY ÖLÇEĞİ

Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içine alınız. Eğer her hangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (Örneğin başkalarının duymadığı sesler duyuyorum), böyle bir durumda “0” seçeneğini daire içersine alınız. Bunun dışında, tüm maddeleri hayatınızdaki son 1,5 ayı düşünerek kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız. Her madde için bir sayıyı daire içersine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

		Hiç	Az	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1	Kendime zarar vermek için ayrıntılı planlarım var.	0	1	2	3	4
2	Kendime zarar vermek için yaptığım planların ölümcül olduğunu düşünüyorum.	0	1	2	3	4
3	Son zamanlarda kontrolümü kaybettiğim düşüncesine sahibim.	0	1	2	3	4
4	Daha önce intihar girişiminde bulundum.	0	1	2	3	4
5	Son zamanlarda çevreme karşı yoğun bir öfke hissediyorum.	0	1	2	3	4
6	Başkalarının duymadığı sesleri duyuyorum.	0	1	2	3	4
7	Son zamanlarda çevreme yönelik saldırgan planlarım var.	0	1	2	3	4
8	Son zamanlarda çevreme yönelik saldırgan girişimlerim oldu.	0	1	2	3	4
9	Son zamanlarda kendimi umutsuz ve çaresiz hissediyorum.	0	1	2	3	4
10	Son zamanlarda uyku ile ilgili problemler ve iştahsızlık sorunları yaşıyorum.	0	1	2	3	4
11	Bir işin üstesinden gelebilecek düzeyde enerjiye sahip değilim.	0	1	2	3	4
12	Son zamanlarda hayattan zevk alamıyorum.	0	1	2	3	4
13	Son zamanlarda yaşadıklarım iş/egitim hayatımı olumsuz etkiliyor.	0	1	2	3	4
14	Son üç ay içerisinde birçok kez psikolojik destek almak için hastaneye başvurdum.	0	1	2	3	4
15	Son zamanlarda sahip olduğum zihinsel kapasitem ile gösterdiğim başarı arasında bir tutarsızlık söz konusu.	0	1	2	3	4
16	Son zamanlarda ailem ve çevremdeki insanlarla olan ilişkilerimde sorunlar yaşıyorum.	0	1	2	3	4
17	Son zamanlarda mantıklı olmayan davranışlar sergiliyorum.	0	1	2	3	4
18	Aklım başka düşüncelerle meşgul olduğu için yaptığım işe odaklanamıyorum.	0	1	2	3	4
19	Son zamanlarda yaşadığım olayları anlamlandıramıyorum, kendimi tuhaf/garip düşünceler içerisinde buluyorum.	0	1	2	3	4
20	Son zamanlarda karar verme konusunda zorlanıyorum.	0	1	2	3	4
21	Yaşadığım sorunla ilgili bana destek sağlayabilecek kişi ya da kurumlardan yardım alma konusunda isteksizim.	0	1	2	3	4
22	İçinde bulunduğum durumdan kurtulmak için önerilerde bulunan insanlarla anlaşma sağlamakta problem yaşıyorum.	0	1	2	3	4
23	Yukarıdaki soruları cevaplarken kendim ile ilgili bilgi vermekte istekli değildim.	0	1	2	3	4

EK V: KMDBÖ'nin Lawshe Tekniğine göre KGO ve KGI'nin İncelenmesi

Madde No	MADDELER	Gerekli	Yararlı, ancak yetersiz	Gereksiz	Kapsam geçerlik oran (KGO)
1	Kendime zarar vermek için ayrıntılı planlarım var.	9	0	0	1
2	Kendime zarar vermek için yaptığım planların ölümcül olduğunu düşünüyorum.	9	0	0	1
3	Son zamanlarda kontrolümü kaybettiğim düşüncesine sahibim.	9	0	0	1
4	Daha önce intihar girişiminde bulundum.	9	0	0	1
5	Son zamanlarda çevreme karşı yoğun bir öfke hissediyorum.	9	0	0	1
6	Başkalarının duymadığı sesleri duyuyorum.	9	0	0	1
7	Son zamanlarda çevreme yönelik saldırgan planlarım var.	8	1	0	.77
8	Son zamanlarda çevreme yönelik saldırgan girişimlerim oldu.	9	0	0	1
9	Son zamanlarda kendimi umutsuz ve çaresiz hissediyorum.	9	0	0	1
10	Son zamanlarda uyku ile ilgili problemler ve iştahsızlık sorunları yaşıyorum.	8	1	0	.77
11	Bir işin üstesinden gelebilecek düzeyde enerjiye sahip değilim.	8	1	0	.77
12	Son zamanlarda hayattan zevk alamıyorum.	9	0	0	1
13	Son zamanlarda yaşadıklarım iş/eğitim hayatımı olumsuz etkiliyor.	9	0	0	1
14	Son üç ay içerisinde birçok kez psikolojik destek almak için hastaneye başvurdum.	8	1	0	.77
15	Son zamanlarda sahip olduğum zihinsel kapasitem ile gösterdiğim başarı arasında bir tutarsızlık söz konusu.	8	1	0	.77
16	Son zamanlarda ailem ve çevremdeki insanlarla olan ilişkilerimde sorunlar yaşıyorum.	8	0	1	.77
17	Son zamanlarda mantıklı olmayan davranışlar sergiliyorum.	9	0	0	1
18	Aklım başka düşüncelerle meşgul olduğu için yaptığım işe odaklanamıyorum.	8	1	0	.77
19	Son zamanlarda yaşadığım olayları anlamlandıramıyorum, kendimi tuhaf/garip düşünceler içerisinde buluyorum.	9	0	0	1
20	Son zamanlarda karar verme konusunda zorlanıyorum.	8	0	1	.77
21	Yaşadığım sorunla ilgili bana destek sağlayabilecek kişi ya da kurumlardan yardım alma konusunda isteksizim.	9	0	0	1
22	İçinde bulunduğum durumdan kurtulmak için önerilerde bulunan insanlarla anlaşma sağlamakta problem yaşıyorum.	8	1	0	.77
23	Yukarıdaki soruları cevaplarken kendim ile ilgili bilgi vermekte istekli değildim.	8	0	1	.77

$\alpha = 0.05$, KGI: 0.9, KGÖ: 0.74N KGI $\geq$ KGÖ olduğunda istatistiksel olarak anlamlıdır.

EK VI: KMDBÖ Maddelerinin Çalışmaya Katılan Bireyler Tarafından Cevaplanma Oranları

Ölçek: Maddeleri	Likert Tipi Derecelendirme	Frequency	Percent (%)	Comulative Percent
Madde 1 Soru1	Hiç (0) Az (1) Biraz (2) Fazla (3) Çok fazla (4) Total	8 11 43 36 12 110	7,3 10,0 39,1 32,7 10,9 100,0	7,3 17,3 56,4 89,1 100
Madde 2	Hiç (0) Az (1) Biraz (2) Fazla (3) Çok fazla (4) Total	8 15 41 36 10 110	7,3 13,6 37,3 32,7 9,1 100,0	7,3 20,9 58,2 90,9 100,0
Madde 3	Hiç (0) Az (1) Biraz (2) Fazla (3) Çok fazla (4) Total	14 7 40 33 16 110	12,7 6,4 36,4 30,0 14,5 100,0	12,7 19,1 55,5 85,5 100,0
Madde 4	Hiç (0) Az (1) Biraz (2) Fazla (3) Çok fazla (4) Total	14 13 32 35 16 110	12,7 11,8 29,1 31,8 14,5 100,0	12,7 24,5 53,6 85,5 100,0
Madde 5	Hiç (0) Az (1) Biraz (2) Fazla (3) Çok fazla (4) Total	8 14 35 38 15 110	7,3 12,7 31,8 34,5 13,6 100,0	7,3 20,0 51,8 86,4 100,0

Madde 6	Hiç (0)	13	11,8	11,8
	Az (1)	13	11,8	23,6
	Biraz (2)	30	27,3	50,9
	Fazla (3)	40	36,4	87,3
	Çok fazla (4)	14	12,7	100,0
	Total	110	100,0	
Madde 7	Hiç (0)	12	10,9	10,9
	Az (1)	10	9,1	20,0
	Biraz (2)	44	40,0	60,0
	Fazla (3)	33	30,0	90,0
	Çok fazla (4)	11	10,0	100,0
	Total	110	100,0	
Madde 8	Hiç (0)	11	10,0	10,0
	Az (1)	18	16,4	26,4
	Biraz (2)	45	40,9	67,3
	Fazla (3)	22	20,0	87,3
	Çok fazla (4)	14	12,7	100,0
	Total	110	100,0	
Madde 9	Hiç (0)	32	29,1	29,1
	Az (1)	15	13,6	42,7
	Biraz (2)	27	24,5	67,3
	Fazla (3)	27	24,5	91,8
	Çok fazla (4)	9	8,2	100,0
	Total	110	100,0	
Madde 10	Hiç (0)	13	11,8	11,8
	Az (1)	15	13,6	25,5
	Biraz (2)	33	30,0	55,5
	Fazla (3)	35	31,8	87,3
	Çok fazla (4)	14	12,7	100,0
	Total	110	100,0	
Madde 11	Hiç (0)	13	11,8	11,8
	Az (1)	23	20,9	32,7
	Biraz (2)	28	25,5	58,2
	Fazla (3)	29	26,4	84,5
	Çok fazla (4)	17	15,5	100,0
	Total	110	100,0	
Madde 12	Hiç (0)	10	9,1	9,1
	Az (1)	22	20,0	29,1
	Biraz (2)	31	28,2	57,3
	Fazla (3)	30	27,3	84,5
	Çok fazla (4)	17	15,5	100,0
	Total	110	100,0	

Madde 13	Hiç (0)	15	13,6	13,6
	Az (1)	13	11,8	25,5
	Biraz (2)	34	30,9	56,4
	Fazla (3)	33	30,0	86,4
	Çok fazla (4)	15	13,6	100,0
	Total	110	100,0	
Madde 14	Hiç (0)	13	11,8	11,8
	Az (1)	17	15,5	27,3
	Biraz (2)	35	31,8	59,1
	Fazla (3)	27	24,5	83,6
	Çok fazla (4)	18	16,4	100,0
	Total	110	100,0	
Madde 15	Hiç (0)	22	20,0	20,0
	Az (1)	17	15,5	35,5
	Biraz (2)	37	33,6	69,1
	Fazla (3)	22	20,0	89,1
	Çok fazla (4)	12	10,9	100,0
	Total	110	100,0	
Madde 16	Hiç (0)	43	39,1	39,1
	Az (1)	17	15,5	54,5
	Biraz (2)	23	20,9	75,5
	Fazla (3)	19	17,3	92,7
	Çok fazla (4)	8	7,3	100,0
	Total	110	100,0	
Madde 17	Hiç (0)	49	44,5	44,5
	Az (1)	19	17,3	61,8
	Biraz (2)	13	11,8	73,6
	Fazla (3)	25	22,7	96,4
	Çok fazla (4)	4	3,6	100,0
	Total	110	100,0	
Madde 18	Hiç (0)	63	57,3	57,3
	Az (1)	10	9,1	66,4
	Biraz (2)	18	16,4	82,7
	Fazla (3)	12	10,9	93,6
	Çok fazla (4)	7	6,4	100,0
	Total	110	100,0	

Madde 19	Hiç (0)	45	40,9	40,9
	Az (1)	23	20,9	61,8
	Biraz (2)	17	15,5	77,3
	Fazla (3)	17	15,5	92,7
	Çok fazla (4)	8	7,3	100,0
	Total	110	100,0	
Madde 20	Hiç (0)	36	32,7	32,7
	Az (1)	24	21,8	54,5
	Biraz (2)	19	17,3	71,8
	Fazla (3)	18	16,4	88,2
	Çok fazla (4)	13	11,8	100,0
	Total	110	100,0	
Madde21	Hiç (0)	29	26,4	26,4
	Az (1)	21	19,1	45,5
	Biraz (2)	28	25,5	70,9
	Fazla (3)	18	16,4	87,3
	Çok fazla (4)	14	12,7	100,0
	Total	110	100,0	
Madde 22	Hiç (0)	57	51,8	51,8
	Az (1)	21	19,1	70,9
	Biraz (2)	13	11,8	82,7
	Fazla (3)	13	11,8	9,5
	Çok fazla (4)	6	5,5	100,0
	Total	110	100,0	
Madde 23	Hiç (0)	24	21,8	21,8
	Az (1)	24	21,8	43,6
	Biraz (2)	32	29,1	72,7
	Fazla (3)	23	20,9	93,6
	Çok fazla (4)	7	6,4	100,0
	Total	110	100,0	

EK VII:

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : B.10.1.TK11.4.45.0.02 / 246
Konu : H94659 Gül SAKARYA OFLU

14.12.2012

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

İlimiz Merkez Efendi Devlet Hastanesi Sağlık Tesisinde Hemşire olarak görev yapmakta olan Gül SAKARYA OFLU'nun 05.12.2012 tarihli dilekçesine istinaden, 01.02.2013-30.05.2013 tarihleri arasında Manisa Devlet, Akhisar Devlet ve Salihli Devlet Hastaneleri kriz birimlerinde "Kriz müdahale düzeyi belirleme ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması" konulu araştırma isteği uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

E
Manis

İlgi

EK VIII:



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

SAYI : 2012 - 67
KONU : Etik Kurul Kararı hk.

Bornova /İZMİR
21.09.2012

E.Ü. HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültemiz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi Gül SAKARYA OFLU ve Yard.Doç.Dr.Şeyda DÜLGERLER'in sorumluluğunda Ekim 2012 – Mayıs 2013 tarihleri arasında yapılması planlanan “**Krize Müdahale Düzeyi Belirleme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması**” konulu araştırma 21.09.2012 tarihinde **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve “**Araştırmanın Yürütülmesi Uygun**” bulunmuştur. Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Doç.Dr.Asiye AKYOL
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

İlk ve orta öğrenimini Akhisar’da tamamladı. 2001 yılında Zeytinlioğlu Lisesi’nden mezun oldu, yüksek öğrenimini 2001-2006 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda eğitim alarak tamamladı.

2006 yılında Hacettepe Üniversite Hastanesinde Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde göreve başladı. 2007-2009 tarihleri arasında İstanbul Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi ve Kardiyoloji Servisi’nde çalıştı, 2010 yılından Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi’ne atanarak Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde çalışmaya başlayan araştırmacı, halen aynı kurumda görev yapmaktadır.

Evli ve bir kız çocuğu annesidir.