

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN PSİKOMETRİK DEĞERLENDİRMESİ

Psychometric Evaluation of the Quality of Life Instrument

Zeynep ŞİMŞEK

Yrd. Doç. Dr. Harran Üniversitesi Halk Sağlığı
Anabilim Dalı

ÖZET

Son yıllarda yaşam kalitesi değerlendirmeleri, ağır ruhsal bozukluklar alanında hastaların bakım kalitesinin izlenmesi ve uygun hizmetlerin geliştirilmesi açısından yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, ağır ruhsal bozukluğu olan ve toplum içinde yaşayan kişilerin öznel yaşam kalitesini belirleyen, Wisconsin

Üniversitesi Sosyal Hizmet Okulu tarafından geliştirilen bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesini yapmaktır. Ölçek "yaşam koşulları", "maddi durum", "boş zamanı değerlendirme", "aile ilişkileri", "sosyal yaşam", "sağlık durumu" ve "sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik" boyutlarını içeren, müracaatçı tarafından doldurulan 24 maddelik Likert tipi bir araçtır. Ölçeğin yapı geçerliği ve güvenilirlik çalışması, ağır ruhsal bozukluk tanısı almış ve ayaktan tedavi hizmeti alan 120 müracaatçı üzerinde test edilmiştir. Çalışmada, ölçeğin yeterli bir yapı geçerliği ve güvenilirlik düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Yaşam kalitesi, "Yaşam Kalitesi Ölçeği", güvenilirlik, yapı geçerliği, ruhsal bozukluklar, şizofreni, sosyal hizmet.

ABSTRACT

In recent years, the assessments of the quality of life have been widely used in the process of monitoring quality of care and improving services for people with severe mental illness. The purposes of this study is to determine psychometric properties of the "Quality Of Life Instrument" has was developed by School of Social Work, University of Wisconsin, which has been defined subjective dimension of life quality. The instrument is a Likert type self-administered scale that has 24 items including "living situation", "finances", "leisure", "family relations", "social life", "health" and "access to health care". The construct validity and reliability of the Instrument were tested on 120 clients with serious mental illness who were receiving mental health services from outpatient units. The QOL Instrument has been shown to have good construct validity and is considered reliable.

Key words: Quality of life, "Quality of Life Instrument", reliability, construct validity, mental illness, schizophrenia, social work.

GİRİŞ

Yaşam kalitesi kuramı, kişilerin ihtiyaçlarını kavramsallaştırmak, hizmetleri tanımlamak ve yürütülen programları değerlendirmek için bir çerçeve sunmaktadır (Bigelow, McFarland, Olson, 1991). Yaşam kalitesi, kişilerin temel ihtiyaçlarının, sosyal beklentilerinin karşılanmasını ve kişinin yaşadığı toplumun sunduğu fırsatlardan yeteneklerini kullanarak yararlanmasını ifade etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanıma göre yaşam kalitesi; bireyin amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak içinde yaşadığı kültür ve değerler sisteminde yaşamda bulunduğu yeri algılamasıdır (WHOQOL Group, 1996). Yaşam kalitesinin içeriğinde bir dizi yaşam durumu tanımlanmıştır. Yaşam kalitesi Lehman (1983,144)'a göre, bireyin iyilik durumu ve yaşadığı koşullardan doyum sağlama düzeyidir.

Sosyal bilimler alanında yaşam kalitesi konusunda geliştirilen yaklaşım ve kuramlar toplumsal gelişme, planlama ve insanın gelişmesi açısından ele alınmıştır. Yaşam kalitesi, temelde gelişmiş ülkelerde ekonomik büyümenin ve artan refahın tüm topluma yaygınlaştırılması konusundaki çalışmalar ile gelişmekte olan ülkelerin toplumsal kalkınmasına dönük çalışmalarda önemli bir gösterge olarak değerlendirilmektedir. Yapılan çalışmalar, yönetime ve karar organlarına bilgi üretme amaçlarını da taşımaktadır. Yaşam kalitesi göstergeleri aile ve birey açısından değerlendirildiğinde, birey ya da ailenin ihtiyaçlarını karşılama, çevresi üzerinde denetim kurma, kendini geliştirebilme ve anlamlı bir yaşam sürdür-

bilmedir. Bu bireysel nitelikleri bütünleyen toplumsal-çevresel nitelikler de kapsama alındığında, çalışma koşulları, yaşanan çevre koşulları, hizmetlerden yararlanma ve toplumsal ilişkiler önem kazanmaktadır. Toplumsal-çevresel özellikler bireysel değerlendirme verisi olduğu kadar "toplumsal doyum ölçeği" olarak da göz önüne alınan göstergelerdir (Gitmez, Çopur, 1980).

Yaşam kalitesi kavramı, sağlık alanında özellikle son yirmi yıldır biyopsikososyal görüşün etkisiyle önemli bir ilgi odağı haline gelmiştir. Kavram, klinik değerlendirme çalışmaları ve sağlık ekonomisi analizlerine katkıda bulunmuştur. Kavramın tam olarak çıkış noktası bilinmemekle birlikte, özellikle ikinci Dünya Savaşı sonrası Batı toplumlarının ekonomik gelişmeyi sağlama yoluyla yaşam standardını yükseltmeyi amaçlamalarıyla gündeme geldiği ifade edilmektedir. Bütün bu gelişmeler psikolojik doyum, mutluluk gibi kavramları ortaya çıkarmıştır (Awad, 1997). Geniş bir kavram olan yaşam kalitesi, doğrudan sağlıkla ilgili konuların yanı sıra, sağlığı dolaylı yoldan etkileyen işsizlik, çevre ve diğer yaşam koşullarını da ele almaktadır. Yaşam kalitesi ölçümlerinin önem kazanmasında üç önemli faktör etkili olmuştur. İlk olarak; ölçme ve veri değerlendirmede ortaya çıkan teknik ilerlemeler sonucu, bireylerin, grupların hatta toplumların yaşam kalitesini incelemek mümkün olmuştur. İkincisi, davranış bilimcileri tarafından sosyal çevrenin bireyin yaşam tarzında oldukça önemli etkisi olduğu gösterilmiştir. Bu sosyal güçlerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini anlamak, planlayıcıların "iyi yaşam" için hazırlayacakları sosyal

programları daha etkili biçimde hazırlayabilmelerine ve olası hatalardan kaçınmalarına yardımcı olmaktadır. Üçüncüsü, kişinin yaşantısını, deneyimlerini, beklentilerini daha iyi anlamak ve yaşantılarını daha iyi sürdürebilmeleri için kararlar alabilmeleri yönünde, insanlar değişen dünyada nasıl doyum sağladıkları ve yaşam kalitesini arttıracaklarını öğrenmek istemektedirler. Esas olarak, yaşam kalitesi yaşamın "iyiliği" ile ilgili bir kavramdır.

Ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin yaşam kalitelerini değerlendirme, bu kişiler için sunulan hizmetleri geliştirme ve bakım kalitesini izleyebilme açısından artan bir önem taşımaktadır (Lehman,1983,143; Greenley, Greenberg, Brown, 1997). Ruh sağlığı alanında yaşam kalitesi (özellikle şizofrenide), 1960'lı yıllarda kurum bakımının terk edilmesinin bir sonucu olarak, toplum içinde yaşayan ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin ihtiyaçlarını belirleme, tedavilerini sürdürme çabalarıyla büyük bir ilgi toplamıştır Lehman, Possidente, Hawker, 1986). Ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin, toplum içinde kişisel güvenlikleri, yoksulluk, sosyal izolasyon, toplumu hastalığa hazırlama ve birçok sosyo-ekonomik konulara ilgi yoğunlaşmıştır. Ancak yapılan ilk çalışmalarda hastanın ihtiyaç ve beklentilerini belirleme açısından ölçme teknikleri yetersiz kalmakla birlikte son yıllarda bu güçlükler aşılmaya başlanmıştır. 1970'li ve 1980'li yılların ilk yarısında tıbbın genellikle kanser, kalp hastalıkları gibi diğer alanlara yönelmesi ilgiyi azaltmıştır. Azalan bu ilginin nedeni birçok faktöre bağlanmaktadır. Bunlar genel olarak, yaşam kalitesi tanımında fikir birliğinin olmayışı, yeterli kavramsal mo-

dellerin yokluğu, ölçüklerin güvenilirlik sorunu ve standart ölçme araçlarının olmayışıdır. Son yıllarda özellikle ağır ruhsal bozuklukların yaşamı tehdit eden bir düzeyde olmaları ve bakım maliyetinin yüksek olması nedeniyle ilgi tekrar artmıştır (Awad, 1995). Artan ilginin bir diğer nedeni ise, kaynakların yeniden dağılımı ve uygun hizmet planlamasında hasta grupları, aileler ve planlamacıların birlikte karar vermelerinin gereği olarak açıklanabilmektedir. Aynı zamanda yaşam kalitesini değerlendirme hastanın aldığı bakım ve tedavi hizmetinin bir çıktısı yani sonuç göstergesi olarak da tanımlanmaktadır. Çünkü, sağlık hizmetlerinin finansman, yönetim ve sunumu sistemindeki değişimler bakım ve tedavi kalitesinin değerlendirilmesini ve hizmetlerin yeniden yapılandırılmasını gerektirmektedir.

Yaşam Kalitesi Modelleri

Yaşam kalitesinin içeriğinde bir dizi yaşam durumu tanımlanmakta ve yaşam kalitesi nesnel ve öznel göstergeler modeli olmak üzere iki kuramsal yaklaşımla açıklanmaktadır.

Nesnel Göstergeler Modeli

Bu model yaşam kalitesini etkileyen sosyal göstergeleri tanımlamaktadır. Yaşam kalitesinin olası sosyal göstergelerinin sayısı sınırsızdır. Flax (1972) tarafından hazırlanan bir listede, işsizlik oranı, kişi başına düşen gelir, dört kişilik bir ailenin ortalama gideri, ortalama ulaşım gideri, bir yaş altı bebek ölüm hızı, intihar oranı, suç işleme oranı, ortalama eğitim düzeyi, uyuşturucu madde kullanım oranı ve hava kirlilik oranı yer almaktadır. Bu gibi göstergeler bir toplumdaki nesnel yaşam kalitesini

yansıtmaktadır. Buna benzer bir dizi gösterge sunulmakta ve genel olarak bunlar; sağlık, sosyal refah, eğitim ve kamu güvenliği olmak üzere dört başlık altında toplanmaktadır. Sosyal göstergeler çerçevesinde belirtilen bu dört göstergeye boş zamanı değerlendirme, çevre ve nüfusla ilgili konular da dahil edilmektedir (Zautra, Goodhart, 1979).

Toplum ruh sağlığına yönelik sosyal ve demografik bilgiler üzerinde oldukça çok çalışma bulunmaktadır. Bunlar genel olarak sosyal sınıf, aile yaşam döngüsü ve kentleşme olarak belirlenmiştir. Daha sonra bu göstergelere sosyal dışlanma, ergen evlilikleri, boşanma oranlarının yüksekliği, komşuluk ilişkileri, sosyal eşitsizlik ve en önemlisi yoksulluk gibi göstergeler de ilave edilmiştir. Bir toplumun yaşam kalitesini tahmin etmek için sosyal göstergelerin analizinde "kişi-çevre uyumu" ve "davranışsal bulaşma" olmak üzere iki ekolojik model kullanılmaktadır. Kişi-çevre uyumu yaklaşımına göre; kişiler kendilerini yaşadıkları çevrede sahip oldukları özellikler açısından azınlık durumunda hissedilerse psikolojik ve sosyal sorunlar ortaya çıkmakta ve yaşam kalitesi düşmektedir. Davranışsal bulaşma yaklaşımına göre ise; ruhsal bozukluklar ve düşük yaşam kalitesi bulaşıcı hastalıklar kadar hızlı olmasa da bireyden bireye geçebilmektedir (Zautra, Goodhart, 1979). Nesnel göstergelerle ilgili en büyük sorun bireyin yaşam kalitesi olarak kullanılması durumunda ortaya çıkmaktadır. Bu durumda Zautra ve Simons (1978) nesnel ve öznel göstergelerin birlikte kullanılmasını önermektedirler.

Öznel Göstergeler Modeli

Öznel göstergeler, yaşam deneyimlerine karşı psikolojik değerlendirmeleri inceleyen bir modeldir. Bu amaçla geliştirilen modellerin her biri, bireyin yaşamındaki en önemli olayları odak almıştır. Bu nedenle olayların sonuçları üzerinde durulmakta ve davranışsal uyum ile psikolojik açıdan gelişme kuramları çerçevesinde ele alınmaktadır. Burada epidemiyolojik model, yaşam krizleri modeli, yeterlik modeli ve uyum düzeyi modeli olmak üzere dört model tartışılmakta ve bu modellerin bir sentezini içeren olumlu ruh sağlığı yaklaşımı ele alınmaktadır.

Epidemiyolojik model: Epidemiyoloji bir hastalığın toplumda yaygınlık düzeyi ile ilgilidir. Yaşam kalitesi araştırmalarına uygulandığı zaman, bir kişinin yaşamındaki ruhsal bozukluk olasılığını arttıran faktörler üzerinde odaklanılmakta, psikopatolojinin ve fiziksel hastalıkların ortaya çıkmasında önemli faktörler olarak ele alınan boşanma, işten çıkarılma ve diğer sosyal kayıplar gibi stres yaratan faktörleri incelemektedir. Bu modele göre, normal işlevselliğin bozulması yaşanan stresin derecesine bağlıdır. Stres yaratan olaylar birleşmekte ve "genel uyum sendromunu" ortaya çıkarmaktadır. Bu durumda organizmanın uyum sağlayıcı kaynakları tükenmekte ve hastalığa yakalanma olasılığı artmaktadır (Jacobs, Myers, 1976).

Yaşam krizi modeli: Bu modelde, birey günlük yaşamda karşılaştığı sorunlarla baş edebilmek için, önceden denediği ve olumlu sonuç aldığı yolları kullanarak ruhsal dengesini korumayı başarmaktadır. Bazı sorunlar insanın psikolojik dengesini bozacak

güçtedir. Kriz durumu kişiye biyolojik, psikolojik ve sosyal bir baskının üstesinden gelme deneyimi kazandırdığı için benliğinin güçlenmesini sağlamaktadır. Baskının yoğun olması ve kişinin başetmekte yetersiz kalması durumunda ruhsal bozukluk ya da nüksetme olasılığı artmaktadır. Krize müdahalenin bu anlamda önleyici bir işlevi bulunmaktadır. Krizin çözülme durumuna bağlı olarak uyum kolaylaşabilir ya da zorlaşabilir. Başarılı bir biçimde çözülemeyen krizler psikolojik bozukluğa ve beceri kaybına neden olabilir. Aynı zamanda gelecekte ortaya çıkabilecek krizleri çözme becerisini olumsuz yönde etkileyebilir. Bununla birlikte başarıyla çözülen krizler psikolojik gelişimi desteklemekte ve kişinin başetme becerisini arttırmaktadır. Bu modelde sosyal çevrenin sorunun oluşması ve giderilmesinde etkili olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle, aile, arkadaş çevresi ve diğer ilişkilerden sağlanan sosyal destek önem taşımaktadır. Sosyal destek, bilgi almaya yardımcı olmakta, stresli bir çevrede nasıl hareket edileceğine ilişkin geri bildirim ve korunmayı sağlamaktadır (Zautra, Goodhart, 1979).

Yeterlik modeli: Bu modele göre her aşamada kişi kendi kapasitesini, sosyal çevredeki olanakları ve diğer insanlarla olan ilişkisini kullanarak geliştirmeye çalışmaktadır. Kişinin kendini geliştirebilmesi için bulunduğu sosyal çevre olanaklarının uygun olması gerekmektedir. Model kendini yönetme, etkililik ve yeterlik öğelerinden oluşmaktadır. Bu görüşler insanların becerilerini geliştirebileceğini ve yaşamlarını yönetme becerilerine sahip olduğunu ileri sürmektedir

(McGrath, 1970: Aktaran; Zautra, Goodhart, 1979).

Uyum düzeyi modeli: Uyum düzeyi kuramına göre, insanlar daha önce yaşadıklarını ve başkalarının yaşadıklarını standart ya da başlangıç noktası olarak karşılaştırmakta ve bunlara göre bir değerlendirme yapmaktadırlar (Brickman, Campbell, 1971). Dolayısıyla bunlar bireylerin yaşam kalitesine ilişkin yüklemelerini etkilemektedir. Olumlu yaşantılar yaşam doyumunu artırırken, olumsuz yaşantılar stres düzeyini arttırmaktadır. Kişinin nesnel durumunu etkileyen bir olay onun uyum düzeyini bozabilmektedir. Buna karşın bütün bu olaylar uyum düzeyini yeniden yapılandırmakta ve yeni bir karşılaştırma düzeyi oluşturmaktadır. Bu süreçte olumlu yaşam olaylarıyla karşılaşan bir kişi beklenti düzeyini arttırmakta ve mutluluk sınırını yukarı çekmektedir.

Olumlu ruh sağlığı yaklaşımı: Bu yaklaşım, açıklanan modellerdeki farklılıkları değerlendirmeye yardımcı olmakta ve algılanan yaşam kalitesini etkileyen faktörleri tanımlayan daha kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır. Bu yaklaşıma göre bireylerin iki tür gereksinimi bulunmaktadır. Bunlar; 1- Acı verici yaşam olaylarından uzak durmak, azaltmak ya da uyum sağlamak, 2- Yeterlik düzeyini ve becerilerini geliştirerek yaşam doyumunu arttırmak ya da sürdürmek (Zautra, Simons, 1978). Bu iki gereksinim birbirinden bağımsızdır. Bir gereksinimi karşılamak, diğerinin karşılanması anlamına gelmemektedir. Bu nedenle de yaşam kalitesinin düzeyini arttırmak için, hem uyum hem de yeterlik gereksinimi karşılanmalıdır. Uyum ve yeterlik gereksi-

nimlerinin karşılanması, kişisel ve sosyal kaynakların varlığı ve bunun yeterliliğine bağlıdır. Sosyal destek ve krizler uyum sağlamayı kolaylaştırıcı kaynaklar olarak ele alınmaktadır. Ayrıca ilgiler ve değerler, kişisel özellikler de doyum sağlayıcı yaşantıların anlamını etkilemektedir. Bütün bunlar yaşam kalitesini değerlendirmede etkili olmaktadır.

Öznel yaşam kalitesine etki eden diğer faktörler incelendiğinde; öğrenilmiş çaresizlik, kadercilik ve hakimiyet hissinin önemi vurgulanmaktadır. Kişilerin yaşamlarındaki olayları kontrol edemediklerini hissetmeleri durumunda yaşam koşullarını sorunlu olarak algıladıkları belirtilmektedir. Hakimiyet hissi stresin etkileri ile mücadele etmede yardım edilecek ya da etkileri yumuşatabilecek kişisel bir kaynak olarak görülmektedir. Hakimiyet hissinin yok olmasının genel olarak, bireylerin psikolojik iyiliklerine yıkıcı sonuçları olduğu saptanmıştır. Kontrolün artması mutluluğun artmasını sağlamaktadır. Dolayısıyla düşük hakimiyet hissi öznel yaşam kalitesini etkilemektedir. Çünkü edilgenlik ve ümitsizlik duygularıyla sonuçlanmaktadır. Düşük kontrol hissi bireylerin çaba harcamasını ve istediklerini almasını engelleyerek yaşam doyumunu için gerekli olan fırsatları tehlikeye atmaktadır. Hakimiyet hissinin temeli bireylerin gerçek güçleridir. Çalışmalar, ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin kendilerini güçsüz ve karar veremez olarak algıladıklarını göstermiştir. Dolayısıyla, artan bir hakimiyet duygusu sağlamak ruhsal bozukluğu olan kişiler için öncelik taşımaktadır (Rosenfield, 1992).

Yaşam Kalitesini Ölçme ve Yöntem Sorunları

Öznel göstergelerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan en iyi ölçümler olduğu bildirilmektedir. Bunun en önemli nedeni, kişilerin kendi yaşamlarını değerlendirme ve algılamalarının belirlenmesi doğrudan yaşam kalitesinin ölçümünü vermektedir. Ancak bazı sosyal bilimciler, yaşam kalitesini araştıran yöntemlerin geçerliği konusunda şüphelerini belirtmişlerdir. Bu düşüncelerinin temel üç nedeni; kişilerin sosyal istenirliğe bağlı olarak yanlış cevaplar vermeleri, duyguların ifade edilmesindeki farklılıklar ve yaşam kalitesinin öznel göstergelerinin yetersizliğidir. Hasta doyum yöntemlerine yönelik bir eleştiride, William (1994:509) "kendi kendini değerlendirme puanlamasının geçerliğinin hastanın puanlamayı yaparken neyi kastettiğinin -değerlendirmeler, karşılaştırmalar ve bir hastanın cevaplarını etkileyen durumsal olaylar dahil bilinmesine bağlıdır" demektedir. Ağır ruhsal bozukluğu olan gruplarla çalışan yaşam kalitesi araştırmacılarının kullandıkları değerlendirme araçlarının, önyargılı cevap ve zorlayıcı etkilerden uzak, hatalı ve önyargılı ölçümü azaltan bir niteliğe sahip olması gerektiği belirtilmektedir.

Psikopatoloji, hastaların yaşam kalitesi ölçümlerini etkileyebilmektedir. Ruhsal bozukluğu olan kişilerin yaşam kalitesi araçlarına tepkileri ideal olarak onların o andaki fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarını yansıtmasına rağmen, bu tip tepkiler büyük ölçüde bireylerin beklentileri, kişisel istekleri ya da ruhsal durumlarıyla belirlenmektedir. Örneğin depresyondan, kötü sosyal düzenleme ve o-

lumsuz yaşam olayları ile birlikte sosyal rollerden alınan doyumsuzluktan kaynaklandığı gösterilmiştir (Morgado ve ark., 1991). Bir başka tartışma konusu ise; bireylerin özellikleri ve farkındalıkları bakımından ortaya çıkmaktadır. Ruhsal bozukluğu olan kişiler, kendi yaşam koşullarını düzeltmek için gerekli güdüden ya da yetiden yoksun olabilmektedirler. Eğer kişi yaşamın içindeki boşlukları görmez ve onu geliştirmek için bir çaba harcamazsa yaşam kalitesi büyük ihtimalle düşük olacaktır. Üstelik bu kişilerin, hastalığının yaşamları üzerindeki etkisi ile ilgili içgörü eksikliği, yüksek yaşam doyumu ile de sonuçlanabilmektedir. Algılama bozukluğu, içgörü eksikliği, varsanıların görüldüğü durumlarda psikiyatrik gruplar arasında kendi kendini değerlendirme yönteminin kullanımının sınırlanması gerektiği savunulmaktadır. Dolayısıyla, hastaların alevlenme dönemlerinde değil, stabil oldukları dönemlerde uygulamanın yapılması daha anlamlı sonuçlar vermektedir. Aslında bir hastaya hastalığının inkar dönemini yenmesi için yardım etme, uygulayıcılarca ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin yönetimi ya da iyileştirilmesinde önemli bir adım olarak düşünülmektedir (Rosenfield, 1992).

Öznel Yaşam Kalitesini Ölçme Araçları

Yaşam olaylarının öznel puanlaması, kişinin stresli olaylara uyum düzeyi ve yaşamı doyum sağlayıcı olarak görüp görmemesini değerlendirmede kullanılmaktadır. Yaşam kalitesini ölçmeye yönelik kapsamlı çalışmaların yaklaşık yirmi yılı aldığı izlenmektedir. Ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin yaşam kalitesini ölçme-

ye yönelik ilk kapsamlı çabalar Bigelow, Brodsky, Stewart ve Olson tarafından 1982 yılında Oregon Yaşam Kalitesi Soru Formu'nu geliştirmeleriyle başlamıştır. Bu ölçek doyum, sosyal destek, iş durumu ve zamanı anlamlı geçirme gibi Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Teorisi'nden çıkış noktasını bularak yaşam durumlarını ele alan, 14 alanda performansı değerlendiren bir araçtır (Bigelow ve ark., 1990; Bigelow ve ark., 1991). Oregon Soru Formu 263 maddeden oluşan 3 saatlik yüzyüze görüşmeyi gerektiren ve eğitilmiş görüşmeciler tarafından uygulanabilen bir ölçek niteliğini taşımaktadır.

Yaşam kalitesi ölçekleri arasında en iyi bilinen ve sıklıkla kullanılanı ise Lehman tarafından geliştirilen ölçeklerdir. Bu ölçek nesnel ve öznel her iki alanı da değerlendiren, 8 yaşam durumunu ele alan ve 45 dakikalık yüzyüze görüşmeyi gerektiren bir özelliğe sahiptir. Bu alanda daha sonra Becker, Diamond ve Saintfort (1993) tarafından 9 alanda yaşam kalitesini ölçen ve toplam 113 maddeden oluşan, 20-30 dakikalık yüzyüze görüşmeyle doldurulan Yaşam Kalitesi Ölçeğidir.

Son yıllarda ise, klinisyenler ve diğer ruh sağlığı çalışanları ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin bakım sürecini, sonucunu ve kalitesini değerlendirebilmek amacıyla, daha kısa zamanda ve düşük maliyetle yürütülebilen, öznel değerlendirmeleri içeren bir yaşam kalitesi ölçme aracı geliştirmişlerdir (Greenley, Greenberg, Brown, 1997).

Çalışmanın Amacı

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ağır ruhsal bozukluğu olan kişile-

rin bakım, tedavi ve rehabilitasyonları genel sağlık ve sosyal hizmetler açısından büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde son yıllarda toplum içinde bakım, tedavi ve rehabilitasyona yönelik bazı girişimler bulunsa da çoğunlukla geleneksel ve yarı geleneksel modeller uygulanmaktadır. Geleneksel modellerden toplum içinde bakım ve tedaviye geçilebilmesi ve hastanın bakım, yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için; ülkemize uygun hizmet modellerinin sosyal, ekonomik ve kültürel yapıya uygun, standart değerlendirme araçları kullanılarak hastanın gereksinimlerine göre belirlenmesi gerekmektedir. Bu çalışmada, bireyin iyilik durumunu ve yaşadığı koşullardan doyum sağlama düzeyini doğrudan kişinin ifade etmesi ve bu modelin ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin yaşam kalitesini belirlemede ve sunulacak hizmetleri planlamada daha etkili olması nedeniyle "özel göstergeler modeli" esas alınarak geliştirilen Wisconsin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türk örneklemini üzerinde geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Toplum içinde bakım ve tedavi için ihtiyaçları kavramsallaştıracak, bakım sürecini ve sonucunu izleyebilecek nitelikte geliştirilen standart ölçme araçlarının hizmeti planlayanlara ve yürütenlere katkıda bulunacağı beklenmektedir. Böylece sosyal refah sisteminde hangi değişimlerin yapılmasının gerekli olduğu bilimsel ve katılımcı bir yaklaşımla ortaya konulabilecektir.

YÖNTEM

Örnekleme ve İşlem

Çalışma, Ankara ilinde bulunan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Hacettepe Üni-

versitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Numune Hastanesi Psikiyatri Polikliniği, Sosyal Sigortalar Kurumu Eğitim Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Ruh Sağlığı Dispanserine ayakta tedavi için gelen hastalar arasından seçkisiz yolla belirlenen 120 kişi üzerinde yürütülmüştür. Belirtilen kurumlarda, zaman sınırlaması getirilerek her biri için 15 günlük süre planlanmış ve bu süre içerisinde ayakta tedavi için gelen, belirlenen ölçütlere uygun kişiler araştırma kapsamına alınmışlardır.

Çalışma yapılacak kurumlara HÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Başkanlığından ilgili kurumlara araştırmanın amacını ve izin talebini içeren bir yazı yazılmış ve araştırmacı tarafından her bir kurumun yetkilisi ile görüşülerek, araştırmanın amacı, ölçütleri ve ayakta tedavi kliniğinde çalışmanın nasıl yürütülebileceğine ilişkin görüşmeler yapılarak uygulama izni alınmıştır. Daha sonra her bir kurumda uygulamanın yapıldığı süre içerisinde poliklinikte görevli olan psikiyatristlerle tanışılmış ve kendilerine araştırmanın amacı ve ne şekilde yürütüleceği konusunda bilgi verilmiş, ayrıca yazılı olarak deneklerde aranan ölçütler ve yeterli sayıda işlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD) Ölçeği bırakılmıştır. Psikiyatrist hastasını muayene ettikten sonra eğer vaka uygunsa İGD ölçeğini ve ilgili soruları cevaplayarak hastayı ölçekle birlikte araştırmacıya göndermiştir. Araştırmacı tarafından hasta ile bir ön görüşme yapıp ölçeği ne şekilde dolduracağı örneklerle anlatılmış ve hasta yalnız bırakılmıştır. Hasta önce yaşam kalitesi ölçeğini daha sonra soru formunu işaretlemiştir.

Güvenirlilik çalışması için toplam 28 gönüllü denek kapsama alınmış ve ortalama üç hafta sonra tekrar ölçek uygulanmıştır. Kontrollerin yaklaşık 20 günde bir yapılması güvenirlilik çalışmasını kolaylaştırmıştır.

Deneklerde aranan ölçütler

Orijinal ölçeğin şizofren, şizoaffektif bozukluk, majör depresyon ve bipolar bozukluk tanısı alan örneklem üzerinde geçerlik ve güvenirlilik çalışmaları yapıldığı için, bu çalışmada da aynı tanıları alan kişilerin araştırma kapsamına alınması ilk ölçüt olmuştur. Diğer ölçütler ise;

- En az iki yıldır süren ağır ruhsal bozukluk tanısı almış olması ve bu nedenle en az bir kez bir psikiyatri kliniğine yatarak tedavi olması,
- Taburculuğundan en az altı hafta geçmiş olması ve ayaktan tedavi hizmeti alması,
- Zihinsel engelinin bulunmaması,
- 18-65 yaş arası olması,
- Ölçek ve soru formunu okuyup doldurabilecek düzeyde okuma yazma biliyor olması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmasıdır.

Benzer ölçütler güvenirlilik çalışmasının gerçekleştirildiği denekler için de geçerli olmuştur. Test tekrar test güvenirliliğini belirleyebilmek için aynı ölçek ve anket, şizofren tanısı almış 18 "erkek" ve 10 "kadın" olmak üzere toplam 28 katılımcıya üç hafta sonra tekrar uygulanmıştır.

Deneklerin özellikleri: Toplam 120 deneğin %83.3'ü "şizofren", %4.2'si "şizoaffektif bozukluk", %6.7'si "bipolar bozukluk" ve %5.8'i "majör depresyon" tanısı almıştır. Denekle-

rin %50.8'i "erkek", %49.2'si "kadın" lardan oluşmaktadır. Dolayısıyla cinsiyet açısından dengeli bir dağılımın olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 35.7'dir.

Eğitim durumları incelendiğinde; kişilerin %24.1'i "ilkokul", %14.2'si "ortaokul", %44.2'si "lise", %17.5'i "üniversite ve üstü" eğitim aldıkları gözlenmektedir. Ölçek hastaların kendileri tarafından doldurulduğu için eğitim düzeyinin çoğunlukla ortaokul ve üstü olduğu görülmektedir. Deneklerin %32.5'i "gelir getiren bir işte" çalışırken, %67.5'i "herhangi bir iş sahibi" değildir. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde, çalışan grubun %63.4'ünü erkekler, %36.6'sını ise kadınlar oluşturmaktadır. Yaptıkları iş açısından değerlendirildiğinde, çoğunluğunun işçi ve memur statüsünde çalıştıkları belirlenmiştir. Ekonomik açıdan durumları sorulduğunda; %34.1'i "iyi", %51.7'si "orta" ve %14.2'si "kötü" olduğunu bildirmişlerdir. Hastaların %78.3'ünün "Emekli Sandığı, Bağkur ya da SSK"ya tabi olduklarını, %11.7'si "yeşil kartı" olduğunu, %9.2'si ise "hiç bir sosyal güvencesi olmadığını" bildirmişlerdir. Hastaların %17.5'i "ilaç ya da para yardımı" aldıklarını belirtmişlerdir.

Deneklerin aile içerisindeki rolleri incelendiğinde; %21.7'sinin "anne", %15.8'inin "baba" olduğu, çoğunluğunun ailede "çocuk" statüsünde oldukları belirlenmiştir. Hastaların kimlerle birlikte ve nerede yaşadıkları ele alındığında; %79.2'si "ailesi ile birlikte", %11.7'si "evinde yalnız", %5.0'i "akrabalarının yanında", %1.7'si "yurtta", %2.5'i ise "evsiz" sokakta yaşamaktadır. Medeni durumları açısından ise; %52.5'inin "hiç evlenmemiş", %30.8'inin "halen evli",

%16.7'sinin ise "dul, boşanmış ya da ayrı yaşadığı" belirlenmiştir.

Veri Toplama Araçları

Demografik Ölçümler

Soru formunun arka kısmında, katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, yaşadıkları yer ve eğitim durumuna yönelik sorular yer almıştır.

İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD) Ölçeği

Psikiyatrist tarafından hastanın genel işlevsellik düzeyini belirlemek üzere kullanılan İGD ölçeği Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte belirti düzeyleri eşit aralıklı olarak 10 farklı aralıkta değerlendirilmektedir. 1-10 arası, kendine ya da başkalarına zarar verebilecek düzeydeki ağır belirti düzeyini, 91-100 arası ise, belirtilerin olmayışını göstermektedir. Ölçek 91-100 aralığı ile başlayıp belirtilerin sıklığına göre 81-90, 71-80 şeklinde devam ederek 1-10 aralığıyla tamamlanmaktadır. Her bir aralıkta klinisyen, 74, 85, 43 gibi ara puanlar kullanabilmektedir. Hasta hakkında bilgi yetersiz ise "0" kodu işaretlenmektedir. (DSM IV, 1994, 38-41). Bu çalışmada İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği hastayı izleyen eden psikiyatrist tarafından doldurulmuştur.

Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam Kalitesi Ölçeği, Greenley ve Greenberg tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir (Greenley, Greenberg 1994). Bu ölçek, toplum içinde bakım ve tedavi gören ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin ihtiyaçlarını kavramsallaştırmak, hizmetleri tanımlamak

ve yürütülen programları değerlendirmek için bir çerçeve sunmaktadır. Ölçek, ruh sağlığı çalışanları tarafından ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin bakım sürecini, sonucunu ve yaşam kalitesini değerlendirebilmek amacıyla kullanılan, 15-20 dakikalık bir sürede işaretlenebilen, puanlaması kolay, hastanın kendisinin ya da ailesinden ya da arkadaşlarından yardım alarak tamamlaması gereken bir psikometrik ölçme aracıdır. Ölçeğin aileleri ile birlikte yaşayan hastalar üzerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

Ölçek, Lehman (1988b) tarafından, öznel ve nesnel yaşam kalitesini değerlendiren, yaklaşık 45 dakikalık yüz-yüze görüşme ile tamamlanabilen, "Hiç mi hiç memnun değilim (1) – Çok çok memnunum (7)" arasında işaretlenen Likert tipi bir ölçek olan; "yaşam koşulları", "maddi durum" boş zamanı değerlendirme", "aile ilişkileri", "sosyal yaşam", "güvenlik", "sağlık durumu", "iş-okul yaşamı" olmak üzere sekiz boyutlu "Yaşam Kalitesi Görüşme Formu" üzerinde, yapılandırma, ön-deneme, diğer çalışmalarla karşılaştırma ve doğrulayıcı faktör analizi çalışmaları yapılarak geliştirilmiştir. Öncelikle amacın öznel yaşam kalitesini belirlemeye yönelik olması nedeniyle, Yaşam Kalitesi Görüşme Formu'nda yer alan nesnel göstergeleri içeren maddeler çıkarılmıştır. Daha sonra 1864 ağır ruhsal bozukluğu olan kişiden oluşan örneklem üzerinde, genellikle bu kişilerin mesleki eğitim dışındaki okullara devam etmemeleri nedeniyle okulla ilgili maddelerin işaretlenmediği görülmüş ve bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır.

Benzer şekilde, deneklerin çoğunluğunun işlevsellik düzeylerinin yüksek olmasına karşın, düzenli bir işlerinin olmayışı sonucu denek sayısının azalması ve yanlılık oluşturması nedeniyle "iş doyumu" ile ilgili maddeler de ölçekten atılmıştır. Ayrıca yaşam kalitesinin genel değerlendirmesini içeren iki madde de, herhangi bir boyuta uygun olmaması ve faktör yük değerlerinin çok düşük olması nedeniyle ölçekten çıkarılmıştır. Bununla birlikte, "kişisel güvenliğe ilişkin doyum" maddelerinin birden fazla faktöre girip aralarındaki farkların .10'dan daha az olması nedeniyle bu maddeler de elenmiş ve ölçekte toplam 24 madde kalmıştır.

Yapılan çalışmalar sonucu 24 maddelik Yaşam Kalitesi Ölçeğine uygulanan Temel Bileşenler analizine göre; özdeğerleri bir ve üzerinde olan ve varyansın %65'ini açıklayan; "yaşam koşulları", "maddi durum", "boş zamanı değerlendirme", "aile ilişkileri", "sosyal yaşam", "sağlık durumu" ve "sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik" olmak üzere yedi faktör elde edilmiştir. Ölçekteki maddelerin 1. faktör yük değerleri .50 ve üzerinde bulunmuştur. Temel Bileşenler Analizinin ölçeğin yedi faktör yapısına uygunluğu test etmede yetersiz kalması nedeniyle doğrulayıcı (Confirmatory) faktör analizi uygulanmış ve ölçeğin yedi faktör yapısına tam olarak uyduğu belirlenmiştir. Faktör analizinden sonra ölçeğin grupları birbirinden ayırt edip etmediğini belirlemek amacıyla; "İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği" kullanılarak elde edilen, işlevsellik düzeyi düşük ve yüksek olan hasta gruplarının yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırılmış ve ölçeğin her iki grubu birbirinden ayırt ettiği saptanmıştır.

Ölçeğin güvenilirlik çalışması kapsamında; 971 ağır ruhsal bozukluğu olan kişi üzerinde, Cronbach Alfa katsayısı .84 olarak bulunmuştur. Her bir alt ölçek için hesaplanan Cronbach Alfa katsayıları; yaşam koşulları .88, maddi durum .88, boş zamanı değerlendirme .77, aile ilişkileri .91, sosyal yaşam .89, sağlık durumu .82, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik .79 olarak saptanmıştır (Greenley, Greenberg, Brown, 1997).

Çeviri İşlemi: Ölçeğin Türkçe'ye çevrilmesinde standart çeviri-tekrar çeviri yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin İngilizce orijinali araştırmacı, İngilizce'ye hakim bir sosyal hizmet uzmanı, bir psikiyatrist ve bir psikolog tarafından birbirinden bağımsız olarak dilimize çevrilmiştir. Daha sonra her bir madde için o maddeyi en iyi açıklayan çeviri benimsenmiştir. İkinci aşamada, Türkçe'ye çevrilmiş olan bu ölçeğin Amerika'da yaşamış olan bir psikolog ve bir uzman tarafından İngilizce'ye geri çevirisi yapılmıştır.

Türkçe'den tekrar İngilizce'ye çevrilmiş olan ölçek İngilizce orijinali ile karşılaştırılmış, tam olarak uymayan ifadelerin Türkçe karşılıkları yeniden gözden geçirilmiştir. Bazı maddeler için İngilizce kavramların ne ifade ettiğini anlamak üzere yurt dışında yaşamış uzmanların görüşü alınmış ve bu yönde düzeltmeler yapılmıştır. Üçüncü aşamada ise, Türkçe hazırlanan ölçek psikiyatrist, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşan 10 kişilik bir uzmanlar grubuna dağıtılmış, ifadelerin anlaşılıp anlaşılmadığına ilişkin görüşleri alınmıştır. Öneriler doğrultusunda her bir madde gözden geçirildikten sonra Türkçe'ye çevrilmiş olan ölçeğin orijinalinden farklı olmadığı varsayılmıştır. Son aşamada, ölçeğin hastalar tarafın-

dan anlaşılır olup olmadığını belirlemek amacıyla, beş hastaya yüzyüze uygulanmış, beş hastaya da örneklerle anlatılıp kendilerinin doldurması istenmiş ve ifadeleri anlayıp anlamadıkları sorulmuştur. Hastalardan gelen öneriler doğrultusunda son değişiklikler yapılarak ölçek uygulamaya hazır hale getirilmiştir.

BULGULAR

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlik Çalışması

Öznel yaşam kalitesi gibi değişkenleri ölçen ölçeklerde genellikle cinsiyet, yaş ve benzeri değişkenlerle yüksek bir ilişki beklenmemektedir. Bu nedenle bu tip ölçeklerin geçerlik çalışmalarında faktör analizi yönteminin kullanılmasının uygun olduğu bildirilmektedir (Hadorn ve Hays 1991). Bu nedenle, ölçeğin yapı geçerliğini belirlemede "faktör analizi yöntemi" ve "bilinen grupların karşılaştırılması" yöntemi kullanılmıştır.

Ölçeğin Faktör Yapısı

Ölçeğin temel boyutlarını ve faktör yapısını belirlemek amacıyla 120 deneğin 24 maddeden aldığı puanlar üzerinden faktör analizi yapılmıştır. Analizde ilk olarak ölçeğin tek boyutluluğu Temel Bileşenler Analizi ile test edilmiş ve ölçekte yer alan maddelerin birinci faktör yük değerleri incelenmiştir. Tüm maddelerin birinci faktör yük değerlerinin .60 ve üzerinde olduğu görülmüş (Çizelge 1) ve bu durumda ölçeğin tek boyutlu olarak düşünölebileceğine karar verilmiştir.

Temel Bileşenler Analizi sonucu Kaiser normalleştirme ölçütüne göre özdeğerleri 1 ve üzerinde olan ve varyansın %80.3'ünü açıklayan yedi faktör elde edilmiştir. Temel Bileşenler Analizi ile net olarak göröle-

meyen alt boyutları saptamak için faktör analizine Varimax Rotasyon yöntemi uygulanmıştır. Maddelerin birinci faktör yük değerleri, Varimax Rotasyonu sonucu yer aldıkları faktörlerdeki yük değerleri, madde alt boyut (faktör) korelasyonları ve düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları Çizelge 1'de verilmiştir.

Çizelge 1 izlendiğinde, tüm maddelerin birinci faktör yük değerlerinin .60 ve üzerinde, Varimax Rotasyonu sonucunda yer aldıkları faktörlerdeki yükdeğerlerinin ise .46 ve üzerinde olduğu görölmektedir. Yedi faktörde toplanan 24 madde için hesaplanan düzeltilmiş madde-toplam korelasyon katsayılarının .61-.80 arasında değiştiği saptanmıştır. Yedi faktörün madde alt boyut korelasyonları ise sırasıyla; birinci faktörün .81, ikinci faktörün .88, üçüncü faktörün .77, dördüncü faktörün .93, beşinci faktörün .83, altıncı faktörün .89 ve yedinci faktörün .86'dan başladığı ve .05 düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir. Faktör analizi sonucu belirlenen yedi faktörün birlikte varyansın %80.3'ünü açıkladığı görölmüştür. Ölçeğin tüm puan değişimine %49.5 katkıda bulunan "Sosyal Yaşam" faktörüdür. İkinci faktör toplam varyansın %10.3'ünü açıklamaktadır ve "Yaşam Koşulları" boyutudur. Üçüncü faktör "Maddi Durum" boyutuyla toplam varyansın %5.2'sini, dördüncü faktör "Aile Yaşamı" boyutuyla toplam varyansın %4.8'ini, beşinci faktör "Boş Zamanı Değerlendirme" boyutuyla toplam varyansın %4.3'ünü, altıncı faktör "Sağlık Durumu" boyutuyla toplam varyansın %3.6'sını ve yedinci faktör ise "Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik" boyutuyla toplam varyansın %2.6'sını açıklamaktadır.

Çizelge 1: Yaşam Kalitesi Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları ile Madde-Alt Boyut ve Madde-Toplam Korelasyonları (r)

Faktörler	Madde No	1.Faktör Yükdeğeri	Varimax Sonucu Faktör Yükdeğeri	Düzeltilmiş Madde-Alt Boyut r	Düzeltilmiş Madde-Toplam r
1. Faktör	16	.74	.75	.87	.74
	17	.66	.82	.89	.67
	18	.66	.85	.87	.67
	19	.65	.69	.83	.66
	20	.66	.83	.88	.67
2. Faktör	1	.71	.71	.84	.70
	2	.75	.80	.89	.74
	3	.69	.71	.81	.68
	4	.77	.76	.91	.76
	5	.69	.71	.83	.69
3. Faktör	6	.64	.83	.92	.64
	7	.68	.82	.92	.66
	8	.66	.75	.88	.66
4. Faktör	13	.78	.76	.93	.77
	14	.77	.80	.94	.76
	15	.76	.79	.95	.76
5. Faktör	9	.70	.83	.86	.70
	10	.76	.67	.89	.76
	11	.80	.59	.86	.80
	12	.66	.50	.77	.66
6. Faktör	21	.73	.57	.90	.73
	22	.67	.75	.89	.67
7. Faktör	23	.60	.57	.88	.61
	24	.66	.46	.86	.66

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin tümünün alt ölçeklerle korelasyonu Çizelge 2'de verilmiştir.

Çizelge 2: Genel Yaşam Doyumu Puanının Alt Ölçeklerle Korelasyon Matrisi

Boyutlar	Yaşam koşulları	Maddi durum	Boş zamanı değerlendirme	Aile yaşamı	Sosyal yaşam	Sağlık durumu	Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik
Yaşam koşulları							
Maddi durum	.66*						
Boş zamanı değerlendirme	.64*	.51*					
Aile Yaşamı	.65*	.56*	.65*				
Sosyal Yaşam	.48*	.38*	.68*	.52*			
Sağlık durumu	.60*	.40*	.71*	.57*	.63*		
Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik	.53*	.64*	.53*	.61*	.48*	.54*	
Toplam Yaşam Doyumu	.84*	.73*	.86*	.82*	.79*	.78*	.73*

* p<0.001

Çizelge 2'de izlendiği gibi ölçeğin tümü ile alt ölçekler arasındaki korelasyonlar .73 ile .86 arasında değişmektedir (p<.001). Alt ölçeklerin birbirleriyle korelasyonları ise, .38 ile .71 arasındadır (p<.001). Dolayısıyla, ölçeğin tümünün alt ölçeklerle anlamlı bir ilişki içinde olduğu belirlenmiştir.

Bilinen Grupların Karşılaştırılması Yöntemi

Ölçeğin "yapı geçerliliğini" test etmede ikinci adım olarak "bilinen grupla-

rın karşılaştırılması" tekniği uygulanmıştır. İlk olarak; ölçek ağır ruhsal bozukluk tanısı almış 120 kişinin yanı sıra, 50 normal kişiye uygulanmıştır.

Her iki gruptan elde edilen puan ortalamaları arasındaki farklar ölçeğin tümü ve alt boyutlar için t testi ile karşılaştırılmıştır.

Çizelge 3'de ağır ruhsal bozukluk tanısı alan ve normal kişilerin aldıkları puanların ortalama ve standart sapmaları verilmiştir.

Çizelge 3: Ağır Ruhsal Bozukluk Tanısı Almış ve Almamış Kişilerin Ölçekten Aldıkları Puanların Dağılımı

Alt Ölçekler	Ruhsal Bozukluk Tanısı Alan (n=120)		Ruhsal Bozukluk Tanısı Almayan (n=50)		t değeri
	x	s	x	s	
Yaşam Koşulları	3.8	1.4	4.8	.9	4.79*
Maddi Durum	3.2	1.5	4.2	1.2	4.55*
Boşzamanı Değerlendirme	3.5	1.5	4.9	1.0	4.10*
Aile İlişkileri	3.8	1.7	5.7	.9	6.58*
Sosyal Yaşam	3.4	1.6	5.1	1.1	5.54*
Sağlık Durumu	3.6	1.5	5.4	1.2	6.60*
Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik	4.2	1.5	5.2	1.3	6.12*
Toplam Yaşam Doyumu	3.6	1.2	5.1	1.1	6.76*

*p<0.001

Çizelge 3 incelendiğinde; ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin alt testlerden aldıkları puan ortalamaları 3.2 ile 4.2 arasında değişirken, testin tümünden aldıkları puan ortalaması 3.6'dır. Normal kişilerin alt testlerden aldıkları puan ortalamaları ise, 4.2-5.7 arasında değişirken, testin tümünden aldıkları puan ortalaması 5.1'dir. Her iki grubun testin tümünden ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar .001 düzeyinde farklılık göstermekte olup, ruhsal bozukluk tanısı almamış kişilerin aldıkları puanlar, ruhsal bozukluk tanısı alanlara göre daha yüksektir. Bu bulgu, ölçeğin hasta ve normal grubu birbirinden ayırt ettiğini göstermektedir.

Bilinen grupların karşılaştırılması yönteminde ikinci olarak; 120 ağır

ruhsal bozukluk tanısı almış denek üzerinden, işlevsellik düzeyi düşük ve yüksek olanların testin tümünden ve alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları "t testi" yöntemiyle karşılaştırılmıştır. İşlevsellik puanı her bir denek için psikiyatrist tarafından doldurulan "İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği"nden elde edilmiştir. Deneklerin işlevsellik puan ortalamaları 56.3 (s:16.2) olarak belirlenmiştir. İşlevsellik düzeyi 49 ve altında olan kişiler "işlevsellik düzeyi düşük", 50 ve üzerinde olan kişiler ise "işlevsellik düzeyi yüksek" şeklinde gruplanmıştır. Çizelge 4'de işlevsellik düzeyi düşük ve yüksek olan kişilerin testin tümünden ve alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmaları verilmiştir.

Çizelge 4: Ağır Ruhsal Bozukluk Tanısı Almış Kişilerin İşlevsellik Düzeyine Göre Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı

Alt Ölçekler	İşlevselliği Yüksek (n=83)		İşlevselliği Düşük (n=37)		t değeri
	x	s	x	s	
Yaşam Koşulları	4.1	1.3	3.1	1.3	4.04*
Maddi Durum	3.4	1.5	2.8	1.5	2.12*
Boş Zamanı Değerlendirme	3.9	1.5	2.7	1.2	4.82*
Aile İlişkileri	4.2	1.6	2.9	1.5	4.14*
Sosyal Yaşam	3.9	1.5	2.3	1.1	5.85*
Sağlık Durumu	3.9	1.5	2.8	1.3	4.21*
Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik	4.5	1.4	3.6	1.6	3.06*
Toplam Yaşam Doyumu	4.0	1.1	2.8	1.0	5.52*

*p<0.001

Çizelge 4'de, işlevsellik düzeyi yüksek olan hastaların testin tümünden aldıkları puan ortalaması 4.0, alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının 3.4 ile 4.5 arasında olduğu, diğer grubun ölçeğin tümünden aldıkları puan ortalamasının 2.8, alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının ise 2.3 ile 3.6 arasında değiştiği ve her iki grup arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Bu bulgu, ölçeğin işlevsellik düzeyi yüksek ve düşük olan hasta gruplarını birbirinden ayırt edebildiğini göstermektedir.

Ölçeğin Güvenirlilik Çalışması

Ölçeğin güvenirliliği iç tutarlılık ve test-tekrar test teknikleri ile incelen-

miştir. Ölçeğin iç tutarlılığı ile ilgili analizler 120 deneyeğin "Yaşam Kalitesi Ölçeği"ne verdikleri cevaplar üzerinden test tümü ve alt boyutları için Cronbach Alfa katsayıları hesaplanarak yapılmıştır.

Ölçeğin puan değişmezliğini incelemek için 18'i erkek ve 10'u kadın olmak üzere 28 kişiye üç hafta ara ile uygulanmış, deneklerin test-tekrar test uygulaması sonucu aldıkları puanlar arasındaki ilişki pearson-momentler çarpımı korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır.

Ölçeğin güvenirliliğine ilişkin sonuçlar Çizelge 5'de verilmiştir.

Çizelge 5: Yaşam Kalitesi Ölçeğinin İç Tutarlılığına İlişkin Cronbach-Alfa Katsayıları ve Puan Değişmezliğine İlişkin Test-Tekrar Test Korelasyonları

Alt Ölçekler	Cronbach Alpha (n=120)	Test-Tekrar Test (n=28)
Yaşam Koşulları	0.92*	0.77*
Maddi Durum	0.92*	0.82*
Boş Zamanı Değerlendirme	0.91*	0.78*
Aile İlişkileri	0.92*	0.88*
Sosyal Yaşam	0.92*	0.88*
Sağlık Durumu	0.92*	0.88*
Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik	0.92*	0.90*
Toplam Yaşam Doyumu	0.93*	0.88*

*p<0.001

Çizelge 5 incelendiğinde, alfa katsayılarının ölçeğin tümü için .93, alt ölçekler için de .91-.92 arasında olduğu görülmektedir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği ise; tüm test için .88, "Yaşam Koşulları" için .77, "Maddi Durum" için .82, "Boş Zamanı Değerlendirme" için .78, "Aile İlişkileri" için .88, "Sosyal Yaşam" için .88, "Sağlık Durumu" için .88 ve "Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik" için .90'dır. Bu değerlerin yanı sıra Tablo 1'de verilen madde-alt boyut ve madde-toplam korelasyonlarının p<.05 düzeyinde anlamlı olduğu da göz önüne alındığında ölçeğin güvenilirliğinin doyurucu düzeyde olduğu izlenmektedir.

Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde yer alan yedi alt boyutun ölçtüğü düşünceler aşağıda tanımlanmıştır;

Yaşam Koşulları: Ruhsal bozukluğu olan kişinin yaşadığı yerin fiziksel şartlarına, kendisine uygulanan ku-

rallara, mahremiyetine, özgürlüğüne ve yaşadığı yerde daha uzun süre kalabilmesine yönelik düşünceleri içeren beş madde bulunmaktadır (1, 2, 3, 4 ve 5. maddeler).

Maddi Durum: Kişinin eline geçen paranın miktarına, maddi açıdan iyilik ve rahatlığına ve eğlence için harcadığı paranın miktarına ilişkin düşüncelerini içeren toplam üç maddeden oluşmaktadır (6, 7 ve 8. maddeler).

Boş Zamanı Değerlendirme: Kişinin boş zamanı değerlendirme şekline, televizyon ve radyo gibi iletişim araçlarından sağladığı doyuma, yaşamındaki rahatlığın derecesi ve iyi ya da hoş şeylerle mutlu olma şansına yönelik düşünceleri içeren toplam üç maddeden oluşan bir alt ölçektir (9, 10, 11 ve 12. maddeler).

Aile İlişkileri: Kişinin genel olarak ailesi hakkındaki düşüncelerini, aile

üyelerinin birbirlerine karşı davranışlarını ve ilişkilerini içeren üç maddeden oluşmaktadır (13, 14 ve 15. maddeler).

Sosyal Yaşam: Kişinin çevresindeki insanlarla yaptıklarına, onlarla geçirdiği zamanın süresine, görüştüğü kişiler hakkındaki düşüncelerine, birlikteyken kendini rahat hissedeceği insanlarla tanışma şansına ve yaşamındaki dostluğun, arkadaşılığın derecesine yönelik düşüncelerini içeren, toplam beş maddeden oluşan bir alt ölçektir (16, 17, 18, 19 ve 20. maddeler).

Sağlık Durumu: Kişinin genel olarak sağlığına ilişkin düşüncelerini içeren toplam iki maddeden oluşmaktadır (21 ve 22. maddeler).

Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik: Kişinin doktora görünme sıklığına ve ihtiyacı olduğunda sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğine ilişkin düşüncelerini içeren iki maddeden oluşmaktadır. (23 ve 24. Maddeler)

Ölçeğin puanlama şekli: Denekler ölçekteki maddelerde yer alan düşünceleri; hiç mi hiç memnun değilim (1 puan), memnun değilim (2 puan), pek memnun değilim (3 puan), hem memnun hem değilim (4 puan), oldukça memnunum (5 puan), memnunum (6 puan), çok çok memnunum (7 puan) seçeneklerine göre işaretlenmektedirler. Ölçeği dolduran kişinin her bir madde için belirlenen bir cevabı daire içine almasından sonra kişinin puanı; her bir alt ölçekte yer alan maddeler için verdiği cevaplar toplanıp, alt ölçeği oluşturan madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Eğer kişi bir maddeyi atlamışsa, sadece işaretlenen maddeler toplanıp, işaretlenen mad-

de sayısına bölünmektedir. Önemli olan her bir alana yönelik maddelerin en az yarısının işaretlenmesidir. Ölçekten ayrıca toplam puan da elde edilmektedir. Toplam puan ise, 24 maddeye verilen cevapların toplanıp madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Ölçeğin tümünden ve alt ölçeklerden elde edilen puan ortalamasının yükselmesi, yaşam kalitesinin yükselmesini ifade etmektedir. Ölçekten bireylere yönelik bilgi toplanabileceği gibi, gruplar hakkında da bilgi toplanmaktadır.

Uygulama sırasında araştırmacının amacı doğrultusunda zaman sınırlaması getirmek mümkündür. Bunun için Ölçeğin açıklama bölümüne "son 6 ayınızı / 1 yılınızı düşünerek cevaplayınız" şeklinde bir yönerge yer almasında yarar görülmektedir.

Wisconsin Üniversitesi Sosyal Hizmet Okulu tarafından geliştirilen ve ülkemizde psikometrik değerlendirme yapılan Yaşam Kalitesi Ölçeği Ek A'da verilmiştir. Ek B'de, ölçeğin kullanımı; puanlama örneği, sık rastlanan hata kaynakları ile "bireysel puanlama formu" örneği yer almıştır.

TARTIŞMA

Türk örneklemini üzerinde yapı geçerliliği ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, Wisconsin Üniversitesi Sosyal Hizmetler Okulu tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla yapılan faktör analizi sonucuna göre; 24 maddeden oluşan ölçeğin, yaşam alanlarından "yaşam koşulları", "maddi durum", "boş zamanı değerlendirme", "aile ilişkileri", "sosyal yaşam", "sağlık durumu" ve "sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik" olmak üzere yedi faktör ya-

prısına sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, yine yapı geçerliliği çalışması amacıyla yapılan bilinen grupların karşılaştırılması yöntemine göre, ölçeğin normal grup ile hasta grubu, işlevselliği yüksek olan grup ile işlevselliği düşük olan grubu ayırt edebildiği ve ölçeğin alt ölçek boyutlarıyla anlamlı bir ilişki içinde olduğu saptanmıştır.

Güvenirlilik çalışması sonuçlarına göre; ölçeğin tümünden elde edilen Cronbach-alfa katsayısı 0.93, test-tekrar test korelasyon katsayısı ise, 0.88 olarak belirlenmiştir. Alan yazında, sosyal bilimlerde güvenirliliğin .70-.80 olması durumunun ölçme aracının araştırmalarda kullanılması için yeterli olduğu bildirilmektedir (Özgüven, 1994, 95). Ayrıca elde edilen sonuçlar, ölçeğin yurtdışında yapılan çalışmalarıyla da benzerlik göstermektedir (Greenley, Greenberg, 1994; Greenley ve ark., 1997).

Ülkemize uyarlanan, uygun psikometrik özelliklere sahip olduğu belirlenen bu ölçek; toplum içinde bakım ve tedavi gören hastaların öznel yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde, ihtiyaçlarının belirlenmesinde, bakım ve tedavi sürecinin izlenmesinde kullanılabilir niteliğe sahiptir. Ayrıca "Yaşam Kalitesi Ölçek" leri ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından hastaya verdikleri ilacın etkisini değerlendirmede de kullanılmaktadır. Bu nedenle, ağır ruhsal bozukluklar alanında toplum içinde bakım ve tedaviye yardımcı olacak niteliklere sahip olduğu söylenebilir.

Günümüzde sosyal hizmet uzmanının betimleyici, öngörmeye yarayan ve mesleki müdahalenin nasıl yapılması gerektiği konusunda yardımcı olacak bilimsel bilgilerden ve bu bil-

gileri elde etmek için araştırmalardan yararlanması ve araştırma yapması gereği kabul edilmektedir. Sosyal hizmet araştırmasının temel işlevleri; uygulama için bilimsel bir çerçeve oluşturma, mesleki kararlar, programların yürütümü ve sosyal değişmeye yönelik faaliyetler için bilgi elde etmektir (Yegidis, Weinbach, 1991; Kut, 1988; aktaran Ünlü, 1999, 119). Ülkemize uyarlanan bu ölçeğin ruh sağlığı alanında toplum içinde bakım ve tedaviye geçiş aşamasında ve sürecinde ihtiyaçların belirlenmesi, çalışmaların değerlendirilmesi ve bu çerçevede politikalara yön verilmesi ile hizmet programlarının yapılmasına katkıda bulunacağı beklenmektedir. Özellikle ağır ruhsal bozukluklara yönelik sosyal hizmet çalışmalarında, sosyal sorunların önlenmesi ve çözümlenmesi yönünde çaba harcayan sosyal hizmetin işlevleri açısından da sorun alanlarının ve yapılacak müdahalelerin saptanması aşamasında; hastaların grup olarak ya da bireysel düzeyde ihtiyaçlarının belirlenmesi ile bakım ve tedavinin süreç ve sonucunun izlenmesinde meslek elemanına ve genel anlamda hizmet ekibine yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle; ölçeğin daha büyük bir örneklem üzerinde ve farklı gruplar (hastanede yatan hastalar, diğer tanı grupları) üzerinde denenmesi, ayrıca doğrulayıcı (confirmatory) faktör analizi ile geçerliğinin yapılması, ölçeğin ülkemizde daha güvenli bir şekilde kullanımına olanak sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

AWAD, A.George. "Quality of Life Issues in Medicated Schizophrenics; Therapeutic and Research Implications", Editör: Sgriqui C, Nasrallah, Contemporary Issues in the Treatment of Schizophrenia, Washington: American Psychiatric Press, 1995, p.735-747.

- AWARD, A.George. "Quality of Life Rediscovered: Implications for Clinical Outcome and Health Economics in Schizophrenia", **Journal of Psychiatry Neurosci**, V. 22, N.4, 1997, p. 229-230.
- BECKER, M., R. DIAMOND, F.SAINFORT. "A New Patient Focused Index for Measuring Quality of Life in Persons With Severe and Persistent Mental Illness", **Quality of Life Research**, V.2, 1993, p.239-251.
- BİGELOW, Douglas A., Marguerite J. GAREAU, Deborah J. YOUNG. "A Quality of Life Interview", **Psychosocial Rehabilitation Journal**, V.14, N. 2, 1990, p. 95-98.
- BIGELOW, Douglas A., Bentson H. MCFARLAND, Marguerite J. GAREAU, Deborah J. YOUNG. "Implementation and Effectiveness of a Bed Reduction Project", **Community Mental Health Journal**, V.27, N.2, 1991, p.125-133.
- BIGELOW, Douglas A., Bentson H. MCFARLAND. "Quality of Life of Community Mental Health Program Clients: Validating a Measure", **Community Mental Health Journal**, V.27, N.1, 1992, p. 43-55.
- BRICKMAN, P., D.T. CAMPBELL. "Hedonic Relativism and Planning the Good Society", Editör: M.H. Appley, **Adaptation-level theory: A Symposium**, New York, 1971.
- FLAX, M.J. A Study in Comparative Urban Indicators: Conditions in 18 large Metropolitan Areas, Washington DC: The Urban Institute, 1972.
- GİTMEZ, A.S., H. ÇOPUR. "Toplumsal Gelişimin Ölçülmesi: Yaşam Niteliği Göstergeleri", I. Ulusal Sosyal Bilimler Kongresi, Ankara, 1980.
- GREENLEY, James R., Jan Steven GREENBERG. **Client Experiences Questionnaire: Introduction and Instructions**, Wisconsin-Madison, 1994.
- GREENLEY, James R., Jan Steven GREENBERG, Roger BROWN. "Measuring Quality of Life:A New and Practical Survey Instrument", **Social Work**, V.42, N.3, 1997, p. 244-254.
- HADORN, David C., Ron D. HAYS. "Multitrait-Multimethod Analysis of Health-Related Quality of Life Measures", **Medical Care**, V.29, N.9, 1991, p. 829-840.
- JACOBS, S., J.K. MYERS. "Recent Life Events and Acute Schizophrenic Psychoses: A Controlled Study", **Journal of Nervous and Mental Disease**, V.162, 1976, p.75-83.
- KUT, Sema. **Sosyal Hizmet Mesleği: Nitelikleri, Temel Unsurları, Müdahale Yöntemleri**. Ankara: 1988.
- LEHMAN, F. Anthony. "The Effects of Psychiatric Symptoms on Quality of Life Assessments Among the Chronic Mentally Ill", **Evaluation and Program Planning**, V. 6, 1983, p.143-151.
- LEHMAN, Anthony F., Susan POSSIDENTE, Fiona HAWKER. "The Quality of Life of Chronic Patients in a State Hospital and Community Residences", **Hospital and Community Psychiatry**, V.37, N.9, 1986, p. 901-907.
- ÖZGÜVEN, İbrahim Ethem. **Psikolojik Testler**, Ankara, 1994.
- RAPPAPORT, J. **Community Psychology**, New York, 1977.
- ROSENFELD, Sarah. "Factors Contributing to the Subjective Quality of Life of the Chronic Mentally Ill", **Journal of Health and Social Behavior**, V.33, 1992, p.299-315.
- ÜNLÜ, Erden. "Araştırmacı Sosyal Hizmet Uzmanı." Editör: N.G. Koşar, V. Duyan, Prof. Dr. Sema Kut'a Armağan; **Yaşam Boyu Sosyal Hizmet**. Ankara, 1999, s.118-128.
- The World Health Organization Quality Of Life Group. "What Quality of Life", **World Health Forum**, V. 17, 1996, p. 354-356.
- WILLIAMS, B. "Patient Satisfaction: a Valid Concept", **Social Science Medicine**, V. 38, 1994, p. 509-516.
- ZAUTRA Alex, L.S. SIMONS. "An Assessment of a Community's Mental Health Needs", **American Journal of Community Psychology**, V. 6, 1978.
- ZAUTRA Alex, Darlene GOODHART. "Quality of Life Indicators: A. Review of the Literature", **Community Mental Health Review**, V. 4, 1979, p. 1-10.

EK A

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA

Bu çalışma, sizlere daha iyi bir hizmet sunabilmek için yürütülmektedir. Sorular yaşamınızın farklı yönlerinden sağladığınız doyumla ilgilidir. Bizim için önemli olan sizin düşünceleriniz ve duygularınızdır. Lütfen, her soru için size en uygun olan tek bir cevabı yuvarlak içine alınız ve bütün sorulara cevap vermeye çalışınız. Her bir soruyu geçirdiğiniz son 6 ayı düşünerek cevaplandırınız.

Verdiğiniz cevaplar tamamen gizli kalacaktır. Soruları içtenlikle cevaplandırdığınız için teşekkür ederiz. Unutmayınız ki, en iyi hizmet sizlerin düşünceleri alınarak, ihtiyacınıza göre verilen hizmettir.

Teşekkür ederiz.

Aşağıdaki sorular yaşamınızın farklı yönlerinden sağladığınız doyumla ilgilidir. Sürekli olarak yaşadığınız mekanı (ev, yurt gibi) düşünüp, her bir soru için size en uygun olan tek bir cevabı yuvarlak içine alınız?

1. Yaşadığınız yerin fiziksel koşulları hakkında ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem de-ğilim	Oldukça memnu-num	Memnu-num	Çok çok memnu-num
1	2	3	4	5	6	7

2. Yaşadığınız yerde uymanız istenen kurallar konusunda ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem de-ğilim	Oldukça memnu-num	Memnu-num	Çok çok memnu-num
1	2	3	4	5	6	7

3. Yaşadığınız yerde kendinizle başbaşa kalabileceğiniz ortam bulabilme (mahremiyetiniz) konusunda ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem de-ğilim	Oldukça memnu-num	Memnu-num	Çok çok memnu-num
1	2	3	4	5	6	7

4. Yaşadığınız yerdeki serbestliğiniz, özgürlüğünüz konusunda ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem değilim	Oldukça memnununum	Memnununum	Çok çok memnununum
1	2	3	4	5	6	7

5. Sürekli olarak yaşadığınız bu yerde, daha uzun süre kalabilme konusunda ne hissediyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem değilim	Oldukça memnununum	Memnununum	Çok çok memnununum
1	2	3	4	5	6	7

Aşağıdaki sorular maddi durumunuzla ilgilidir.

6. Elinize geçen paranın miktarı konusunda ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem değilim	Oldukça memnununum	Memnununum	Çok çok memnununum
1	2	3	4	5	6	7

7. Maddi açıdan rahatlığınız ve iyiliğiniz konusunda ne hissediyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem değilim	Oldukça memnununum	Memnununum	Çok çok memnununum
1	2	3	4	5	6	7

8. Eğlence için harcadığınız paranın miktarına ilişkin ne hissediyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem değilim	Oldukça memnununum	Memnununum	Çok çok memnununum
1	2	3	4	5	6	7

Aşağıdaki sorular boş zamanınızı nasıl geçirdiğinizle ilgilidir.

9. Boş zamanınızı değerlendirme şekliniz konusunda ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem de ği-lim	Oldukça memnu-num	Memnu-num	Çok çok memnu-num
1	2	3	4	5	6	7

10. İyi ya da hoş şeylerle mutlu olma şansınız konusunda ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem de ği-lim	Oldukça memnu-num	Memnu-num	Çok çok memnu-num
1	2	3	4	5	6	7

11. Yaşamınızdaki rahatlığın ve huzurun derecesi hakkında ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem de ği-lim	Oldukça memnu-num	Memnu-num	Çok çok memnu-num
1	2	3	4	5	6	7

12. Televizyon seyretme ya da radyo dinlemeden hoşlanma konusunda ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem de ği-lim	Oldukça memnu-num	Memnu-num	Çok çok memnu-num
1	2	3	4	5	6	7

Aşağıdaki sorular aile yaşamınızla ilgilidir.

13. Genel olarak aileniz hakkında ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem de ği-lim	Oldukça memnu-num	Memnu-num	Çok çok memnu-num
1	2	3	4	5	6	7

14. Ailenizde, birbirinize karşı davranışlarınız hakkında ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem deęi-lim	Oldukça memnu-num	Memnu-num	Çok çok memnu-num
1	2	3	4	5	6	7

15. Genel olarak, ailenizle aranızdaki ilişki konusunda ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem deęi-lim	Oldukça memnu-num	Memnu-num	Çok çok memnu-num
1	2	3	4	5	6	7

Aşağıdaki sorular sosyal yaşantınızla ilgilidir.

16. Diğer insanlarla birlikte yaptıklarınız konusunda ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem deęi-lim	Oldukça memnu-num	Memnu-num	Çok çok memnu-num
1	2	3	4	5	6	7

17. Diğer insanlarla geçirdiğiniz zamanın süresi konusunda ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem deęi-lim	Oldukça memnu-num	Memnu-num	Çok çok memnu-num
1	2	3	4	5	6	7

18. Görüştüğünüz insanlar hakkında ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem deęi-lim	Oldukça memnu-num	Memnu-num	Çok çok memnu-num
1	2	3	4	5	6	7

19. Birlikteyken kendinizi gerçekten rahat hissedeceğiniz kişilerle tanışma şansınız konusunda ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem deęi-lim	Oldukça memnu-num	Memnu-num	Çok çok memnu-num
1	2	3	4	5	6	7

20. Yaşamınızdaki arkadaşlığın, dostluğun derecesi hakkında ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem deęi-lim	Oldukça memnu-num	Memnu-num	Çok çok memnu-num
1	2	3	4	5	6	7

Aşağıdaki sorular sağlığınıza ilgilidir.

21. Genel olarak sağlığınıza hakkında ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem deęi-lim	Oldukça memnu-num	Memnu-num	Çok çok memnu-num
1	2	3	4	5	6	7

22. Bedensel sağlığınıza hakkında ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem deęi-lim	Oldukça memnu-num	Memnu-num	Çok çok memnu-num
1	2	3	4	5	6	7

23. İhtiyaç duyduğunuzda sağlık hizmetlerine ulaşabiliyor musunuz, bu konuda ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem mem-nun hem deęi-lim	Oldukça memnu-num	Memnu-num	Çok çok memnu-num
1	2	3	4	5	6	7

24. Doktora görüme sıklığınız konusunda ne düşünüyorsunuz?

Hiç mi hiç memnun değilim	Memnun değilim	Pek memnun değilim	Hem memnun hem değilim	Oldukça memnunuz	Memnunuz	Çok çok memnunuz
1	2	3	4	5	6	7

EK:B

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN KULLANIMI, PUANLAMA ÖRNEĞİ, HATA KAYNAKLARI, BİREYSEL PUANLAMA FORMU ÖRNEĞİ

Ölçeğin kullanımı;

- Toplum içinde bakım ve tedavi gören ağır ruhsal bozukluğu olan kişiler için kullanınız.
- Müracaatçıya soru formunu ve kalem vererek çalışanlardan yardım almaksızın doldurmasını sağlayınız.
- Hatalı doldurmaları düzeltmeyiniz.
- Sormak istediğiniz diğer sosyo-ekonomik ve demografik soruları ölçeğin arkasına ekleyiniz.

Puanlama Örneği

Bir müracaatçı, her bir madde için belirlenen bir cevabı daire içine aldıktan sonra, kişinin puanı her bir doyum alanı için verdiği cevaplar toplanıp, toplam soru sayısına bölünerek elde edilir. Örneğin, kişinin yaşam koşullarının kalitesine yönelik hissettiği doyum düzeyini ölçmek için bu alanda toplam 5 madde yer almıştır. Yaşam koşullarının kalitesine yönelik doyum puanı, kişinin 5 maddeye verdiği cevapların ortalamasıdır. Aşağıdaki örnekte incelenecek olursa;

Değerlendirme Alanları

Yaşam doyumu alanları:

1. Yaşam koşulları: 5 soru
2. Maddi durum: 3 soru
3. Boş zamanı değerlendirme: 4 soru
4. Aile ilişkileri: 3 soru
5. Sosyal yaşam: 5 soru
6. Sağlık durumu: 2 soru
7. Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik: 2 soru

Puanlama

- Çok çok memnunuz= 7
 Memnunuz= 6
 Oldukça memnunuz= 5
 Hem memnun hem değilim= 4
 Pek memnun değilim= 3
 Memnun değilim= 2
 Hiç mi hiç memnun değilim =1

Mad-deler	Cevaplar	Pu-anlar
M.1	Çok çok memnunuz	7
M.2	Memnunuz	6
M.3	Oldukça memnunuz	5
M.4	Soru atlanmıştır	---
M.5	Oldukça memnunuz	5
Toplam		23

Eğer müracaatçı bir maddeyi atlamışsa, dört maddeye verdiği cevap toplanıp dörde bölünür. Müracaatçının bu alana yönelik puanı $23/4=5.75$ 'dir. Bu puan 5.8 olarak değerlendirilmektedir.

Müracaatçı her bir alana ilişkin tüm maddeleri cevaplamayabilir. Ancak önemli olan her bir alana yönelik maddelerin en az yarısının cevaplanmasıdır. Eğer müracaatçı 6 maddenin 3'ünü işaretlemişse, işaretlenen 3 madde esas alınır ve kişinin puanı, 3 maddeye verilen cevap toplanıp 3'e bölünerek elde edilir.

Diğer Puanların Hesaplanması

Toplam Yaşam Kalitesi Puanı

Toplam yaşam kalitesi puanı, yaşam doyumu maddelerine verilen bütün cevapların ortalaması alınarak hesaplanır. 24 soruya verilen cevaplar toplanır ve cevap sayısına bölünür.

Grup Puanları

Müracaatçı grupları için puanlar, örneğin bir ayaktan tedavi kliniğine izlem için gelen müracaatçılar için grup puanı, kişilerin aldıkları puanların ortalamaları alınarak hesaplanır. Grup puanları kişilerin puanlarının yorumlanmasına benzer şekilde yorumlanır.

Müracaatçı Puanlarının Yorumlanması

Puanlar, grupların, programların, müracaatçıların zaman içindeki değişimlerinin karşılaştırılması açısından yarar sağlamaktadır.

Sık Rastlanılan Hata Kaynakları

1) Soru Formu'nun uygulanmasındaki farklılıklar: Örneğin, bir müracaatçı grubuna soru formu günlük tedavi sonrası uygulanırken, diğer bir gruba posta yoluyla ulaşılır ve soru formu posta yoluyla araştırmacıya döner. İlk gruba uygulama sırasında

vaka yöneticisi araştırmanın amacını anlatır, formun doldurulması sırasında yöneticiye sorular sorulur ve cevaplar bu şekilde verilir. Diğerinde, tamamen kişi okuduğu şekilde cevap verir. Bu tür uygulama farklılıklarından kaçınmak gerekmektedir. En büyük hataların nedeni uygulama farklılıklarıdır.

2) Dikkatli ve Dürüst Olarak Soruların Cevaplanmaması: Eğer müracaatçı araştırmanın önemine inandırılmamışsa sadece onun ne düşündüğünün bilinmesi için uygulandığını düşünürse, soruları ciddi şekilde cevaplamamaktadır. Bu tür uygulamalar sonucu genellikle cevaplar ya hep "kötü" ya da "mükemmel" şekilde cevaplanır. Bu tür hatalardan kaçınmak için, müracaatçının ilgisinin araştırmaya çekilmesi, önemine inandırılması gerekmektedir. Ayrıca, müracaatçının cevapların gizli kalacağına ilişkin güveninin sağlanması önemlidir. Buna ek olarak, müracaatçılar kendilerinin kişisel olarak değerlendirildiğini hissedebilirler. Böyle hissedenden kişiler kendini baskı altında hissedebilir ve hep olumlu cevaplar verirler. Ayrıca, bazen de müracaatçılar kendilerinden şikayetlerin istendiğini düşünür ve hep olumsuz cevaplar verebilirler.

3) Cevaplama oranının düşüklüğü: Grupların cevaplama oranı düşüğe puanları yorumlama güçleşecektir. Grup puanlarının müracaatçı gruplarının deneyimlerini yansıttığı varsayılmaktadır. Bu nedenle, mümkün olduğunca grup cevaplarının oranının yüksek tutulması gereklidir.

ÖLÇEĞİN PUANLANMA ŞEKLİ

Bireysel Puanlama Formu

<u>Yaşam Koşulları</u>	<u>Maddi Durum</u>
M.1----- M.2----- M.3----- M.4----- M.5----- Toplam ----- Toplam cevap sayısı= ALT ÖLÇEK PUANI: -----	M.6----- M.7----- M.8----- Toplam ----- Toplam cevap sayısı= ALT ÖLÇEK PUANI: -----
<u>Boş Zamanı Değerlendirme</u>	<u>Aile İlişkileri</u>
M.9----- M.10----- M.11----- M.12----- Toplam ----- Toplam cevap sayısı= ALT ÖLÇEK PUANI: -----	M.13----- M.14----- M.15----- Toplam ----- Toplam cevap sayısı= ALT ÖLÇEK PUANI: -----
<u>Sosyal Yaşam</u>	<u>Sağlık Durumu</u>
M.16----- M.17----- M.18----- M.19----- M.20----- Toplam ----- Toplam cevap sayısı= ALT ÖLÇEK PUANI: -----	M.21----- M.22----- Toplam ----- Toplam cevap sayısı= ALT ÖLÇEK PUANI: -----
I. Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik	
M.23----- M.24----- Toplam ----- Toplam cevap sayısı= ALT ÖLÇEK PUANI: -----	