



T.C.

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM SEMPTOM ŞİDDET**  
**ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİĞİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HASRET TOPALI**

**Danışman**

**Prof. Dr. NEDİME KÖŞGEROĞLU**

**Mayıs-2019**





T.C.

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM SEMPTOM ŞİDDET  
ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİĞİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HASRET TOPALI**

**Danışman**

**Prof. Dr. NEDİME KÖŞGEROĞLU**

**Mayıs-2019**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Hasret Topalı'nın Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak hazırladığı " Üst Gastrointestinal Sistem Şiddet Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliliği " başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "KABUL" edilmiştir.

Tarih  
24.05.2019

Üye : Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU

Üye : Prof. Dr. Murat ULAŞ

Üye : Prof. Dr. Türkan ÖZBAYIR

Üye : Doç. Dr. Özlem Örsal

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Aysun Türe

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun  
.../.../ tarih ve ...../..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr. Özkan ALATAŞ  
Enstitü Müdürü

## **ÖZET**

**Amaç:** Çalışmamızda, Mapi-Research Trust Şirketi ve Anne M. Rentz (2004) tarafından geliştirilen Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeğinin Türkçe' ye uyarlaması yapılarak, geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışma metodolojik tipte bir araştırmadır. Araştırmada veri toplama araçları olarak Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti Hasta Değerlendirmesi Ölçeği ve Hasta Tanılama Formu kullanılmıştır. Örneklem kriterlerine uyan 200 hastaya veri toplama araçları uygulanmıştır. Belirlenen hastanelerin cerrahi ve gastroenteroloji servisinde yatan hastalar ile görüşülmüş, kendilerine veri toplama araçlarının uygulanacağı bilgisi verilmiştir. Veriler 26.02.2018- 31.05.2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

**Bulgular:** Ölçeğin dil geçerliliği, çeviri-geri çevirisi yapılarak sağlanmıştır. Kapsam geçerliliği için ölçeğin Türkçe çevirisi 10 uzmana gönderilmiş, buna göre ölçek yeniden düzenlenmiştir. Kapsam geçerliliğine yönelik olarak uzman görüşleri ve önerilerinin değerlendirilmesinde Davis tekniği kullanılmıştır. Yapı geçerliliği için yapılan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) analizi ve Barlett testine göre KMO katsayısının 0.869 olduğu, Bartlett testine ilişkin ki-kare değerinin de ileri düzeyde ( $p < 0.001$ ) anlamlı olduğu saptanmıştır. Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeği'nin Türkçe versiyonununun 18 madde ve beş alt faktörden oluştuğu açımlayıcı faktör analizi ile belirlenmiştir. Hesaplanan cronbach alpha değerine göre Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeği (cronbach alfa: 0,74-0,95) hastalar için oldukça güvenilir bir ölçektir.

**Sonuç:** Türkçe' ye uyarlanan Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti Hasta Değerlendirmesi Ölçeği'nin Türk toplumu için geçerliliğinin ve güvenilirliğinin yüksek olduğuna karar verilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Üst Gastrointestinal Sistem/Semptom Şiddeti/ Hasta Değerlendirilmesi/ Geçerlilik/ Güvenirlik

## SUMMARY

**Objective:** In our study, the adaptation of the Upper Gastrointestinal Symptom Severity Scale developed by Mapi-Research Trust Company and Anne M. Rentz (2004) to Turkish was planned and implemented to evaluate its validity and reliability.

**Material and Methods:** The study is a methodological type of research. Upper Gastrointestinal Symptom Severity Patient Scale and Patient Diagnostic Form were used as data collection tools. Data collection tools were applied to 200 patients who met the sampling criteria. The patients who were hospitalized in the surgical and gastroenterology services of the designated hospitals were informed about the data collection tools. The data were collected between 26.02.2018 and 31.05.2018.

**Results:** The language validity of the scale was provided by translation-reverse translation. For the validity of the scale, the Turkish translation of the scale was sent to 10 experts and the scale was rearranged accordingly. The Davis technique was used to assess expert opinions and recommendations for scope validity. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) analysis for construct validity and KMO coefficient were found to be 0.869 according to Barlett test, and chi-square value for Bartlett test was found to be significant ( $p < 0.001$ ). The Turkish version of the Upper Gastrointestinal Symptom Severity Scale was determined by exploratory factor analysis consisting of 18 items and five sub-factors. According to the calculated cronbach alpha value, the Upper Gastrointestinal Symptom Severity Scale (cronbach alpha: 0.74-0.95) is a highly reliable scale for patients.

**Conclusion:** Upper Gastrointestinal System Symptom Severity Patient Assessment Scale adapted to Turkish was determined to have high validity and reliability for the Turkish population.

**Key Words:** Upper Gastrointestinal System / Symptom Severity / Patient Assessment / Validity / Reliability

## İÇİNDEKİLER

<b>Kabul ve Onay Sayfası.....</b>	<b>i</b>
<b>Özet.....</b>	<b>ii</b>
<b>Summary.....</b>	<b>iii</b>
<b>İçindekiler.....</b>	<b>iv</b>
<b>Tablolar Dizini.....</b>	<b>vii</b>
<b>Simgeler ve Kısaltmalar.....</b>	<b>viii</b>
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı.....	1
<b>2.GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>2</b>
2.1.Üst Gastrointestinal Sistem ve Semptomları .....	2
2.1.1. Bulantı-kusma.....	3
2.1.2. Epigastrik Ağrı.....	3
2.1.3. İştahsızlık.....	3
2.1.4. Retrosternal yanma.....	3
2.1.5. Regürjitasyon.....	4
2.1.6. Disfaji.....	4
2.2.Üst Gastrointestinal Sistem Hastalıkları.....	5
2.2.1. Gastroparezi .....	5
2.2.2. Dispepsi .....	6
2.2.3. Gastroözofageal Reflü Hastalığı.....	8
2.3.Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması .....	10
2.3.1. Dil Uyarlamasının İncelenmesi.....	10
2.3.2. Geçerlik-Güvenirlik İncelenmesi.....	11
2.3.2.1. Geçerlik.....	11
2.3.2.1.1. İçerik/kapsam geçerliği (Content validity) .....	11

2.3.2.1.2. Yapı geçerliği (construct validity).....	13
2.3.2.2. Güvenirlik.....	15
2.3.3. Kùltùrlererarası karşılaştırma.....	16
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>17</b>
3.1.Araştırmanın Tipi.....	17
3.2.Araştırmanın Yeri.....	17
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	17
3.4.Araştırma Kriterleri.....	18
3.5.Araştırmanın Sınırlılığı.....	18
3.6.Araştırmanın Etik Yönü.....	18
3.7. Veri Toplama Yöntemi.....	19
3.7.1. Veri Toplama Araçları.....	19
3.7.1.1. Hasta Değerlendirme Formu .....	19
3.7.1.2. Üst Gastrointestinal Sistem Şiddet Ölçeği .....	19
3.7.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	21
3.8.Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
<b>4.BULGULAR</b> .....	<b>23</b>
4.1.Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeğinin Kapsam Geçerliliği.....	26
4.1.1. Madde-Toplam Korelasyonu.....	29
4.2.Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeğinin Yapı Geçerliliği.....	29
4.2.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	30
4.2.2. Model Uyum İndeksleri.....	31
4.2.3. Mutlak Uyum İndeksleri.....	31
4.2.3.1. Ki-Kare Testi ( $X^2$ ).....	31



4.2.3.2. Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Rmse)	31
4.2.3.3. Uyum İyiliği İstatistiği (GFI) ve Düzeltilmiş Uyum İyiliği İstatistiği (AGFI)	32
4.2.4. Marjinal Uyum İndeksleri	33
4.2.4.1. Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) ve Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI)	33
4.2.4.2. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	33
4.2.5. Açımlayıcı Faktör Analizi	35
4.3. Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi	38
4.4. Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeğinin Test-Tekrar Test Güvenilirliği	40
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>43</b>
5.1. Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti Hasta Değerlendirme Ölçeği'nin Dil ve Kapsam Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması	43
5.2. Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti Hasta Değerlendirme Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması	45
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>49</b>
<b>7. KAYNAKLAR</b>	<b>50</b>
<b>8. EKLER</b>	<b>61</b>
<b>EK-1</b> Üst Gastrointestinal Semptom Şiddet Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanmasına Yönelik İzin Yazısı	61
<b>EK-2</b> Hasta Değerlendirme Formu	65
<b>EK-3</b> Patient Assessment Of Upper Gastrointestinal Symptom Severity Index (PAGI-SYM) (Orijinal Ölçek)	68
<b>EK-4</b> Üst Gastrointestinal Semptom Şiddet Ölçeği'nin Türkçe Çevirisi	69
<b>EK-5</b> Etik Kurul	72
<b>EK-6</b> Hastane İzin Yazıları	76

EK-7 Teşekkür.....	78
Ek-8 Görüşü Alınan Uzmanlar.....	79
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	80



## **TABLolar DİZİNİ**

<b>Tablo 2.1.</b> Kapsam geçerlilik oranları için minimum değerler.....	12
<b>Tablo 2.2.</b> Model Uyumluluğu İçin Kullanılan Değerler ve İndeksler.....	15
<b>Tablo 4.1.</b> Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	24
<b>Tablo 4.2.</b> Uzman Görüşlerinin Dağılımı ve Kapsam Geçerlilik İndekslerinin Elde Edilmesi.....	28
<b>Tablo 4.3.</b> Ölçek Taslağının Madde Toplam Korelasyonu .....	29
<b>Tablo 4.4.</b> Ölçüm Modelinin Uyum İndeks Değerleri .....	34
<b>Tablo 4.5.</b> Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeğinin KMO Değeri ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları .....	35
<b>Tablo 4.6.</b> Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeğinin Varyans Açıklama Tablosu.....	36
<b>Tablo 4.7.</b> Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeğinin Alt Boyut Maddelerine İlişkin Faktör Yük Değerleri .....	37
<b>Tablo 4.8.</b> Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeği Alt Boyutlarının Güvenilirlik Analizi Sonuçları .....	40
<b>Tablo 4.9.</b> Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeğinin Test-Tekrar Test Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılıkları .....	42
<b>Tablo 4.10.</b> Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeğinin Test-Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42

## **SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

<b>GİS</b>	: Gastrointestinal Sistem
<b>PET-CT</b>	: Pozitron Emisyon Tomografisi
<b>GÖRH</b>	: Gastroözefageal Reflü Hastalığı
<b>KGO</b>	: Kapsam Geçerlik Oranları
<b>AFA</b>	: Açımlayıcı Faktör Analizi
<b>KMO</b>	: Kaiser Meyer Olkin
<b>DFA</b>	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
<b>KGİ</b>	: Kapsam Geçerlik İndeksi
<b>GFI</b>	: Goodness Of Fit İndex
<b>AGFI</b>	: Adjusted Goodness Of Fit İndex
<b>IFI</b>	: Incremental Fit Index
<b>TLI</b>	: Tucker-Lewis Index
<b>CFI</b>	: Comparative Fit Index
<b>NNFI</b>	: Non-Normed Fit Index
<b>RMSEA</b>	: Root Mean Square Error of Approximation

# 1.GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1. Problemin Tanımı

Gastrointestinal sistem (GİS) hastalıkları, bireylerin hastaneye yatmalarına ve tıbbi yardım almalarına neden olan hastalıkların büyük bir bölümünü oluşturur. Dünyada da oldukça yaygın olan gastrointestinal (Gİ) hastalıklar, yemek borusu, mide, on iki parmak bağırsağı, ince bağırsak, sigmoid kolon ve rektum ile ilgili semptomları içerir. (Knutsson & Boggil, 2010). GİS semptomlarının yaygınlığının %35 ila %70 arasında olduğu bildirilmektedir. Türkiye’ de yapılan bir araştırmada, birinci basamağa başvuran hastaların şikayetleri incelenmiş, bu inceleme sonucunda çalışmaya katılan 7520 hastanın 2157’si (%31,5) GİS semptomları ile doktora başvurmuştur. Ayrıca bu çalışmada GİS semptomlarından; şişkinlik (%75,7), midede dolgunluk (%61,2), midede rahatsızlık hissi (%57,0), mide ağrısı (%50,0), bulantı (%34,8), erken doyma (%26,5) ve kusma (%13,2) oranında olduğu saptanmıştır (Köksal, 2008). GİS semptomları dünyada ve Türkiye’ de de çok fazla oranda görülmektedir.

Saberi ve Moravveji’ nin yapmış olduğu bir araştırmada, hayatı tehdit eden bir hastalık olmamasına rağmen, GİS semptomları ve hastalıklarında süreklilik ve sık görülme, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu bildirmiştir (Saberi & Moravveji, 2010). GİS semptom ve hastalıklarının sık görülmesi bakım maliyetlerini de artırmaktadır. Kliniklere başvuran çoğu hasta için tanı, öncelikle semptom sıklığı, türü ve şiddeti anamnez, radyolojik inceleme ve Pozitron emisyon tomografisi (PET-CT) gibi ileri teknikler ile tanılanır. Bu tanılama süreci gerekli olduğu kadar yorucu ve zaman alan bir süreçtir. Bu nedenle bu süreci hızlandırmak için GİS semptom ve hastalıklarının erken tanı ve tedavi edilmesi, semptomların sınıflandırılması ve ölçek kullanılmasından geçmektedir.

Uluslararası literatürde, GİS semptomlarının varlığını, sıklığını ve yoğunluğunu değerlendirmek için çok sayıda araştırma yapılmıştır (Damiano, Siddique, Xu, Johanson ve Sloan, 2003; Crowell, 2015). Bununla birlikte, Türkiye’de herhangi bir ilgili çalışma bulgusu ve ölçüm aracı bulunamamıştır. Bu çalışma, doğrulanmış geçerlik ve güvenilirliğe sahip araçların ve hangi ölçümle belirlenen hasta semptomlarının eksikliğinin sonucudur. Bununla birlikte, herhangi bir problemi ölçmek için yeni bir araç geliştirmek zordur. Bu nedenle, geçerlik ve güvenilirliği önceden belirlenmiş olan kültürel uyum yoluyla, ölçeklerin kullanılması yönünde eğilimler vardır (Erefe, 2002; Kaya ve Asıtı, 2008; Kaya ve Turan, 2011). Bu çalışmanın

amacı, üst GİS semptomlarını belirlemek üzere tasarlanmış bir İngilizce ölçeği Türkçe'ye uyarlamaktır.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Üst Gastrointestinal Sistem Ve Semptomları**

Gastrointestinal sistem, alınan besin maddeleri, su, mineraller ve diğer esansiyel faktörlerin emilmesinden sorumlu olup beden her yerdeki metabolik olayların düzenlenmesine ve bütünleştirilmesinde merkezi bir yer eder. Bedeni uzun erimli homeostazi ve organ sistemlerinin teker teker normal işlev görmesi için sindirim sisteminin normal bir işleve sahip olması gerekir (Widmaier, Raff ve Strang, 2014).

Gastrointestinal sistem, üst ve alt gastrointestinal sistem olmak üzere iki kısımdan oluşur. Üst gastrointestinal sistem, ağızdan başlayıp duodenuma kadar olan kısım olup; alt GİS ise, duodenumdan başlayıp anüse kadar kısımdır. Üst GİS hastalıklarında görülen semptomlar; bulantı-kusma, epigastrik ağrı, retrosternal yanma, iştahsızlık, disfaji ve regürjitasyon, alt GİS hastalıklarının semptomları ise; melena, hematemez, konstipasyon, diyare ve rektal kanamadır (Karadakovan ve Aslan, 2011).

#### **2.1.1. Bulantı-Kusma**

Bulantı ve kusma GİS hastalıklarının önemli rahatsızlıklarından biridir. Kusma, diyafragma ve karın kaslarının kasılması sonucunda mide ve ince barsak üst bölüm içeriğinin ağız yolundan dışarı atılma işlemidir. Genellikle bulantı, kusma öncesinde ortaya çıkar. Beynin medulla oblongatanın dorsal bölümünde yer alan kusma merkezince, bulantı ve kusma durumları kontrol edilmektedir. Beş ana afferent yol tarafından kusma merkezi uyarılmaktadır. Bu beş ana afferent yol; kemoreseptör tetikleyici bölge, gastrointestinal sistem içerisindeki vagal mukozal yol, vestibular sistemde bulunan nöral yollar, serebral korteks C2 ve C3'ten iletilen refleks afferent yollar ve orta beyinde yer alan afferentleri'dir. Beş ana afferent yolların herhangi birine uyaran gitmesi durumunda dopaminerjik, serotonerjik veya histaminerjik kolinerjik reseptörler aracılığıyla kusma merkezi uyarılır ve bu durumun sonucunda kusma meydana gelir. Bulantı ve kusma durumları, ilaç tedavisi sonucu gerçekleşebileceği gibi ilaç tedavisiyle bağlantısı olmaksızın da oluşabilmektedir. Merkezin uyarılması sonucu meydana gelen bulantı ve kusma, metabolik, psikiyatrik (anoreksiya nervoza), nörojenik (migren, vestibüler bozukluklar), kardiyovasküler (akut miyokard infarktüsü), gastrointestinal (gastroenterit) ve başka sebeplerle de (gebelik, ameliyat) ilgili ortaya çıkabilir (Kaysı ve Molvalılar, 2001).

### **2.1.2. Epigastrik Ağrı**

Epigastrik bölge, her iki midklavikular çizgi ile, transpilorik çizgi ve arkus kostarium arasında kalan bölgeye denir. Epigastrik bölgedeki visseral ağrılar mide, duodenum 1. ve 2. bölümü, karaciğer, safra kesesi ve pankreastan kaynaklanır (O'Brien, 2011). Farklı organlardan yansıyan ağrılar epigastrik bölgede hissedilebilir.

Karın ağrısı şikayeti ile Acil servise başvuran hastaların, acil servise gelen hastaların %5–10'unu oluşturmaktadır (Kamin, Nowicki, Courtney & Powers, 2003). Karın ağrısıyla başvuran bu hastalar ise en sık epigastrik ağrıdan şikayet etmektedirler (Lukens, Emerman & Efron, 1993). Epigastrik bölge kaynaklı ağrı nedenleri basit müdahale veya tedbirler ile giderilebilecek durumlardan hayatı tehdit edebilecek durumlara uzanan geniş bir yelpazededir (Yılmaz, 2014).

Epigastrik ağrıların en sık nedenleri; karaciğer, safra kesesi ve safra yolları, pankreas, mide ve duodenum ile ilgili patolojiler ve vasküler lezyonlardır. Akut apandisit başlangıcında hasta epigastrik veya periumblikal ağrı ile başvurabilir. Epigastrik ağrının önemli nedenlerinden biri de myokard iskemisidir. Dalak, ince bağırsak, transvers kolon hastalıklarında da epigastrik ağrı olarak hissedilebilir (Yılmaz, 2014).

### **2.1.3. İştahsızlık**

Kişinin metabolizmasının ihtiyaç duyduğu orandan daha az besin alması neticesinde oluşan kilo kaybı, iştahsızlık olarak açıklanmaktadır (Can, 2010). Yeme isteğinin kaybolması olarak tanımlanan iştahsızlık, protein ve enerji alımını azaltarak malnütrisyon ve kaşeksi gelişimine katkı sağlayan faktörlerden birisidir (Kaysı ve Molvalılar, 2001).

### **2.1.4. Retrosternal Yanma (Pirozis)**

Midenin iç kısmının özafagusa reflüsüne bağlı olarak substernal kısımda meydana gelen ve kimi zaman boğaza kadar ulaşan yanma hissi, Pirozis olarak açıklanmaktadır (Karadakovan ve Aslan, 2011). Çoğunlukla yemeğin ardından sırt üstü uzanıldığında, ağır bir yük kaldırıldığında, asit içeren içeceklerden portakal suyu içildiğinde, yağlı bir yiyecek yenildiğinde, şeker ve alkol kullanımının ardından oluşur (Karadakovan ve Aslan, 2011).

### **2.1.5. Regürjitasyon**

Mide ya da özofagus içeriğinin kendiliğinden ağza gelmesine Regürjitasyon, denilmektedir. Özellikle gece sırt üstü yatış pozisyonu aldığıında, öne eğildiği zamanlarda ve ağır bir kaldırdığında oluşmaktadır. Özofagusun alt kısmındaki obtrüksiyonlarda, akalazyaya veya büyük divertiküller meydana geldiğinde mukoid sıvı ve sindirimi tamamlanmamış yiyecekler tekrar ağız kısmına gelebilir (Karadakovan ve Aslan, 2011).

### **2.1.6. Disfaji**

Disfaji (yutma güçlüğü), beslenme sırasında alınan gıdaların ağız kısmından mideye kadar olan bölümünde bir nedene bağlı olmaksızın bir engellenme durumuyla karşılaşılması neticesinde oluşan semptom olarak tanımlanmaktadır (Kaysı ve Molvalılar, 2001). Hastaların çoğu, yutulan besinlerin retrosternal bölgede takılmasından, sıkışıp kalmasından yakınır. "Odinofaji" ağrılı yutma demektir. Sıklıkla, odinofaji ve disfaji beraber gelişmektedir. "Globus faringeus" yemek vaktinin dışındaki dönemlerde farenkste takılan bir lokmanın verdiği rahatsızlık durumunun adıdır, gerçek bir disfaji değildir. Depresyon eğilimi veya obsesif-kompulsif kişilik bozukluklarına, globus hissi olan hastalarda sık rastlanmaktadır. Dikkatli alınmış bir anamnez ile vakaların %80-85'inde doğru tanı konabilir (Kaysı ve Molvalılar, 2001).

Disfaji, tüm dünyada ve ülkemizde çok sık rastlanan bir semptom olmasına rağmen kişilerin önem vermedikleri ve en fazla antiasitlerle kendilerini tedaviye çalıştıkları bir semptomdur. Hastalar şikayetlerini hekime "asitli geçirme", "göğüs arkasında yanma" şeklinde ifade ederler. Bu durum gastroözofageal reflüks hastalığının ve hamilelik sırasında kadınların en önemli yakınmasıdır. Bu ağrı başlangıçta sternumun alt tarafındadır, göğüs boyunca yayılır, sırta ve seyrek olarak da kollara yayılır (Kaysı ve Molvalılar, 2001).

İskemik kalp hastalıkları, göğüste hissedilen ve tekrarlayan ağrılara bazen benzerlik özellikler gösterebilir. Bu ağrılar sternum arkasında duyulur, sırta, omuzlara ve kollara yayılır, yanıcı özelliği ön plandadır. Hastalar bu ağrıları kalplerine yönelik bir bulgu gibi algırlar. Örneğin; ABD' de yapılan 500.000/yıl koroner anjiyografinin %30' unun normal olduğu görülmüştür. Bu ağrıların oluşmasının temel nedeni özofagusa mide asidi reflüksü sonucu yutak borusunda bulunan kemoreseptör, mekanoreseptör, termoreseptörlerin uyarılmasıdır. Bu uyarılar kalpten gelen sinirlerle aynı yolu takip edip motilite bozukluğu yaparak yüksek amplitüdü ve uzamış



kasılmalara neden olduğu ve hatta bulunan özofagus sfinkter fonksiyonlarını bozarak tabloyu daha da ağırlaştırdığı iddia edilmektedir (Şenol ve Koçkar, 2008).

## **2.2. Üst Gastrointestinal Sistem Hastalıkları**

### **2.2.1. Gastroparezi**

Gastroparezi, midenin bazı işlevlerini yitirmesi olarak da ifade edilen ayrıca mide felci şeklinde de belirtilen bir durum olarak mide hareketlerinde azalma ya da hareketsizlik oluşması sindirim rahatsızlığını göstermektedir. Mide, üzerine düşen görevi yaptığıda alınan gıdaları parçalar, küçük parçalara ayrılan besinlerin sindirim işlemini yapar ve emilimi için ince bağırsağa iletir. Mide normal işlevi olan kasılmaları yerine getiremediği, yiyecekleri küçük parçalara ayıramadığı ve onları ince bağırsağa iletemediği durumda gastropareziden söz edilir. Midede yediklerimiz çok uzun süre durursa, midenin iç kısmında bakteri üremesi söz konusu olabilir. Gastroparezi rahatsızlıklarında bulantı ve kusma, oldukça sık rastlanan semptomlardır. Bununla birlikte mide de sindirilmeden uzun süre bekleyen besinler, bezoar adı verilen katı kitlelere neden olabilir ve bu durum da mide çıkışında tıkanmalara sebep olarak bulantı ve kusma semptomlarını ortaya çıkarabilir (Enweluzo ve Aziz, 2013).

Vagus siniri, sağlıklı bir bireyde alınan besinlerin GIS de hareketini kontrol edip, midede bulunan düz kaslara uyarı iletmektedir. Bunun sonucunda mide kasılarak mide içeriği ilerler. Vagus sinirinde oluşan bir hasar ya da dahu sinirde meydana gelen fonksiyon eksikliği gastropareziye yol açar. Bu durum da mide hareketini yavaşlatır ya da durdurur. Gastroparezinin en çok görülen sebepleri; idiyopatik(%35), viral enfeksiyonlar sonrasında(%8), diyabet(%28), cerrahi girişimler sonrasında(%12), merkezi sinir sistemi hastalığı olanlar(%8), kollajen doku hastalıkları(%5), intestinal psödoobstrüksiyon(%4)' dur (Hasler, 2012).

Gastroparezinin belirtileri, üst karın ağrısı, şişkinlik, yemek sonrası doyumluk hissi, erken doyma, bulantı ve kusmadır. Hastalarda en belirgin belirti, bir önceki gün yedikleri yiyecekleri sindirilmemiş olarak kusma işlemidir. Bu kusma işleminin sonucu olarak da beslenme düzeninin bozulması ve buna bağlı olarak kilo kaybı ortaya çıkmaktadır. Klinik uzmanları, kan şekeri dengesizliği yaşayan ve hipo-hiperglisemik şeklinde atak geliştiren hastalarda gastroparezi şüphesiyle hastayı incelemelidir. Bu tür hastaların %53'lük kısmında kilo kaybına rastlanırken, %18 ile %24'ünde kiloda artma meydana gelebilir. Vakaların 1/3'ünde belli sürelerle

tekrarlayan belirtiler görülürken, üçte birinde devamlı ilerleyici belirtiler görülür (Parkman ve mcCallum, 2011). Nüfusun yaklaşık %7-15'i gastroparezi düşündüren semptomlara sahiptir. Gastroparezi nedeniyle hastane yatışları ABD' de 1995- 2004 yılları arasında %158 artmıştır (Kashyap ve Farrugia,2010).

Bu belirtiler kişiye bağlı olarak çeşitlilik gösterebilmektedir. Farklı semptomlar gastroparezi için özel olmayabilmekte ve bu semptomlar başka rahatsızlıkları da işaret edebilmektedir. Semptomların çeşitliliğinden dolayı mide boşalmasının derecesiyle ilgili objektif bir ilişki her zaman olmamaktadır.

Diyabetin en sık GİS komplikasyonlardan biri olan gastroparezi, fiziksel obstrüksiyon olmadan gastrik retansiyon bulgularının oluşması ile ayırt edilir (Hasler, 2012). Gastroparezi insidansı, diyabetli hastalarda tip 1 DM'de %5.2, tip 2 DM'de %1 olarak bildirilmiş olup ve bu oranlar genel popülasyona göre yeterince yüksektir (%0.2) (Choung, Locke & Schleck, 2012). Tip 1 diyabetlilerde %27-65 arasında ve tip 2 diyabetlilerde %30 civarında gecikmiş mide boşalması görülebilmektedir (Parkman ve mcCallum, 2011). Kadınlarda erkeklerden yaklaşık 4 kat fazla gastroparezi görülmektedir (Jung, Choung & Locke, 2009). Buna ek olarak nöropatisi olan tip 2DM hastalarında gastroparezi belirtilerinin meydana gelmesinde obezite bağımlı olmayan belirleyici bir etken olarak belirlenmiştir (Boaz ve ark., 2001).

### ***2.2.2. Dispepsi***

"Üst abdomende lokalize, sürekli ve ya tekrarlayan ağrı ya da rahatsızlık hissi"ne dispepsi denir. (Bektaş, Çetinkaya, Çalışkan, Öztaş, Akdur & Özden, 2007). Dispepsi üst gastrointestinal sistem belirtilerinden ağrı, bulantı, kusma, epigastrik-retrosternal yanma, ekşime, geçirme, gaz, erken doyma, şişkinlik, regürjitasyon belirtilerinin bir ya da daha fazlasını kapsamaktadır. Bu nedenle dispepsi, bir semptomlar kompleksidir (Özcan Oral, Öksüz, Kut & Erdal, 2012).

Dispeptik yakınması olan hastaların yaklaşık %10-25' i doktora başvurmaktadır (Özden, 2012). Ağrının şiddeti, süresi, hastanın ciddi hastalık yönünden endişesi, ileri yaş ve düşük sosyo-ekonomik düzey doktora başvurmada önemli etkenlerdendir (Bektaş vd, 2007). Dispeptik şikayetleri olan hastaların çoğu birinci basamak sağlık kuruluşlarında takip edilmektedir. Ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran erişkin hastalarda dispepsi prevalansı %44 olarak belirlenmiştir

(Köksal,2008).Dispepsi prevalansının batı ülkelerinde ise %25'lere ulaşabildiği bildirilmiştir (Talley, 2002).Amerika Birleşik Devletleri'nde dispepsi nokta prevalansı (anketin yapıldığı anda) %25'dir. Son zamanlarda oldukça titiz yapılan araştırmalarda pirozis dahil edilmezse "Uninvestigated" araştırılmamış dispepsi prevalansı %5-15 arasında olduğu ifade edilmektedir. Dispepsinin kadınlarda daha sık görüldüğünü kanıtlayan birçok araştırma dikkat çekmektedir (Özden,2012). 2007 yılında Bektaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, Roma-II Kriterleri esas alınarak Ankara-Abidinpaşa bölgesinde 600 denek üzerinde yapılan bir anket çalışmasında erkeklerde dispepsi %22,1, kadınlarda %41,1 oranında olduğu görülmüştür (Bektaş vd, 2007).

Bazı araştırmalarda yıllık dispepsi prevalansının çok yüksek olduğu farkına varıldığında (İskoçya %25, ABD %19, Norveç %18-23, İrlanda %64, Singapur %45-57, Güney Afrika %30, Doğu Afrika %62, Japonya %35-42, Nijerya %69) dispepsinin toplumların en önemli sağlık problemlerinden biri olduğu ortaya çıkmıştır. Ülkemizde Ankara'da Özden tarafından yapılan bir anket çalışmasında nokta prevalansın %30,8 olduğu, mide ilacı kullanma sıklığının %11,5 olduğu belirlenmiştir. Yapılan birçok araştırma da Türkiye' de dispepsinin önemli bir sorun olduğu saptanmıştır (Özden,2012).

Dispepsi görülme sıklığının yüksek olması nedeniyle toplumların önemli sağlık sorunlarından biridir. İlaç giderleri de göz önüne alınacak olursa çok önemli bir ekonomik problemdir (Özaslan,2004). Dispeptik yakınmalar kronik, tekrarlayıcı ya da sürekli olabileceğinden yaşam kalitesini bozacağı gibi, işe ve okul devamsızlığına yol açarak iş gücü kaybına bağlı ekonomik kayıplara yol açmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri(ABD)'nde okul ve işe devamsızlık sebepleri arasında ikinci sırada dispepsi rahatsızlığı bulunmaktadır. Dispepsinin kronik olması nedeniyle tedavi- tetkik giderleri de önemli bir sorundur (Özden,2012). Bu durum göz önünde tutulduğunda dispepsinin önemli bir ekonomik problem olduğu anlaşılacaktır.

Dispepsi rahatsızlığından dolayı şikayet üzerine gelen hastalarda uzmanlar, anamnez alınırken dispepsinin türüne göre hastayı gözlemleriyle değerlendirerek şiddetine yönelik bir ölçüm yapmadan tedavi düzenlemektedir. Bu durumlarda dispepsi semptomlarının şiddetini ölçmek önemli bir yaklaşımdır.

### **2.2.3. Gastroözofageal Reflü**

Özefagusa doğru hareket eden mide içeriğinin ortaya çıkardığı rahatsızlık oluşturan yakınma ya da komplikasyonların rastlandığı klinik bir duruma gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) denir. (Patrick, 2011). GÖRH, aslında fizyolojik bir olaydır gün içerisinde birçok kez meydana gelebilir ancak göğüste yanma ve ağza acı ekşi su gelmesi gibi belirtiler olursa gastroözofageal reflü hastalığı ortaya çıkar. Bu rahatsızlık sonucunda özofagus mukozasında hasar oluşabilir (özefajit, peptik darlık, baret özofagusu gibi) ve ya endoskopik olarak görülebilen bir hasar da oluşmayabilir (Uyanıkoğlu, Coşkun, Binici, Kibar, Tay & Öztürk, 2013).

GÖRH'ı toplumun yaklaşık %20'sini etkileyen bir hastalıktır. Rahatsızlıkları olan kişilerde sıradan olarak yaptıkları yaşam şeklini değiştirme ve antiasitlerle hastalık belirtilerinde kalıcı olmayan iyileşmeler sağlarlar. Bu nedenle, rahatsız olanların yalnızca %10-15'i olayın ciddiyetini düşünerek sağlık hizmeti almak için bir kuruluşa başvurmaktadır. Dünyadaki prevalansı %7-25 arasında değişmekte olan GÖRH'nın, batı toplumlarındaki prevalansı %10-20 oranında seyretmekte Doğu Asya'da bulunan ülkelerde %2,5-7,8 ve Avustralya'da ise %11,6 oranındadır (El-Serag, Sweet, Winchester & Dent, 2014). GÖRH prevalansı oran olarak, Kuzey Amerika ile Avrupa ülkelerinin de her geçen gün artmakta olup, Türkiye'de ise GÖRH yaşanma sıklığı batılı ülkelerle benzerdir (Okçu ve Çiftel, 2016).

GÖRH insidansı hakkında yapılan çalışma sayısı yeterli değildir. Yapılan araştırmalarda GÖRH insidansı oranı yıllık 5/1000 civarında belirlenmiş olup, tespit edilen oran az olarak görünse de rahatsızlığın kronik vaka olarak algılanması sebebiyle zamanla birikim olması prevalansın yükselmesine yol açmaktadır (Dent ve El-Serag, 2005).

GÖRH'nın en belirgin bulgusu Retrosternal yanma hissi (pirozis), olup, toplumda oldukça yüksek bir şekilde görülme sıklığına sahiptir. ABD'de erişkinlerin denek olduğu araştırmada ayda asgari bir defa pirozis yaşanma prevalansı %44 olarak belirlenmiştir (Moshkowitz, Horowitz, Halpern & Santo, 2011). Bu alanda yapılan bir diğer araştırmada ise haftada asgari olarak bir defa yaşanan pirozis prevalansı Amerika'da %14 oranında görülüyorken, Çin'de %4,1-5,2 olarak ölçülmüştür (He, Ma & Zhao, 2010). Türkiye'de, 4 merkez seçilerek Mungan ve arkadaşlarının 585 birey üzerinde yaptığı araştırmada ise yetişkinlerde devamlı rahatsızlık oluşturan reflü belirtisi %3,1 olarak ölçülmüş, %22,6'sında sık rastlanan bir rahatsızlık olarak belirlenmiş, %43,6'sında seyrek seyreden reflü belirtileri (pirozis

veya regürjitasyon) tespit edilmiştir (Mungan, 1999). Bor ve arkadaşlarının araştırma için seçilen bölge olan İzmir’de gerçekleştirilen çalışmada ise, yetişkinlerde haftalık pirozis görülme sıklığı %10 olarak belirlenirken, regürjitasyon görülme sıklığı %15,6 şeklinde tespit edilmiş ve GÖRH sıklığı %20 oranında belirlenmiş olup, bu oranların ABD ile aynı olduğu ortaya çıkmıştır. ABD ve başka ülkelerde GÖRH pirozis ile ortaya çıkarken, ülkemizde regürjitasyonla beraber belirmesi yürütülen çalışmalardan ulaşılan ilginç bir neticedir (Moshkowitz vd, 2011).

Ülkemizde gerçekleştirilen çok merkezli reflü araştırması olan GÖRHEN isimli araştırma bağlamında; haftada asgari olarak göğüs bölgesinde yanma hissi ya da ağıza acı ekşi su gelmesi olan 1421 reflü hastalığı tanısı alan bireyin %35’inde eroziv özofajit bulunmuştur; bunların % 61’i grade A, % 34’ü grade B, % 4’ü grade C ve % 1’i grade D olarak belirlenmiştir. Hastaların %4,2’sinde Barrett özofagusu görülmüştür. Ancak endoskopi uygulanan reflü hastalarının %0,4’ünde histopatolojik olarak Barrett metaplazisi saptanmıştır. Bu çalışmaya gastroözofajiyal reflü hastalığının ülkemizde batıdaki kadar sık görüldüğünü, ancak genelde hafif seyretmekte olduğu göstermiştir (Bor vd, 2008).

Yapılan bir başka çalışmada astım, kronik obstrüktif pulmoner hastalık ve kontrol gruplarında haftada bir veya daha fazla yanma ve ağıza acı ekşi su gelme prevalansı % 25,4, %17, %19,4 ve bir haftada ara sıra olan semptomlar % 21,2, % 16,3 ve % 27 oranlarında bulunmuştur. Astım grubundaki reflü prevalansını, kronik obstrüktif pulmoner hastalık ve kontrol grubuna göre daha yüksek saptamışlardır. Kronik obstrüktif pulmoner hastalık ve kontroller arasında ise anlamlı fark bulmamışlardır (Bor, Kitapçioğlu, Solak, Ertlav & Erdinç, 2010).

Konya’ da Özer Çakır ve ark. tarafından 1188 hasta üzerinde yapılan çalışmada ise kadınların %15’inde reflü pozitif bulunurken erkeklerde bu oran %6’da kalmakta; evli nüfusun %11’ inde reflü var iken bekar ya da dulların %4’ünde; ilköğretim mezunlarının %16’sında reflü saptanmışken lise mezunlarının %7’sinde, üniversite mezunlarının %5’inde; normal ya da kilolu nüfusun %8’inde reflü varken obezlerde oran %24’lere olduğu belirlenmiştir (Çakır, Çizmecioğlu, Bıyık, Çifçi, Ataseven, Polat & Demir, 2018). Diğer bir çalışma da ise uyku apnesi olan reflü hastaları ile olmayan kontrol grubu kıyaslanmıştır. Reflü prevalansı uyku apnesi olan hastalarda % 38,9 ve uyku apnesi olmayan grupta ise % 32 oranlarında tespit edilmiştir. Reflü semptomları açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Yönem, Sivri & Özdemir, 2013; Başoğlu, Vardar, Taşbakan, Uçar, Ayık & Köse, 2015).

GÖRH, özofageal ülserler (%5), peptik darlıklar (%0,5-20) ve Barrett özofagusu (%0,4-20) gibi ölüme sebebiyet veren önemli komplikasyonlara neden olmaktadır (Bor vd, 2008). Reflü özefajit görülme sıklığı dünyada giderek artmaktadır. Batı toplumlarında yaklaşık % 20 oranında görülmekte olup, lezyonlar sonucu oluşan barret özofagus özofajiyal adenokarsinomu veya barret ile ilişkili adenokarsinomu tetiklemektedir. Aynı zamanda Batı ülkelerinde olduğu kadar Asya ülkelerinde de görülme sıklığı giderek artmıştır (Song, Han, Kim, Park, Jeong, Go, Hong & Hahm, 2016).

### **2.3. Kültürler Arası Ölçek Uyarlaması**

Çok kültürlü çalışmaların artmasıyla birlikte yapılandırılmış ölçüm araçlarına olan ihtiyaç da artmaktadır. Geçmişte bir ölçüm aracını başka bir dile uyarlama süreci esas olarak dilbilimsel bir görev olarak görülmekteydi. Artık bir ölçüm aracının farklı kültür ve dillerde kullanılması durumunda dilbilimsel içeriğinin korunması ile birlikte, kültürel olarak da uyarlanması gerektiği kabul edilmektedir (Beaton, Bombardier, Guillemin ve Ferraz, 2007; Coster ve Mancini, 2015). Peki neden ölçek uyarlıyoruz?. Ölçek uyarlamasının amaçlarından biri, kültürler arası, diller arası ve etnik gruplar arası karşılaştırmadır. Bir başka amaç ise, özellikle farklı dillerin konuşulduğu, etnik grupların olduğu ülkelerde test yanlılığının giderilmesi için farklı dillerde testin paralel formlarının geliştirilmesidir (Savaşır, 1994). Uluslararası yayınlarda bilinen bir ölçeği Türkçe'ye uyarlayarak kullanmak araştırmacının yeni bir ölçüm aracı geliştirmesindeki süreyi azaltır, alanında yapacağı çalışmalara ayıracağı süreyi arttırır. Mevcut bir ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması 3 aşamada gerçekleştirilir (Aksayan & Gözüm, 2002):

1. Dil Uyarlamasının incelenmesi
2. Geçerlik-Güvenirlilik incelenmesi
3. Kültürler arası özelliklerin karşılaştırılması

#### **2.3.1. Dil Uyarlamasının İncelenmesi**

Ölçek uyarlama sürecinin ilk adımı çeviridir. Çeviri işleminde kelimenin veya sözcük grubunun birebir çevirisi değil, kavram eşdeğerliliği hedeflenmelidir. Çeviri işlemi, orijinal ölçeğin kültürü hakkında bilgisi olan, ancak anadili hedef kültürün dili olan uzman tarafından yapılmalıdır (WHO, 2017). Araştırmacılar, araştırmacı ya da alan uzmanı tarafından Türkçe'ye çevrilen metnin kendi çevirileri ile benzerlikleri denetlenerek gerekli düzeltmeler yapılmalıdır. Bu çalışmaların tamamlanmasından sonra küçük bir pilot grupta maddelerin anlaşılabilirliği için görüşme yolu ile 'Bu madde size

ne anlatıyor?, 'Bu madde ile ilgili düşünceleriniz nedir? gibi sorular sorulabilir (Savaşır, 1994).

### **2.3.2. Geçerlik-Güvenirlilik İncelenmesi**

Bir değişkenin gerçek değerini ölçmek için yararlanılan ölçme aracının geçerli ve güvenilir ölçme yapması gerekir. Bu nedenle bireyin fenomene ilişkin eğilimini, tutumunu, davranışını ve tepkisini ortaya koymak için değerlerin gerçeğe örtüşmesi ve doğruluk derecesinin yüksek olması gerekir. Bu nedenle ölçeğin ürettiği sayısal değerlerin geçerlik ve güvenilirliği değerlendirilmesi gerekir (Özdamar, 2017)

#### **2.3.2.1. Geçerlik**

Geçerlilik, "bir ölçme aracının ölçmek istediği özelliği ölçmesi ile ilgili bir kavram" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlamaya göre bir ölçme aracının ölçmek istediği özelliği doğru ve diğer özelliklerle karıştırmadan ölçüyor ise bu ölçme aracının geçerli olduğu kanısına varılabilir (Alpar, 2012). Bir ölçeğin geçerlilik derecesi, ölçme aracını kullanan kişiye; bu ölçme aracının belirli amaçları yerine getirmekte başarılı olduğunu göstermesi gerekir. Bu amaçlara paralel olarak düşünülen 4 tip geçerlilik söz konusudur. Bunlar; kapsam geçerliliği, mantıksal geçerlilik, bir referansa göre geçerlik ve yapı geçerliliğidir (Alpar, 2012).

##### **2.3.2.1.1. İçerik/kapsam geçerliği (Content validity)**

Intrinsic veya domain geçerlilik olarak da ifade edilen içerik geçerliliği, ölçeğin ölçüm amacıyla alakasız olan faktörlerin etkisinden arınmış olmasını tanımlamaktadır. Bir ölçme aracının tümüyle ve alt boyutlarının ölçülmesi düşünülen alan üzerinde bu ölçme işleminin yapılıp yapılmadığını ve ölçülmesi istenen alanın haricinde kalan değişik kavramları kapsayıp kapsamadığını irdelenmek amacıyla içerik/kapsam geçerliliği yapılır (Gözüm ve Aksayan 2003). Kapsam geçerliliğinin saptanmasına yönelik farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu yaklaşımlardan bazıları; uzman görüşüne başvurma ve aynı kapsamı ölçtüğü bilinen başka bir ölçme aracıyla yeni ölçme aracı arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanmasıdır (Alpar, 2012).

Lawshe, 1975 yılında kapsam geçerlik oranlarını geliştirilmiştir (Yurdugül, 2005). Kapsam geçerlilik oranlarında diğer adıyla Lawshe tekniği uygulanırken, en az 5 en çok 40 uzman görüşü doğrultusunda hareket edilmektedir. Uzman görüşünde değerlendirilmeler belli çerçevelerde gerçekleştirilmektedir. Üretilen maddelerde ölçülecek özelliğin temsil edilip

edilmediğine bakılmakta, söz konusu maddelerin olması gerektiği şekilde yalın ve açık olarak belirtilip belirtilmediği, bu maddeleri hedef kitlenin anlayıp anlamadığı vb. bu çerçevelerden bazılarıdır. Bu çerçevede değerlendirilen araştırma son basamakta üçlü veya dörtlü derecelemeyle gerçekleştirilir (Alpar,2012). Uzmanların ölçüm aracındaki maddelere ilişkin görüşleri toplanarak kapsam geçerlik oranları (KGO) elde edilir (Tablo ). Kapsam geçerlik oranları, maddeye gerekli diyen uzmanların sayısının ( $N_G$ ) ve maddeye yönelik görüş ifade eden uzman sayısının toplamı ( $N$ ) yarısına bölümünün 1 eksiği alınarak hesaplanır. Uzman sayısına göre tabloda bulunan KGO değerinden küçük maddeler ölçekten çıkarılır (Pollard, 2012).

$$KGO = \frac{N_G}{N/2} - 1$$

**Tablo 2.1.** Kapsam geçerlilik oranları için minimum değerler (Yurduğül, 2005)

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

### **2.3.2.1.2. Yapı geçerliği (construct validity)**

Doğrudan ölçülemeyen bir özelliği ölçen bir ölçme aracının ölçme derecesine yapı geçerliliği denir. “Bir ölçeğin ve ondan elde edilen puanın gerçekte ne anlama geldiğini araştırma süreci” olarak da tanımlanabilir (Alpar, 2012).Yapı geçerliliğinin belirlenmesinde kullanılan birçok yöntem vardır. Bunlar; çok değişkenli- çok yöntemli matris, faktör analizi ve bilinen grup ile karşılaştırma yöntemleridir (Alpar, 2012; Gözüm ve Aksayan, 2003). Faktör analizi bu yöntemlerin içinde en sık kullanılan yöntemdir. Birbirleriyle aralarında ilişki bulunan veri yapılarını ele alarak birbirinden bağımsız hale getirip sayısı az olan yeni veri yapılarına çevirmek, başka bir ifadeyle bir oluşuma yönelik gerçekleşme sebebini ortaya koydukları düşünülen değişkenleri belirlemek ve gerekli olduğunda tanımlama getirmek maksadıyla başvurulan yöntemlerin tamamı faktör analizidir



(Alpar, 2012). Faktör analizi açıklayıcı ve doğrulayıcı olarak iki temel yönetime ayrılır (Büyüköztürk, 2002).

### **Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)**

Açıklayıcı faktör analizi çalışmalarında, değişkenler arasında belirlenen ilişkilere bağlı olarak faktör belirlemeye, teori üretmeye yönelik bir işlem söz konusudur (Büyüköztürk, 2002). Ölçeklerin alt boyutlarını/ bileşenlerini/ gizli yapılarını ortaya çıkarmak için faydalanılmaktadır (Özdamar, 2017a). Faktör analizi; oluşturulan veri setinin faktör incelemesi için uygun olup olmadığının değerlendirilmesi, faktörlere ulaşılması, faktörlerde oluşan rotasyon ve faktörlerin adlandırılması olmak üzere 4 aşamadır (Kalaycı, 2014).

### **Veri setinin faktör analizi için uygunluğu**

Barlett ve Kaiser-Meyer Olkin (KMO) testleri ile değerlendirilir. KMO testi k maddeden oluşan ölçeğin fenomeni ölçmedeki yeterliliğini belirtir. KMO değerinin 0.50'den yüksek olması gerekir. KMO değeri 1'e yaklaştıkça mevcut ölçeğin fenomeni ölçmede yüksek yeterlilikte olduğu söylenir (Özdamar, 2017a). KMO değerleri aşağıda belirtildiği gibidir (Kalaycı, 2014). Barlett testi ise mevcut ölçeğin maddelerinin ilişkisini ya da alt boyuttan oluşup oluşmadığını belirler.  $P < 0,5$  ölçeğin fenomeni ölçmede etkin olduğu anlamını taşır (Özdamar, 2017a).

<b>KMO DEĞERİ</b>	<b>YORUM</b>
0,90	Mükemmel
0,80	Çok iyi
0,70	İyi
0,60	Orta
0,50	Zayıf
0,50'nin altı	Kabul edilemez

**Faktörlerin elde edilmesinde** değişkenler arasındaki ilişkileri en yüksek derecede temsil edecek az sayıda faktör elde etmek amaçlanmaktadır. Faktör elde edilmek için bazı ölçütler bulunmaktadır:

**Özdeğer istatistiği:** Özdeğer istatistiği 1'den büyük olan faktörler anlamlı olarak kabul edilmekte olup, 1'den küçük olanlar dikkate alınmamaktadır (Kalaycı, 2014).

**Açıklanan toplam varyans:** Faktör analizi ile ilgili yapılan araştırmalarda yüklerin toplam varyansı açıklama oranının alt sınırı %40 olarak kabul görmektedir (Baloğlu & Karadağ, 2008).

**Scree test:** Her faktörle ilişkili toplam varyansı gösterir. Grafiğin yatay şekil aldığı noktaya kadar olan faktörler, elde edilecek maksimum faktör sayısı olarak kabul edilir (Kalaycı, 2014).

**Faktör yükleri:** Maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayıya faktör yük değeri denir. Maddelerin buldukları faktördeki yük değerlerinin yüksek olması istenir. Faktör yük değerinin işaretine bakılmaksızın 0.60 ve üstü yük değeri yüksek; 0.30-0.59 arası yük değeri orta düzeyde büyüklükler olarak tanımlanmaktadır. Bu değerler değişken çıkartmada dikkate alınır (Büyüköztürk, 2002). Faktörlerin döndürülmesinde amaç isimlendirilebilir ve yorumlanabilir faktörler elde etmektir. İki tür döndürme yaklaşımı vardır. Bunlar; dik (orthogonal) ve eğik (oblique) döndürmedir (Büyüköztürk, 2002). En sık kullanılan döndürme şekli dik döndürmedir. Dik döndürmede varimax (en çok kullanılan teknik), equamax ve quartimax olmak üzere 3 teknik kullanılır (Kalaycı, 2014).

### **Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)**

Doğrulayıcı faktör analizinde önerilen faktörlerden oluşan (gizil değişkenler) bir modelin gerçek verilerle göstereceği uyumu değerlendirmeyi amaçlamaktadır (Atak, Kapçı, & Çok, 2013). Doğrulayıcı faktör analizi parametrelerin faktörlerle ve faktörlerin de birbirleriyle olan korelasyonların tanımlandığı hipotezleri kurmakla başlamakta ve AMOS, LISREL gibi paket program kullanılarak analizi yapılmaktadır (Büyüköztürk, 2002). Modelin veriye uyumunu tanımlamak için kullanılan yöntemlerden biri ki-kare'nin serbestlik derecesine oranının ( $\chi^2/df$ ) hesaplanmasıdır. Bu oranın 5 ve 5'in altında olması kabul edilebilir bir değerdir (Atak vd, 2013). Model uyumluluğu için kullanılan uyum indekslerinin kabul edilebilir sınır değerleri ve diğer indeksler tabloda gösterilmiştir (Erdoğan, Bayram, & Deniz, 2007):

**Tablo 2.2.** Model Uyumluluğu İçin Kullanılan Değerler ve İndeksler (Erdoğan Bayram, & Deniz, 2007).

Uyum Ölçüleri	İyi Uyum Değerleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri
RMSEA	0.00<RMSEA<0.05	0.05<RMSA<0.10
SRMR	0.00<SRMR<0.05	0.05<SRMR<0.10
GFI	0.95<GFI<1.00	0.90<GFI<0.95
AGFI	0.90<AGFI<1.00	0.85<AGFI<0.90
NFI	0.95<NFI<1.00	0.90<NFI<0.95
CFI	0.95<CFI<1.00	0.90<CFI<0.95
RFI	0.90<RFI<1.00	0.85<RFI<0.90

### 2.3.2.2. Güvenirlik

Ölçümün yapıldığı süreçte ölçüm işleminde tekrarlanabilirlik veya yapılan tekrarlarla elde edilen tutarlılık, güvenilirlik şeklinde açıklanmaktadır. Bir özellik ile ilgili bağımsız ölçümlerin arasında belirlenen kararlılık, olarak da ifade edilebilir (Alpar, 2012). Yapılan her ölçüm için güvenilirlik gerekli olup, bir test veya ankette bulunan sorular arasındaki tutarlılık ve yararlanılan ölçüm aracının ortaya çıkarılmak istenen sorunu ne kadar yansıttığını açıklar. Güvenirlik analizleriyle ilgili yapılan çalışmalarda ölçüm işlemi uygulanırken yararlanılan testlerin, ölçeklerin ya da anketlere yönelik özellikleri ve güvenilirlikleri irdelemek üzere geliştirilen bir yöntem olarak belirtilmektedir. Güvenirlik analizi çalışmalarında kullanılan modeller; "Alfa ( $\alpha$ ) modeli (cronbach alpha), ikiye bölünmüş model, guttman modeli ve kesin paralel yöntemleridir. Güvenirlik hesaplaması yapılırken Cronbach alpha modeli, en sık yararlanılan yöntemlerdendir. Uygulanan bu yöntemle ölçüm aracı yer alan k sorusunun homojen bir yapı özelliği taşıyan bir bütünü ifade edip etmediği belirlenir ve 0-1 rakamları arasında değere sahiptir. Alfa katsayısı doğrultusunda ölçekteki güvenilirlik;  $\alpha < 0,40$  olduğunda ölçeğin güvenilir olmadığı anlaşılır,  $0,40 \leq \alpha \leq 0,60$  arasında ise ölçekteki güvenilirlik az,  $0,60 \leq \alpha \leq 0,80$  arasında bulunuyorsa ölçek güvenirliliği yüksektir,  $0,80 \leq \alpha < 1$  arasındaysa ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu ifade edilir (Kalaycı, 2014). Öteki güvenilirlik belirleme metotları:

**Madde ile bütün arasındaki korelasyonlar yöntemi (item total correlation):** Bir madde ile diğer maddelerin toplamından oluşan bütün arasındaki korelasyon hesaplanmasını gösterir. Bu yöntem ele alınan her maddenin bütün içinde eklenebilir özellik taşıyıp taşımadığını belirtmektedir.

Eğer bir maddenin item total korelasyon katsayısı düşük ise o maddenin ölçme aracından çıkarılması gerektiği yorumu yapılabilir (Özdamar, 2017c).

**Madde silinirse bütün ortalamalarının değişimi yöntemi (means if item deleted):**Herhangi bir maddenin ölçekten çıkarıldığında madde ortalamaları ve standart sapmalarındaki değişimi inceler. Eğer madde silindiğinde ortalama skorda önemli bir değişiklik yoksa o maddenin ölçek için gereksiz olduğu söylenebilir (Özdamar, 2017c).

**Madde silinirse güvenilirlik katsayısı (reliability coefficient if item deleted cronbach alfa):**Değerlendirilen madde ölçüm aracından çıkarıldığında güvenilirlik katsayısının değişimini incelemek sebebiyle faydalanılan bir yöntemdir (Özdamar, 2017c). Genel güvenilirlik katsayısına %5 düzeyinden uzak olan maddeler silinir. Örneğin gerçek güvenilirlik katsayısı 0.80 olsun. Buna göre  $0.80 \times 0.05 = 0.84$  değerini aşan maddelerin silinmesi gerekir (Akar & Aydın, 2016).

### ***2.3.3. Kültürlerarası karşılaştırma***

Bir ölçeği farklı dillere uyarlarken kültürlerarası karşılaştırma yapmak ayrı bir araştırma konusudur. Kültürlerarası karşılaştırmada genellikle ölçüm aracını geliştiren ve uyarlayan araştırmacılar birlikte çalışır (Aksayan & Gözüm, 2002).

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu bölümde çeviri çalışması, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin analizi ve etik izinler ile ilgili bilgiler verilmiştir.

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma; insanların Üst GIS hastalıklarına kolay tanı alabilmelerini belirlemek, Üst GIS Semptom Şiddeti Hasta Değerlendirme Ölçeği'ni Türkçeye uyarlamak, geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla planlanan metodolojik bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri**

Araştırma; İç Anadolu Bölgesi'nin kuzeybatısında, çevresinde Ankara, Bilecik, Kütahya, Sakarya, Düzce, Kocaeli, Afyonkarahisar illeri bulunan, 14 ilçesi olan Eskişehir ilinde yapılmıştır. Yıl ortası nüfusu 2018 yılında 871.187'dir.

Eskişehir ilinde iki devlet hastanesi, bir tanede üniversite hastanesi bulunmaktadır. Bunlar Yunus Emre Devlet Hastanesi, Eskişehir Devlet Hastanesi ve Osmangazi Üniversitesi Eğitim ve Araştırma hastanesidir. Bu çalışma; Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi ve Eskişehir Devlet Hastanesi Gastroenteroloji ve Genel Cerrahi servislerinde yapılmıştır. Genel cerrahi ve gastroenteroloji servislerinde toplam 56 hemşire ve 34 doktor çalışmaktadır. Genel cerrahi servisleri 35 yatak kapasitesine sahip olup, gastroenteroloji servisleri Yunus Emre Devlet Hastanesinde 10 yataklı, devlet hastanesinde ise 20 yataklıdır. Veri toplama işlemi hastanın yatmış olduğu serviste, servis sorumlu hemşiresinin uygun gördüğü, hasta mahremiyetine uygun olan bir ortamda gerçekleştirilmiştir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi ve Eskişehir Devlet Hastanesi Gastroenteroloji ve Genel Cerrahi servisinde yatmakta olan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın amacı doğrultusunda; (Tavşancıl, 2002) ölçek geliştirme çalışmalarında örneklem büyüklüğünün madde sayısının 5 ile 10 katı arasında olması gerektiğini belirtmiştir. 20 sorudan oluşan üst gastrointestinal sistem semptom şiddet ölçeğinin kapsam geçerliği sonucunda madde sayısı değişmemiş ve 20 maddenin 10 katı kadar hasta çalışmaya dâhil edilmiştir. Buna göre araştırmanın örneklemini, Eskişehir ilinde bulunan Yunus Emre Devlet

Hastanesinin Gastroentoloji ve Genel Cerrahi servislerinde tedavi gören hastalardan oluşan rastgele seçilmiş 200 kişi oluşturmaktadır.

### **3.4. Araştırma Kriterleri**

Araştırma kapsamına, araştırmanın gerçeği yansıtmasında, hastaların göstermiş oldukları gastrointestinal sistem semptomlarını ifade etmeleri önemli olduğu düşünülerek;

- ✓ 26.02.2018 ve 31.05.2018 tarihleri arasında Eskişehir Devlet Hastanesi ve Yunus Emre Devlet Hastanesi'nde tedavi gören,
- ✓ 18-75 yaş arasında olan,
- ✓ Gastrointestinal sistem kanseri olmayan,
- ✓ Okur-yazar olan,
- ✓ Bilinci açık ve iletişim problemi olmayan,
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edilmiştir.

### **3.5. Araştırmanın Sınırlılığı**

- ✓ Ölçeğin deneme formunun uygulandığı çalışma grubu Eskişehir Devlet Hastanesi ve Yunus Emre Devlet Hastanesi'nde yatmakta olan hastalar ile sınırlıdır.
- ✓ Ölçeğin deneme formu uzman görüşü öncesi 20, uzman görüşü sonrası ise 18 madde ile sınırlıdır.

### **3.6. Araştırmanın Etik Yönü**

Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti Hasta Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik çalışmasının yapılması için ölçeği geliştiren MAPI Research Trust adlı şirketten yazılı izin alınmıştır (Ek-1).

Veri toplama formlarının uygulanabilmesi için Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulu'ndan yazılı onay alınmıştır (Ek-6). Araştırmaya alınacak hastaların yasal vasilerinden yazılı onam alınmıştır. Örneklemeye alınacak hastalar için araştırmanın amacı açıklandıktan sonra yazılı aydınlatılmış onam alınmış, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilmiş ve yine gönüllülük dayalı katılım sağlanmıştır.

Ölçeğin son hali ölçeğin sahibi MAPI Research Trust adlı şirkete gönderilmiştir.

## 3.7. Veri Toplama Yöntemi

### 3.7.1. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen Hasta Değerlendirme Formu (EK-2) ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılacak olan, 2004 yılında Anne M Rentz ve MAPİ Reseach Trust tarafından geliştirilen Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeği'nin (EK-3) (Rentz vd 2004) kullanılmıştır.

#### 3.7.1.1. Hasta Değerlendirme Formu

Hasta ön değerlendirme formu, hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalığı, psikolojik destek alıp almadığı, gelir durumu, hastalığı hakkında bilgisi gibi tanıtıcı özellikleri içeren 17 sorudan oluşmaktadır (EK-2).

#### 3.7.1.2. Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeği (Patient Assesment Of Upper Gastrointestinal Symptom Severity Index)

Bu başlık altında Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeği'nin orijinaline yönelik bilgiler ve Türkçe'ye uyarlanması kullanılan geçerlilik ve güvenilirlik yöntemleri bulunmaktadır.

##### Ölçeğin Orijinaline Yönelik Bilgiler

Üst gastrointestinal sistem şiddet ölçeği, Anne M Rentz ve Mapi Research Trust tarafından üst gastrointestinal rahatsızlıkları olan hastalarda semptom şiddetinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Skala, 20 adet üst gastrointestinal semptomdan oluşmaktadır. Bu semptomlar; bulantı, öğürtü, kusma, mide dolgunluğu, normal miktarda bir yemeği bitiremememe, yemekten sonra aşırı doyma hissi, iştahsızlık, mide ve karın şişkinliği, üst karın ağrısı, üst karın rahatsızlığı, alt karın rahatsızlığı, gün boyu mide yanması, uzanırken mide yanması, gün boyu göğüste rahatsızlık, gece boyu rahatsızlık, regürjitasyon, ağızda acı asitli ve ya ekşi tattır. Hastalar her semptom için son iki hafta boyunca semptomun ne şiddette olduğunu en iyi belirten numaralar vardır. Eğer semptomu yaşamadıysalar 0, çok hafifse 1, hafif ise 2, orta ise 3, şiddetli ise 4 ve çok şiddetli ise 5 olacak şekilde numaralandırılmış. Yapılan çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0,89-0,91 arasında, tekrar test güvenilirliği 0,82 olarak bulunmuştur (Khoury, 2007). Ölçekten en az 0, en fazla 100 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler üst gastrointestinal sistem

semptomunu içermekte olup, puanın yüksek olması yaşanan sıkıntının çok olduğunu göstermektedir.

Gastrointestinal sistem hastalıklarının tanı alması için birçok ölçek bulunmaktadır. Bunlardan biri de Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeği'dir. Üst gastrointestinal sistem semptom ölçeği bir çok dile uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

### **Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeği 'nin Türkçe'ye Uyarlanmasında Kullanılan Geçerlilik ve Güvenilirlik Yöntemleri**

#### *Geçerlilik Çalışmaları*

Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeği'nin geçerlilik çalışmasında ölçeğin dil eşdeğerliği, içerik geçerliliği (content validity) ve yapı geçerliliği yöntemleri kullanılmıştır.

Dil Eşdeğerliği: araştırmanın ilk aşamasında Türkçe'ye uyarlama çalışmaları için ölçeği geliştiren yazarlardan Anne M Rentz ve MAPİ Research Trust' tan izin alınmıştır (EK-1). Ölçek, Türkçe ve İngilizce' yi iyi bilen ve anadili Türkçe olan mütercim tercüman\* tarafından İngilizce' den Türkçe' ye çevrilmiştir. Tez danışmanı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nedime Köşgeroğlu tarafından ölçeğin Türkçe çevirisi oluşturulmuştur. Ölçek, dil eşdeğerliği için üç Dahili Hastalıkları Hemşireliği, dört Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ve bir tane ölçek geliştirme konusunda uzman olan toplam sekiz kişilik uzman grubunun önerisi dikkate alınarak yeniden düzenlenmiştir. Uzman görüşlerine göre düzenlenen ölçek bir Türk Dili ve Edebiyatı uzmanı tarafından değerlendirilmiştir. Her iki dili iyi bilen bir uzman tarafından Türkçe' den İngilizce' ye geri çevirisi yapılmış ve gastrointestinal sistemi hakkında uzman olan bir kişi tarafından ise ortak İngilizce anket formu oluşturulmuştur. Yeni oluşturulan bu İngilizce anket formu MAPİ Research Trust'a gönderilmiş, geri çevirisi yapılan ölçek ile orijinalinin eşdeğer olduğuna dair onayı alınmıştır.

İçerik Geçerliliği: Üst Gastrointestinal Sistem semptom Şiddet Ölçeği'nin Türkçe formu içerik geçerliliği açısından Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Cerrahi ve Dahili Hastalıkları Hemşireliği, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dahili Hastalıklar ve Halk Sağlığı Hemşireliği'nde görev yapan sekiz öğretim üyesine, ölçekteki her bir maddenin ölçüm değeri ile ilgili olarak: 1= uygun



değil; 2= maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekir; 3= uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor; 4= çok uygun; olmak üzere dört puan üzerinden değerlendirmeleri için verilmiştir (Tezbaşaran 1997, Burns ve Grove 2005). Uzmanların önerileri doğrultusunda ölçeğin tüm ifadeleri tekrar düzenlenmiştir.

Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Hasta Değerlendirmesi Ölçeği'nin güvenilirliğine ilişkin bulgular; madde analizi ve iç tutarlılık analizi olarak verilmiştir.

### **3.7.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Veri toplama araçları araştırmacı tarafından örneklem grubundaki hastalara yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Eskişehir İli Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izin alındıktan sonra (EK-6); 26 Şubat 2018- 31 Mayıs 2018 tarihlerinde araştırmanın asıl uygulaması yapılmıştır. En az 20 en fazla 30 dakika süren hasta görüşmeleri sırasında örnekleme alınan hastalara EK-2 ve EK-3'deki formlar 15 hafta uygulanmıştır.

## **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışma verileri IBM SPSS Statistics 22 ve IBM SPSS Amos 21 programlarına aktararak analizler tamamlanmıştır. Veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ort $\pm$ ss) verilmiştir. Araştırmada ölçme aracı olarak oluşturulan "Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeği"nin ilk olarak kapsam geçerliği incelenmiş olup 10 uzmanın görüşleri istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. İkinci aşamada ölçeğin yapı geçerliği incelenmiştir. Buna göre, ölçeğe doğrulayıcı faktör analizi ve açımlayıcı faktör analizi uygulanmış ve faktör analizi sonucuna göre oluşan boyutlar isimlendirilmiştir. Son aşamada ise ölçme aracı alt boyutlarının güvenilirliğini belirlemek amacıyla Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları incelenmiştir.

### **3.8.1. Ölçeğin Dil Geçerliliği**

Ölçeğin dil geçerliliği için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır.

### 3.8.2. Ölçeğin Kapsam Geçerliliği

Ölçeğin kapsam geçerliliği için Davis Tekniği kullanılmış olup, anlaşılabilirlik puanı 0.80 ve üzeri ölçüt olarak belirlenmiştir. Ön uygulama ile Türkçe kelimelerin anlaşılabilirliği yönünden değerlendirilmesi sağlanmıştır. Bu aşamada uzmanlardan gelen öneriler değerlendirilmiş ve gerekli düzeltmeler yapılarak uzmanlarla fikir alışverişinde bulunulmuştur.

### 3.8.3. Yapı Geçerliliği

Ölçeği'nin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, örneklem yeterliliği için KMO (Measure of Sampling Adequacy) analizi ve örneklem sınama büyüklüğü yani örneklemin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek için ise Barlett's Test of Sphericity analizi yapılmıştır.

### 3.8.4. Ölçeğin Güvenilirliği

Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti Hasta Değerlendirme Ölçeği'nin ölçümcü güvenilirliği için test-tekrar test ile korelasyonlardan veya kovaryanslardan yola çıkılarak yapılmıştır.

### 3.8.5. İç Tutarlılık

Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti Hasta Değerlendirme Ölçeği'nin iç tutarlılığını (homojenliğini) belirlemek için Cronbach Alfa katsayısına bakılmıştır.

## 4. BULGULAR

Çalışmamızda tablo 4.1 incelendiğinde; araştırmaya katılan hastaların %61,5'i (n=123) kadın iken %38,5'i (n=77) erkektir. %76,0'ı (n=152) evli, %24,0'ı (n=48) ise bekârdır. Hastaların %0,5'i (n=1) okur-yazar değil iken %5,0'ı (n=10) okuryazar, %10,5'i (n=21) ilkokul, %24,5'i (n=49) ortaokul,%43,0'ı (n=86) lise ve %16,5'i ise (n=9) üniversite ve üzeri mezundur. %97,0'ının (n=194) sosyal güvencesi var iken %3,0'ının (n=6) güvencesi yoktur.

Hastaların %12,5'i (n=25) memur, %10,5'i (n=21) işçi, %9,5'i (n=19) serbest meslek sahibi iken %29,5'i (n=59) çalışmamakta, %38,0'ı (n=76) ise emeklidir. %9,0'ı (n=18) evde yalnız yaşamakta iken %47,5'i (n=95) eşyle, %26,0'ı (n=52) eşi ve çocuklarıyla, %17,5'i (n=35) ise diğer aile üyeleri ile yaşamaktadır.

Hastaların %32,0'ı (n=64) sigara kullanmakta iken %51,0'ı (n=102) kullanmamakta, %17,0'ı (n=34) ise sigarayı bırakmıştır.%14,0'ı (n=28) alkol kullanmakta iken %83,5'i (n=167) kullanmamakta, %2,5'i (n=5) ise alkolü bırakmıştır. Hastaların %40,5'inin (n=81) yaşamı hareketsiz iken %59,5'inin (n=119) ise hareketlidir.

Hastaların %53,0'ının (n=106) kronik hastalığı var iken %47,0'ının (n=94) ise kronik hastalığı yoktur. Hastaların %49,1'inin (n=52) kronik hastalığı şeker iken %67,9'unun (n=72) yüksek tansiyon, %1,9'unun (n=2) damar tıkanıklığı, %5,7'sinin (n=6) kalp yetmezliği, %22,6'sının(n=24) kronik böbrek yetmezliği, %2,8'inin (n=3) ise diğer hastalıklardır.

Hastaların %59,0'ı (n=118) hastalıkları ile ilgili eğitim almış iken %41,0'ı (n=82) eğitim almamıştır. %87,3'ü (n=103) doktorundan eğitim almış iken %5,9'u (n=7) hemşireden, %32,2'si (n=38) ise diğer kişilerden eğitim almıştır. Hastaların %7,5'i (n=15) psikolojik destek almış iken %92,5'i (n=185) almamıştır. Psikolojik destek alanların %80,0'ı (n=12) depresyon nedeni ile %6,7'si (n=1) öfke kontrolü, %6,7'si (n=1) sigara bırakma, %6,7'si (n=1) ise uyku problemi nedeni ile psikolojik destek almıştır. Hastaların %64,5'i (n=129) her zaman ilaç kullanmakta iken %34,5'i (n=69) çoğu zaman, %1,0'ı (n=2) ise bazen ilaç kullanmaktadır.

Hastaların %26,1'inin (n=52) geliri giderinden az iken %68,8'inin (n=137) geliri giderine denk, %5,0'ının (n=10) geliri giderinden fazladır.

**Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri**

	<b>Kişi Sayısı (n=200)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Yaş (Ort±SS)</b>	52,79±15,394	
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	123	61,5
Erkek	77	38,5
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	152	76,0
Bekâr	48	24,0
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur-Yazar	11	5,5
İlkokul	21	10,5
Ortaokul	49	24,5
Lise	86	43,0
Üniversite ve Üzeri	33	16,5
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	194	97,0
Yok	6	3,0
<b>Meslek</b>		
Memur	25	12,5
İşçi	21	10,5
Serbest Meslek	19	9,5
Çalışmıyor	59	29,5
Emekli	76	38,0
<b>Kiminle Yaşandığı</b>		
Evde Yalnız	18	9,0
Eşimle	95	47,5
Eşim ve Çocuklar	52	26,0
Diğer Aile Üyeleri	35	17,5
<b>Sigara Kullanımı</b>		
Evet	64	32,0
Hayır	102	51,0
Bıaktım	34	17,0
<b>Alkol Kullanımı</b>		
Evet	28	14,0
Hayır	167	83,5
Bıaktım	5	2,5
<b>Yaşamınız hareketsiz mi?</b>		
Evet	81	40,5
Hayır	119	59,5
<b>Kronik Hastalık</b>		
Evet	106	53,0
Hayır	94	47,0

**Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (Devamı...)**

<b>Kronik Hastalıklar (n=106)</b>		
<b>Şeker Hastalığı</b>		
Evet	52	49,1
Hayır	54	50,9
<b>Yüksek Tansiyon</b>		
Evet	72	67,9
Hayır	34	32,1
<b>Damar Tıkanıklığı</b>		
Evet	2	1,9
Hayır	104	98,1
<b>Kalp Yetmezliği</b>		
Evet	6	5,7
Hayır	100	94,3
<b>Kronik Böbrek Yetmezliği</b>		
Evet	24	22,6
Hayır	82	77,4
<b>Diğer</b>		
Evet	3	2,8
Hayır	103	97,2
<b>Hastalık İle İlgili Eğitim</b>		
Evet	118	59,0
Hayır	82	41,0
<b>Evet ise Kim Tarafından (n=118)</b>		
<b>Doktor</b>		
Evet	103	87,3
Hayır	15	12,7
<b>Hemşire</b>		
Evet	7	5,9
Hayır	111	94,1
<b>Diğer</b>		
Evet	38	32,2
Hayır	80	67,8
<b>Psikolojik Destek</b>		
Evet	15	7,5
Hayır	185	92,5
<b>Evet ise (n= 15)</b>		
Depresyon	12	80,0
Öfke Kontrolü	1	6,7
Sigara Bırakma	1	6,7
Uyku Problemi	1	6,7

**Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (Devamı...)**

<b>İlaç Kullanımı</b>		
Her Zaman	129	64,5
Çoğu Zaman	69	34,5
Bazen	2	1,0
<b>Gelir Durumu (n=199)</b>		
Gelir giderden az	52	26,1
Gelir gidere denk	137	68,8
Gelir giderden fazla	10	5,0

#### **4.1. ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM SEMPTOM ŞİDDET ÖLÇEĞİNİN KAPSAM GEÇERLİĞİ**

Üst gastrointestinal sistem semptom şiddet ölçeğinin kapsam geçerliği için 10 uzmanının görüşleri alınmıştır. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Davis (1992) tekniği kullanılmıştır.

Davis tekniğinde, uzman görüşlerini

- (a) Çok uygun
- (b) Uygun ancak küçük değişiklik gerekli,
- (c) Uygun şekilde getirilmesi gerekir,
- (d) Uygun değil, şeklinde dörtlü derecelendirmektedir.

Bu teknikte (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin "kapsam geçerlik indeksi" elde edilmektedir ve 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir. Eğer KGİ değeri 0,80'den büyük ise madde kapsam geçerliği açısından yeterlidir. 0,80'den düşük KGİ'ye sahip maddeler ise çalışmadan çıkarılır. Bu teknikte en az 3 en fazla 20 uzman önerilmektedir.

Kapsam geçerliliğini hesaplamada kullanılan Davis Tekniği ile uzmanların görüşleri alınıp, her bir maddenin Türkçe çevirisinin oluşturulmasında uzmanların görüşleri alınmıştır. Ek-8'de belirtilen uzmanların her bir madde için düzeltmeleri göz önüne alınmıştır. Madde 1'in çevirisinde 10 uzmanın 6'sı uygun dediği ve 2 uzman sadece uygun şekilde getirmesi gerektiği konusunda düzeltme vermişlerdir. Bu doğrultuda madde 1' in çevirisinde; mide bulantısı (kusacakmış ya da istifra edecekmiş gibi mide bulantısı hissetme olarak düzeltilmiştir. Uzman görüşü sonucunda madde 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 16, 17 ve 20'inci maddelerin çevirisinde değişiklik

olmamıştır. Madde 10, 11, 12 ve 13' ün çevirisinde hastaların bölgeleri tam olarak kavrayamamasını engellemek için uzman görüşü sonucunda bölgeyi gösteren resim ölçeğe eklenmiştir. Gün içinde hissedilen regürjitasyon veya reflü (midemizden boğazınıza sıvı çıkması) olarak çevirdiğimiz Madde 18, uzman görüşü sonucunda Gün boyunca regürjitasyon veya reflü (midemizden boğazınıza sıvı gelmesi) şeklinde düzeltilmiştir. Madde 19 ise, Yatarken/uzanırken regürjitasyon veya reflü (midemizden boğazınıza sıvı gelmesi) olarak değiştirilmiştir.

Kapsam geçerlik indekslerinin elde edilmesine ilişkin sonuçlar Tablo 2'de verilmiştir. Toplam 10 uzmanın belirtmiş oldukları görüşler üzerinden her bir maddenin kapsam geçerlik indeksleri hesaplanmıştır.

Tablo 4.2' de görüldüğü gibi Madde 1' in kapsam geçerlik indeksi 0,80, Madde 14, 15, 18 ve 19'un kapsam geçerlik indeksleri 0,90 ve diğer maddelerin indeksleri ise 1,00'dir. Buna göre, 20 maddenin de kapsam geçerlik indeksi 0,80'den yüksek olduğu için hasta değerlendirmesinde madde çıkarılması gerekmemektedir.

10 uzmanın üst gastrointestinal sistem semptom şiddeti göstergesi hasta değerlendirme maddeleri ile ilgili görüşleri Tablo 4.2'deki gibidir;

**Tablo 4.2. Uzman Görüşlerinin Dağılımı ve Kapsam Geçerlilik İndekslerinin Elde Edilmesi**

Madde No	(1) Uygun değil	(2) Uygun şekle getirilmesi gerekir	(3) Uygun ancak küçük değişiklik gerekli	(4) Çok uygun	KGİ
Madde 1	0	2	2	6	0,80 <sup>+</sup>
Madde 2	0	0	4	6	1,00 <sup>+</sup>
Madde 3	0	0	0	10	1,00 <sup>+</sup>
Madde 4	0	0	1	9	1,00 <sup>+</sup>
Madde 5	0	0	1	9	1,00 <sup>+</sup>
Madde 6	0	0	2	8	1,00 <sup>+</sup>
Madde 7	0	0	0	10	1,00 <sup>+</sup>
Madde 8	0	0	3	7	1,00 <sup>+</sup>
Madde 9	0	0	3	7	1,00 <sup>+</sup>
Madde 10	0	0	2	8	1,00 <sup>+</sup>
Madde 11	0	0	4	6	1,00 <sup>+</sup>
Madde 12	0	0	3	7	1,00 <sup>+</sup>
Madde 13	0	0	4	6	1,00 <sup>+</sup>
Madde 14	0	1	4	5	0,90 <sup>+</sup>
Madde 15	0	1	4	5	0,90 <sup>+</sup>
Madde 16	0	0	1	9	1,00 <sup>+</sup>
Madde 17	0	0	1	9	1,00 <sup>+</sup>
Madde 18	0	1	6	3	0,90 <sup>+</sup>
Madde 19	0	1	5	4	0,90 <sup>+</sup>
Madde 20	0	0	1	9	1,00 <sup>+</sup>

KGİ= Kapsam Geçerlilik İndeksi



#### 4.1.1. Madde-Toplam Korelasyonu

Ölçek taslağında yer alan madde ölçütlerinin özellikler açısından kişileri ayırt etmede ne kadar yeterli olduğunu belirlenmesi amacıyla yapılan işlemler sonucunda 200 hastadan elde edilen veriler üzerinde madde-toplam korelasyonu hesaplanmıştır. Sonuçlar Tablo 4.3' te yer almaktadır. Madde-toplam korelasyon katsayıları incelendiğinde sadece Madde 9, 10 ve 11'in istatistiksel olarak anlamlı olduğunu söyleyebiliriz. Elde edilen bu sonuçlara göre ölçekten madde çıkarılması uygun olmadığı için bir sonraki aşamada ölçeğin yapı geçerliliği incelenmiştir.

**Tablo 4.3. Ölçek Taslağının Madde Toplam Korelasyonu**

Madde	r	Madde	r	Madde	r	Madde	r
1	0,104	6	0,071	11	0,387*	16	0,095
2	0,006	7	0,024	12	0,210	17	0,260
3	0,037	8	0,272	13	0,102	18	- 0,041
4	0,162	9	0,367*	14	0,223	19	- 0,120
5	0,073	10	0,589*	15	0,068	20	- 0,208

\*:p<0,05

#### 4.2. ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM SEMPTOM ŞİDDET ÖLÇEĞİNİN YAPI GEÇERLİĞİ

Yapı geçerliği, ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği doğru ve tam olarak ölçebilme derecesini belirlemek için kullanılır (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2014, s. 245). Ölçeğin yapı geçerliğini incelemek için çok sayıdaki değişkenlerin küçük gruplar ya da yapılar altında toplanmasını sağlayan faktör analizi uygulanmaktadır. Faktör analizi, esas olarak veri azaltmak ve özetlemek için kullanılan genel bir addır. Faktör analizinin genel amacı, verilerin arasındaki ilişkileri kolayca yorumlanabilir ve anlaşılabilir bir şekilde özetlemek ve değişkenleri yeniden gruplandırmaktır. Zaman kazanmak ve yorumları daha kolaylaştırmak için değişkenleri küçük bir set

halinde azaltmak için kullanılır. Faktör analizinde birçok matematiksel karmaşık sayı ve faktörlerin önemini belirlemek için kullanılan kriterler bulunmaktadır. Dik ve eğik olmak üzere iki tür döndürme yaklaşımı vardır. Eğik döndürme(örneğin, oblik ve promax) ilişkili faktörleri içerir, dik döndürme (örn; varimax ve quartimax) ise ilişkisiz faktörleri içerir. Faktör analizinin yorumlanması döndürülmüş faktör yüklerine dayanmaktadır ve sıklıkla dik döndürme yaklaşımı kullanılmaktadır.

Açımlayıcı faktör analizi çok sayıdaki değişkenin altında yatan temel yapıları ya da boyutları (faktörleri) ortaya çıkarmak amacıyla yapılır. Değişkenler arasındaki ilişkiye dayalı olarak bir değişken (ya da madde) herhangi bir faktörle ilişkili olabilir ve ondan yük alabilir. Açımlayıcı faktör analizinde belirli bir ön beklenti ya da deneme olmaksızın faktör ağırlıkları temelinde verinin faktör yapısı belirlenir. Doğrulayıcı faktör analizi ise belirli değişkenlerin bir kuram temelinde önceden belirlenmiş faktörler üzerinde ağırlıklı olarak yer alacağına dair bir ön beklentinin test edilmesine dayanır. Bu nedenle, analizde yer alacak değişkenler hipotezler doğrultusunda seçilerek bu değişkenlerin istenilen faktörlerde ne oranda yer aldıklarına bakılır. AFA'da kaç adet faktörün beklendiği bilinmez iken DFA'da faktör sayısı kesin olarak belirtilerek bu test edilir. Bunun en yaygın uygulama alanı, belirli maddelerin önceden belirlenmiş alt boyutlarda (gizli değişkenlerde) bulunması beklenen ölçeklerin faktör yapısını incelemek ve doğrulamaya çalışmaktır (Eroğlu, 2003:181).

#### **4.2.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi**

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), çok değişkenli istatistikî süreçlerdendir. DFA, açımlayıcı faktör analizi (AFA) ile belirlenen yapıların test edilerek geçerliliğinin incelenmesini ya da daha önce yapılmış ölçek belirleme sonuçlarını yeni veri yapıları ile denetleme/doğrulama işlevini yerine getirmektedir. Doğrulayıcı faktör analizinde tündengelim stratejisi söz konusudur ve araştırmanın hangi değişkenlerin birlikte faktörleşeceği önermesi bulunmaktadır. Bu çerçevede başlatılmış olan istatistikî süreçte, değişkenlerin varsayılan kuramsal yapıya ne derecede uyduğu belirlenilmeye çalışılmaktadır (Alpar, 2013: 289).

Teorik olarak tanımlanan yapıya göre ölçüm modeli oluşturulur. Modelin oluşturulmasından sonra DFA yapılır ve metin çıktıları üzerinden model uyum değerleri incelenir. Veri setinin daha önceki yapıyı doğrulayıp doğrulamadığına bakılarak daha iyi uyum değerleri oluşması yönünde kontrol edilir. Ancak genel beklenti kuramsal olarak birbirleriyle ilişkili olan boyutlardan oluşturulan ilişkisiz modelin uyum değerlerinin iyi çıkmayacağı

yönündedir. Analiz değerlerinin faktör yapısını doğrulaması gerekmektedir ve faktör yapısı doğrulanan model ile analize devam edilmelidir (Meydan ve Şeşen, 2011: 91-92)

#### **4.2.2. Model Uyum İndeksleri**

Araştırma analizinde kullanılan uyum iyiliği indeksleri ve bunların model uyum iyiliği artırmada nasıl kullanıldıkları aşağıda açıklanmıştır.

#### **4.2.3. Mutlak Uyum İndeksleri**

Mutlak uyum indeksleri, öncü modelin örneklem verisine ne kadar uyduğunu belirlemek için kullanılır (McDonald and Ho, 2002). Önerilen modellerin hangisinin en iyi uyuma sahip olduğunu gösterir. Bu indeksler veri ile modelin uyumunda en temel işaret olarak kabul edilir. Diğer indekslerin hesaplanmasında olduğu gibi bir temel model ile karşılaştırma yapılmaz, modelin başka hiçbir model ile karşılaştırmadan ne kadar uyum sağladığını gösterir (Jöreskog and Sörbom, 1993). Bu kategoride Ki-Kare testi, RMSEA, GFI, AGFI, RMR ve SRMR indeksleri bulunur.

##### **4.2.3.1. Ki-Kare Testi ( $X^2$ )**

Ki-kare değeri tüm modelin uyumunda kullanılan geleneksel ölçüm aracıdır. Uyum kovaryans matrisleri ile örneklem arasındaki uyumsuzluğun düzeyini değerlendirmeye yarar (Hu and Bentler, 1999: 2). Ki-kare istatistiği, uyum kötülüğü veya uyum eksikliği olarak da adlandırılır (Kline, 2005; Mulaik, 1989). Uyum istatistiği olarak bilinmekle birlikte kullanımında birtakım sınırlılıklar bulunmaktadır. Öncelikle bu test çoklu normallik varsayımından hareket eder ve normal dağılımdan ciddi sapmalar olduğunda model çok iyi belirlense bile reddedilmesi sonucu verir (McIntosh, 2006). İkinci olarak, ki-kare istatistiği bir istatistiki önem testidir ve örneklem büyüklüğüne karşı duyarlıdır. Yani, ki-kare istatistiği büyük örneklemelerde neredeyse her zaman modelin reddedilmesi sonucu verir (Bentler and Bonnet, 1980; Jöreskog and Sörbom, 1993). Öte yanda, küçük örneklemelerde güç eksikliği gösterir ve bu nedenle iyi uyum sağlayan ile kötü uyum sağlayan modelleri birbirinden ayıramayabilir (Kenny and McCoach, 2003). Bu kısıtlılıklar nedeniyle ki-kare alternatifleri aranmıştır. Örneklem büyüklüğünün modelin ki-karesi üzerindeki etkisini en aza indiren istatistiklere örnek olarak karşılaştırmalı/kurallı ki-kare verilebilir. Bu istatistiki için kabul eşik değeri üzerinde bir fikir birliği olmamakla birlikte 5 ile 2 arasında olması önerilmektedir (Wheaton et al, 1977; Tabachnick and Fidell, 2007).

#### **4.2.3.2. Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA)**

RMSEA, raporlanan ikinci uyum istatistiğidir. Bilinmeyen ancak optimal seçilen parametre tahminlerini inceleyerek modelin evren kovaryans matrisine uyumunu ölçer (Byrne, 1998). Modelde tahminlenen parametre sayısına duyarlı oluşu nedeniyle en çok bilgilendiren indekslerden biri olarak görülür (Diamantopoulos and Siguaw, 2000: 85). RMSEA sıklık desteklediğinden daha az parametrelili modeli seçer. İyi bir uyum için eşik değerler olarak 0,05 ile 0,10 kabul edilmiştir. 0,10'dan büyük değerler kötü uyum gösterir (MacCallum et al, 1996).

RMSEA'nın en büyük avantajlarından biri yakın değerlerde güven aralığı hesaplanabilmesidir (MacCallum et al, 1996). Bilinen istatistik değerler dağılımı sayesinde bu mümkündür ve sıfır hipotezi (kötü uyum) testinin daha kesin olarak yapılmasına da olanak tanır. İyi bir model uyumunda RMSEA alt değeri 0'a yakın, üst değeri 0,08 den az olmalıdır.

#### **4.2.3.3. Uyum İyiliği İstatistiği (GFI) ve Düzeltilmiş Uyum İyiliği İstatistiği (AGFI)**

Uyum iyiliği istatistiği ki-kare testine alternatif olarak geliştirilmiştir. Evren kovaryansı tahmini üzerinden varyans oranını hesaplar (Tabachnick and Fidell, 2007). Modelin varyanslarına ve kovaryanslarına bakarak modelin gözlenen kovaryans matrisine ne kadar yaklaştığını gösterir (Diamantopoulos and Siguaw, 2000). Örneklem büyüdükçe değeri artar 0 ile 1 arasında değerler alır. Örneklem büyüklüğü ile kıyasla serbestlik düzeyi büyükse GFI düşme eğilimine, parametre sayısı veya örneklem büyüklüğü arttıkça yükselme eğilimine girer (Bollen, 1990; Miles and Shevlin, 1998). Tavsiye edilen eşik değeri 0,90'dır. Faktör yükleri ve örneklem azaldıkça 0,95 daha uygundur.

AGFI uyumu azalan doymuş modellerde serbestlik derecesine göre GFI'nın düzeltilmiş halidir (Tabachnick and Fidell, 2007). AGFI örneklem büyüklüğü arttıkça artma eğilimindedir. 0 ile 1 arasında eşik değerler kabul edilir. Uyumlu modellerde 0,90'dan büyük olması istenir. Her iki indekste tek başlarına yeterli görülmezler ancak kovaryans yapı analizlerinde geçmişten günümüze kullanılırlar (Chau and Hu (2001).

#### **4.2.3.4. Ortalama Hataların Karekökü (RMR) ve Standardize Ortalama Hataların Karekökü (SRMR) İndeksi**

RMR ve SRMR gözlenen ve tahmin edilen kovaryanslar arasındaki farkın kareköküdür. RMR büyüklüğü her bir indikatörün ölçeği üzerinden

hesaplanır. Eğer soru formunda 1 ile 5 arasında ve 1 ile 7 arasında değişen değerler varsa bu durumda RMR nin yorumlanması güçleşir (Kline, 2005). SRMR bu sorunu çözer ve yorumlamayı kolaylaştırır. SRMR 0 ile 1 arasında değerler alır. 0,08 kabul edilebilir bir değerdir ancak iyi uyumlu modelde bu değer 0,05 den küçüktür (Joreskog and Sorbo, 1989; Kline, 1998). SRMR'ın 0 değeri alması mükemmel uyum demektir.

#### **4.2.4.Marjinal Uyum İndeksleri**

Karşılaştırmalı veya göreceli uyum indeksleri olarak da bilinirler. Ki-kare ve onun ham formlarını kullanmayıp ki-kare değerini temel model ile karşılaştırırlar. Bu modellerde sıfır hipotezi, tüm değişkenler arasında ilişki yoktur, şeklindedir (McDonald and Ho, 2002).

##### **4.2.4.1.Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) ve Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI)**

Teori sonucu oluşturulan ve parametre değerleri üretilen modelin, baseline yani olabilecek en kötü modele (genellikle de independence model) kıyasla ne kadar iyi olduğunu değerlendirir. Örneklem büyüklüğüne karşı duyarlıdır. 200'den az örneklerde uyumu düşük gösterir ve tek başına kullanılması önerilmez (Kline, 2005). Daha basit modeller tercih eden NNFI (TLI) bu sorunu düzeltir. Buna rağmen diğer indekslerin iyi uyum verdiği küçük örneklerde NNFI kötü uyum verebilir (Bentler, 1990; Kline, 2005; Tabachnick and Fidell, 2007). NFI 0 ile 1 arasında değerler alır. 0,95'in üzerindeki değerler modelin iyi uyumunu, 0,90'ın üzerindeki değerler ise modelin kabul edilir uyumunu belirtir (Bentler and Bonnet, 1980).

##### **4.2.4.2. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)**

NFI indeksinin örneklem büyüklüğünü dikkate alarak revize edilmiş halidir. Örneklem çok küçük olduğunda bile doğru sonuçlar verdiği için çok yaygın olarak YEM analizlerinde kullanılır. NFI gibi tüm gizil değişkenlerin ilişkisiz (sıfır-bağımsız model) olduğunu varsayar ve örneklem kovaryans matrisiyle sıfır modelini karşılaştırır. 0 ile 1 arasında değerler alır. CFI değerinin 0,95'ten büyük olmasını Bollen and Lennox (1991) önerirken, Bagozzi and Yi (1988) bu değer 0,90 ve hatta 0,80'den büyük olmasının kabul edilebileceğini belirtmiştir.

#### **Raporlanması Gereken İndeksler**

En çok raporlanan uyum indekslerinin CFI, GFI, NFI ve NNFI olduğu bilinmektedir (McDonald and Ho, 2002). Fakat, raporlanacak indekslerin seçiminde değişmeyen bir kural yoktur. İndeksin çok yaygın

kullanılmasından çok farklılık yansıtmasına bakılmalıdır (Crowley and Fan 1997). Farklı yönleri yansıtan indeksler model uyumuna farklı yönlerden bakacağı ve daha sağlam bir uyuma işaret edeceği varsayılmaktadır.

Belirli bir kuramsal temele dayanarak oluşturulmuş, faktör sayısı ve bu faktörler arası ilişkinin belli olduğu modellerin doğrulanması söz konusu olduğundan kültürler arası yapıların karşılaştırılmasında DFA'nın tercih edilmesi gerekmektedir. (Karakuş, Yıldırım, Büyüköztürk, 2016). Çalışmada, primiparların yapı geçerliğini belirlemek için öncelikle özgün ölçekte belirlenen alt boyutlara ve alt boyutlar altındaki maddelerden oluşan modele uygun olarak DFA yapılmıştır. DFA sonuçlarına göre 6 boyutlu modelin örneklem grubumuzda kabul edilebilir uyum göstermediği saptanmış ve AFA uygulanmıştır. Ölçüm Modelinin DFA sonuçları Tablo 4.4'te yer almaktadır.

Tablo 4.4'te 20 madde ve 6 alt boyut ile oluşturulan ölçüm modeli için uyum indeks değerleri yer almaktadır. İlk olarak en yaygın olarak kullanılan uyum indeksi ki-kare ( $\chi^2$ ) uyum iyiliği testi ve p değeri incelenmiştir. Ancak ki-kare değeri örnek büyüklüğüne çok duyarlı olduğundan, model ile veri arasındaki uyumu değerlendirmede bu değer tek başına yeterli değildir. Bu nedenle diğer uyum değerlerine bakılmıştır. Ölçüm modeli için elde edilen uyum indeks değerleri incelendiğinde ise  $\chi^2/sd$ , GFI, AGFI, IFI, TLI, CFI ve RMSEA değerlerinin tamamının kabul edilebilir bir uyum sağlamadığını söyleyebiliriz.

**Tablo 4.4. Ölçüm Modelinin Uyum İndeks Değerleri**

	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Uyumsuz	Elde Edilen Değer	Uyum
$\chi^2/sd$	$\leq 3$	4-5	$> 5$	5,662	Uyumsuz
GFI	$\geq 0,90$	0,89-0,85	$< 0,085$	0,708	Uyumsuz
AGFI	$\geq 0,90$	0,89-0,85	$< 0,085$	0,605	Uyumsuz
NFI	$\geq 0,95$	0,94-0,90	$< 0,090$	0,777	Uyumsuz
NNFI (TLI)	$\geq 0,95$	0,94-0,90	$< 0,090$	0,764	Uyumsuz
CFI	$\geq 0,97$	$\geq 0,95$	$< 95$	0,807	Uyumsuz
RMSEA	$\leq 0,05$	0,06-0,08	$> 0,08$	0,153	Uyumsuz

$\chi^2$ =Ki-Kare  $sd$ =Serbestlik Derecesi

GFI = Uyum İyiliği İndeksi

AGFI = Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi

NFI = Normlaştırılmış Uyum İndeksi

NNFI = Normlaştırılmamış Uyum İndeksi

CFI = Karşılaştırmalı Uyum İndeksi

RMSEA= Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü

#### 4.2.5. Açıklayıcı Faktör Analizi

Faktör Analizi, tüm veri yapıları için uygun olmayabilir. Verilerin, faktör analizi için uygunluğu Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett küresellik (sphericity) testi ile incelenmektedir. KMO katsayısı, veri matrisinin faktör analizi için uygun olup olmadığını ve veri yapısının faktör çıkarma için uygunluğu hakkında bilgi vermektedir. Faktörleşebilirlik (factorability) için KMO'nun 0,60'dan yüksek çıkması beklenirken; Barlett testi, değişkenler arasında ilişki olup olmadığını kısmi korelasyonlar temelinde incelemektedir (Büyüköztürk, 2011: 126).

**Tablo 4.5. Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeğinin KMO Değeri ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları**

Kaiser Meyer Olkin (KMO)		0,869
	X <sup>2</sup>	3514,667
	sd	153
Bartlett Küresellik Testi	p; Anlamlılık düzeyi	0,000***

\*\*\*:  $p < 0,001$

Kaiser Meyer Olkin (KMO) değerinin tablo 4.5 incelendiğinde, 0,869 olarak bulunduğu görülmektedir. Bu değer 0,50'den büyük olması kabul edilebilirken; 0,50 ile 0,70 arasında olması normal; 0,70 ile 0,80 arasında olması iyi; 0,80 ile 0,90 arasında olması çok iyi ve 0,90'dan büyük olması mükemmel bir örneklem büyüklüğü olarak yorumlanabilmektedir. Böylece verilere uygulanacak faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir olacağı görülmektedir. Bartlett Küresellik testi sonucunda ise değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulunduğu ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p < 0,001$ ).

Üst gastrointestinal sistem semptom şiddet ölçeğine Temel Bileşenler yöntemi ile Ortogonalrotasyon çeşidi olan Varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır. 20 maddeden oluşan ölçek, analiz sonucunda 5 alt boyuta ayrılmış ve faktör yükü 0,400'ün altında kalan ve birden fazla boyuta yüklenen maddeler ölçekten çıkartılarak 18 maddeye düşürülmüştür (Çıkan Maddeler: M10, M11). Bu iki madde çıkarılmadan önce olası tüm durumlar denenmiş ancak en uygun sonuç madde 10 ile madde 11 çıkarıldığında bulunmuştur. Amacımız ölçekten az madde çıkararak anlamlı sonuçlar elde

etmek olduğu için bu model ile sadece 2 soru çıkarılmış ve en uygun sonuca ulaşılmıştır.

Varimax döndürme yöntemi ile 5 alt boyuta ayrılan ölçekte alt boyut isimlendirmesi, ana kaynaktaki belirtilen boyut isimlerine bağlı kalmıştır. F1 olarak belirttiğimiz alt boyut regürjitasyon olarak isimlendirilip, madde 17, 16, 14, 15, 18, 19 ve 20'yi kapsamaktadır. F2 ise erken doyma olarak adlandırılıp, madde 4, 9, 6 ve 8'den oluşmaktadır. F3 mide bulantısı/kusma olarak isimlendirilip, madde 1, 2 ve 3'ü içermektedir. F4 alt boyutu ise alt abdominal ağrı olarak adlandırılmış olup, madde 12 ve 13'ü kapsamaktadır. F5 ise şişkinlik olarak isimlendirilip, madde 7 ve 5'i içermektedir. Bu 5 alt boyuta ait açıklama oranları, maddelerin dağılımı ve faktör yükleri aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

**Tablo 4.6. Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeğinin Varyans Açıklama Tablosu**

Faktör	Başlangıç Öz Değerleri			Toplam Faktör Yükleri (Döndürülmüş)		
	Toplam	Açıklanan Varyans %	Birikimli %	Toplam	Açıklanan Varyans %	Birikimli %
F1	8,49	47,19	47,19	4,39	24,39	24,39
F2	2,74	15,23	62,43	3,60	20,01	44,39
F3	1,86	10,33	72,76	3,40	18,91	63,31
F4	1,19	6,60	79,36	2,09	11,59	74,90
F5	1,06	4,23	83,59	1,96	8,69	<b>83,59</b>



Tablo 4.6 incelendiğinde, başlangıç öz değeri 1'den büyük olan 5 faktörün bulunduğu görülmektedir. Faktör yapılarının belirlenmesi için öz değerin kullanılabileceği ve öz değeri (eigenvalue) 1'den büyük olan sayı kadar faktör yapısının olabileceği önerilmektedir. Açıklanan varyans oranı ise ölçeğin faktör yapısının gücünü gösterir. F1 alt boyutu toplam varyansın %24,39'unu, F2 alt boyutu toplam varyansın %20,01'ini, F3 alt boyutu toplam varyansın %18,91'ini, F4 alt boyutu toplam varyansın %11,59'unu, F5 alt boyutu ise toplam varyansın %8,69'unu açıklamaktadır. Alt boyutların birlikte varyans açıklama oranı ise %83,59'dur.

Üst gastrointestinal sistem semptom şiddet ölçeğinin 5 alt boyutunda hangi maddelerin yer aldığı ve her bir maddenin faktör yükü Tablo 4.7'de ayrıntılı olarak incelenmiş ve bütün faktör yüklerinin 0,400'ün üstünde olduğu görülmüştür.

**Tablo 4.7. Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeğinin Alt Boyut Maddelerine İlişkin Faktör Yük Değerleri**

Maddeler	F1	F2	F3	F4	F5
17. Gece (uyurken) göğsünüzde hissedilen rahatsızlık	0,844				
16. Gün içinde göğsünüzde hissedilen rahatsızlık	0,783				
14. Gün içinde mide yanması (göğüs ya da boğaz bölgesini kapsayan/ tariflenen yakıcı ağrı)	0,761				
15. Yatarken/ uzanırken mide yanması (göğüs ya da boğaz bölgesini kapsayan/ tariflenen yakıcı ağrı)	0,746				
18. Gün içinde regürjitasyon veya reflü (midenizden boğazınıza su ya da sıvı gelmesi)	0,737				
19. Yatarken/uzanırken regürjitasyon veya reflü (midenizden boğazınıza su ya da sıvı gelmesi)	0,660				
20. Ağız içinde hissedilen acı, asitli ya da ekşi tat	0,622				
4. Mide doluluğu		0,854			
9. Görünür derecede mide yada göbekte genişleme		0,834			
6. Yemeklerden sonra aşırı doluluk hissetme		0,816			
8. Şişkinlik (giysileri gevşetme ihtiyacı duyma)		0,753			
1. Mide bulantısı (kusacakmış ya da istifra edecekmiş gibi midenizde rahatsızlık hissetme)			0,919		
3. Kusma			0,876		
2. Öğürme (kusacakmış gibi öğürme, ancak hiçbir şeyi çıkarmama)			0,873		
12. Alt abdominalde (göbekten aşağı) ağrı				0,859	
13. Alt abdominalde (göbekten aşağı)rahatsızlık				0,800	
7. İştah kaybı					0,714
5. Normal büyüklükteki bir yemeği bitirememe					0,708

### 4.3. ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM SEMPTOM ŞİDDET ÖLÇEĞİNİN GÜVENİLİRLİK ANALİZİ

Güvenilirlik, elde edilmiş olan ölçümler üzerindeki yorumlar ile daha sonra ortaya çıkabilecek analizler için bir temel teşkil eder. Güvenilirlik Analizi prosedürü ile toplam skorların (puanların) söz konusu olduğu Likert vb. ölçeklerin güvenilirliğini belirleyen katsayılar hesaplanır ve ölçekte bulunan sorular arasındaki ilişkiler hakkında bilgi elde edilir (Kalaycı, 2010: 403). Bir bireyin bir olaya karşı tutum ve davranışları ölçekte bulunan k sayıda soruya verdiği cevapların değerleri (puan, skor) toplanarak bulunuyorsa bu ölçekte bulunan soruların birbirleriyle yakınlıklarının derecesini belirlemek amacıyla güvenilirlik analizi yapılır. K soru bulunduran aracın bütün sorularının bir fenomeni açıklamada yardımcı tipte olması gerekir ve bu durum soruların birbirleri ile yüksek korelasyon göstermelerini gerektirir. Bu korelasyonlardan veya kovaryanslardan yola çıkılarak güvenilirlik ölçüleri geliştirilmiştir (Özdamar, 2002: 663).

**Cronbach Alfa Katsayısı (Alfa Yöntemi):** Alfa katsayısı ölçekte bulunan k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach alfa katsayısı 0 ve 1 arasında değişim göstermektedir ve alfa yöntemi ölçekteki korelasyonlar veya kovaryanslardan yararlanılarak diğer istatistiklerin veya testlerin yapılmasına yardımcı olur (Özdamar, 2002: 663). Bu yöntem ölçekte bulunan k sorunun homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediğini araştırır. Ağırlıklı standart değişim ortalaması olup, bir ölçekteki k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile elde edilir.

Alfa ( $\alpha$ ) katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği aşağıdaki gibidir (Kalaycı, 2010: 405):

$0.00 \leq \alpha \leq 0.40$  ise ölçek güvenilir değil

$0.40 \leq \alpha \leq 0.60$  ise ölçek güvenilirliği düşük

$0.60 \leq \alpha \leq 0.80$  ise ölçek oldukça güvenilir

$0.80 \leq \alpha \leq 1.00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

**Tablo 4.8. Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeği Alt Boyutlarının Güvenilirlik Analizi Sonuçları**

	<b>Madde Sayısı</b>	<b>Cronbach Alfa</b>	<b>Güvenilirlik Düzeyi</b>
F1	7	0,932	Yüksek Derecede Güvenilir
F2	4	0,897	Yüksek Derecede Güvenilir
F3	3	0,914	Yüksek Derecede Güvenilir
F4	2	0,656	Oldukça Güvenilir
F5	2	0,746	Oldukça Güvenilir

Tablo 4.8 incelendiğinde, uygulanan güvenilirlik analizi sonucunda 7 maddeden oluşan "F1" alt boyutunun yüksek derece güvenilir ( $\alpha=0,932$ ), 4 maddeden oluşan "F2" alt boyutunun yüksek derece güvenilir ( $\alpha=0,897$ ), 3 maddeden oluşan "F3" alt boyutunun yüksek derece güvenilir ( $\alpha=0,914$ ), 2 maddeden oluşan "F4" alt boyutunun oldukça güvenilir ( $\alpha=0,656$ ), 2 maddeden oluşan "F5" alt boyutunun oldukça güvenilir ( $\alpha=0,746$ ) olduğu saptanmıştır.

#### **4.4. ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM SEMPTOM ŞİDDET ÖLÇEĞİNİN TEST-TEKRAR TEST GÜVENİLİRLİĞİ**

Test-tekrar test güvenilirliği bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Aynı araştırma aracı aynı deneklere benzer şartlar altında 2 kez uygular. Burada iki ölçüm arasında fazla bir farklılık olmamalıdır.

Test-tekrar test güvenilirliğini belirlemek amacıyla iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır. Bu işlem ile elde edilen korelasyon, testin tekrar güvenilir katsayısını verir. Test puanları sürekli değişken ve eşit aralıklı ölçek nitelikleri taşıdığı için güvenilirliğin bulunmasında genellikle "Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Eşitliği" kullanılmaktadır. Korelasyon katsayısı (r) "0" ile "1" arasında değişen

değerler alabilmektedir. Korelasyon(r) yükseldikçe, ifadenin etkililik düzeyi artar, azaldıkça düşer. Yeteri kadar yüksek bir korelasyon katsayısı, testten elde edilen ölçmelerin kararlılığını ve iki uygulama arasındaki zaman içinde ölçülen nitelikte fazla bir değişme olmadığını gösterir (Karasar 1995).

200 kişiye uygulanan Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeği, bu kişiler içinden seçilen 20 kişiye farklı bir zamanda tekrar uygulanmıştır. Tablo 4.9'da ölçeğin 20 kişi ile zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Katsayısı ile incelenmiş olup her bir alt boyutun ölçüm puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı doğrusal ilişkiler olduğu görülmüştür ( $p<0,001$ ). İlk ve ikinci uygulama puanları arasında yüksek ilişkilerin olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir.

Korelasyon analizi sonucunu sağlamlaştırmak adına, ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı bağımlı örneklem t testi ile incelenmiştir. Tablo 4.10'da uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda test-tekrar testten elde edilen puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.9. Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeğinin Test-Tekrar Test Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılıkları**

Alt Boyutlar	r	p
F1	1,000	0,000*
F2	0,783	0,000*
F3	0,948	0,000*
F4	0,870	0,000*
F5	0,987	0,000*

\*:  $p < 0,001$

$r$ =Pearson Korelasyon Katsayısı

$p$ =Anlamlılık Düzeyi

r	İlişki Düzeyi	İlişki Yönü
0,00	İlişki yok	$r = -$ ise negatif ilişki  $r = +$ ise pozitif ilişki
0,01 – 0,29	Düşük	
0,30 – 0,69	Orta	
0,70 – 0,99	Yüksek	
1,00	Mükemmel ilişki	

**Tablo 4.10. Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddet Ölçeğinin Test-Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

	t	p
F1	0,000	1,000
F2	1,524	0,144
F3	0,960	0,349
F4	-1,584	0,130
F5	0,000	1,000

$t$ =Bağımlı Örneklem T Testi

$p$ =Anlamlılık Düzeyi

## 5. TARTIŞMA

Çalışmada, insanların üst gastrointestinal sistem hastalıklarına kolay tanı alabilmelerini sağlayan, Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti Hasta Değerlendirme Ölçeği'nin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirildi. Çalışmada amaç, Türkçe literatür çalışmalarına özellik olarak doğru, tutarlılık, geçerlilik özelliklerini taşıyan verilere ulaşmayı mümkün kılacak ölçek kazandırmak olarak belirlendi.

Bu bölümde, Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti Hasta Değerlendirme Ölçeği, ölçek uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik analizleriyle ilgili yapılan çalışmalara dair bulgular, dilde geçerlilik sağlanması, kapsamın doğru belirlenmesi, güvenilirlik için test-tekrar test güvenilirliği, iç tutarlılığı belirten güvenilirlik ve yapı geçerliliğinin sağlanması çerçevesinde tartışılmıştır.

### 5.1. Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti Hasta Değerlendirme Ölçeği'nin Dil ve Kapsam Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Geçerlilik, geliştirilen bir ölçme aracının belirlenmek istenen amacı veya değişkeni ölçme seviyesine denilmektedir. Yapılan ölçümün geçerliliğinin olabilmesinin temel koşulu güvenilirlik sağlanmasına karşın, geçerliği garanti etmediği için ölçeğin her kullanımında tekrar denemesi gerekmektedir. Ölçümün her zaman ve her durum için aynı geçerliliği göstermez (Tezbaşaran 1997, Karasar 2012, Erkuş 2003, Gözüm ve Aksayan 2003).

Ölçeklerin geçerlilik çalışmasında başvurulan yöntemlerden ilki dil geçerliliği çalışmasıdır. Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti Hasta Değerlendirme Ölçeği'nin dil uyarlama çalışmasında, anlaşılabilirlik düzeyini artırma ve kavramsallaştırmayı en aza indirmek için dil uyarlamalarında en çok tercih edilen yöntem olan çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır (Aksayan ve Gözüm, 2018).

Ardışıklık yaklaşımı, ölçek çeviri çalışmalarında önemli bir yere sahiptir. Bu yaklaşıma göre, bağımsız çevirmenler ölçeği hedef dile çevirirken, bu çevirmenlerden hariç, başka çevirmenler de ölçeği orijinal dile tercüme işlemi yapmalıdır. Çevirmenlerden elde edilen hedef dildeki taslak ölçek, orijinal ölçekle karşılaştırılarak gerekli düzeltmeler yapılmalıdır (Aksayan ve Gözüm, 2002).

Bu araştırmada, orijinal ölçeğin çevirisi İngilizceyi bilen ve anadili Türkçe olan iki bağımsız tercümanca yapılarak bağımsız bir çevirmen tarafından geri çevirisi yapılmıştır. İngilizce ve Türkçeye çevrilen ölçekte araştırmacı çevirileri kıyaslayarak olması gereken düzeltmeleri yapmıştır. Ortaya çıkan form, bir Türk dili ve edebiyatı uzmanı tarafından Türkçeye uygun şekilde söz dizini ve anlam yapısı yönüyle gerekli incelemeler yapılmış ve düzeltilmiştir.

Literatürde geçerliği sınamaya yönelik birçok ölçüt bulunmaktadır. Kapsam-dil geçerliliği bu ölçütlerden biridir. Kapsam geçerliliği, ölçülmek istenen fenomen/ olayla alakalı özelliklerin tümü ölçekle belirlenebilir olma özelliğidir. Bu amaçla uzman görüşüne başvurmak, kullanılan mantıksal yollardan biridir. Kapsam geçerliği hakkında sıkça tercih edilen teknik Davis ile Lawshe tekniği tekniğidir (Davis, 1992). Davis (1992) tekniği uzman görüşlerini (1) "Uygun değil", (2) "Biraz uygun", (3) "Oldukça uygun" ve (4) "Çok uygun" şeklinde 4'lü derecelendirme uygulanmaktadır. Bu tekniğin uygulanması için (3) ve (4) seçeneğini belirleyen uzman sayısının toplam uzman sayısına oranlanmasıyla maddeye dair "kapsam geçerlik indeksi" oluşturulmaktadır ve bu değeri ölçüt olarak istatistiksel ölçütle kıyaslamaktansa kabul edilebilir ölçüt değeri için 0,80 alınır. Formun sunuş metninde uzmandan beklentiler açıkça belirtilir. Uzmanlara göre maddelerin her biriyle ilgili geçerli ve anlaşılır olduğu konusunda ortak bir karar verme oranlarının %90-100 olması istenir. Uzmanların uyuşma sağladıkları maddeler %70-80 oranındaysa, eleştirildiği noktalara göre tekrar düzenlenerek ölçekte kalması sağlanabilir (Büyüköztürk, 2004).

Yapılan bu araştırmada, Davis tekniği kullanılmıştır. Ölçeğin kapsam geçerliliği için Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti Hasta Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe çevirisi Dahiliye ve Cerrahi Hemşireliği alanında uzmanlaşmış 10 uzmana gönderilmiştir. Uzmanların her birinin maddelerin her birindeki anlaşılabilirliğini irdelemesi istenmiştir. Bu bağlamda maddelerin her biri 1'den 4'e puanlanmıştır (Uygun değil için 1, Biraz uygun seçeneği: 2, Oldukça uygun tercihi: 3, Çok uygun seçeneği: 4). Puanlama yapılırken uygun olarak değerlendirilmeyen maddelere ilişkin uzmanların görüşlerini belirtmeleri istenmiştir. Kapsam geçerliliği analizi yapılmış ve maddelerin anlaşılabilirlik düzeyleri 0.80 ile 1.00 arasında bulunmuştur (Tablo 4.2). Uzman görüşüne göre ölçeğin her bir maddesinin geçerli ve anlaşılır olduğu belirlenmiştir. Uzmanların her maddeye yönelik verdiği puan ve görüşe göre ölçek düzenlenerek ölçeği çeviren uzmanlara gönderilerek görüş alınmıştır. Literatürle uyumlu tüm bu aşamalar sonrasında dil eşdeğerliği sağlanmıştır.



## 5.2. Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti Hasta Değerlendirme Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Güvenilirlik araştırmaları yapılırken ölçeği oluşturan maddelerin birbiri arasındaki ilişki oldukça önemlidir. Bu ilişkinin bulunmasında yararlanılan korelasyon formülleri şunlardır; "Pearson Momentler Çarpımı, Spearman-Brown ve Kuder Richardson 20 veya Cronbach Alfa ile çift seri (bi-serial)" teknikleridir (Davis, 1992).

Cronbach Alfa, devamlı, aralıklı veya ard arda gelen 4 veya 5 tercihli cevaplar kapsayan k maddenin yer aldığı bir ölçeğin sorguladığı fenomeni ölçmedeki gücünü, yetersizliğini ve güvenirliliğini ölçen genel güvenirlilik katsayısıdır. Ölçekteki k maddenin aynı türden bir yapının irdelenmesi veya açıklama getirmek üzere bütünlük sağlayıp sağlamadığı, ölçekle ilgili genel güvenirliliği ortaya koyar (Özdamar, 2017). Analizler neticesinde ulaşılan alfa katsayısı, ölçekteki maddelerin varyanslarının toplam oranının genel varyansa bölünmesiyle elde edilen ağırlıklı standart değişim ortalamasına denilmektedir (Özdamar, 2004). Cronbach alfa katsayısı elde edilen puan toplamının ölçekte yer alan maddelerin her birine ait puanlarının toplanmasıyla ulaşılan ölçeklerdeki maddelerin birbiriyle benzerliğini veya yakınlığını belirleyen bir katsayıdır ve 0 ile 1 rakamları arasında değişmektedir (Albayrak, 2006). Maddeler arasında oluşan negatif ilişki Alfa katsayısının negatif çıkmasına neden olur ve buna bağlı olarak güvenirlilik modeli bozulur (Özdamar, 2017).

Cronbach Alfa katsayısı doğrultusunda ölçekle ilgili güvenirlilik aşağıda gösterilmektedir.  $0.00 \leq \alpha < 0.40$  ise ölçek güvenilir değildir.  $0.40 \leq \alpha < 0.60$  ise ölçeğin düşük güvenirlilik düzeyine,  $0.60 \leq \alpha < 0.80$  ise ölçek oldukça yeterli güvenirlilik düzeyine,  $0.80 \leq \alpha < 1.00$  ise ölçek çok yüksek güvenirlilik düzeyine sahiptir (Özdamar, 2017).

Madde ve bütün arasında oluşan korelasyonlar (Item-Total Correlation), bir maddeyle başka maddelerin toplamından meydana gelen bütün arasındaki korelasyonun hesaplanması işlemine dayanmaktadır. Bu yöntemle değerlendirilen maddenin her birinin bütün içinde eklenebilir özellik gösterip göstermediğini belirtmektedir. Madde-bütün arasındaki korelasyon hesaplamasında katsayı düşük ise söz konusu maddenin kompozit ölçek için düşük katkı sağladığı anlamı çıkmaktadır. Bir maddenin item- total korelasyon hesaplamasında katsayı oranı çok düşük çıkıyorsa söz konusu maddenin ölçme aracında etkisiz bir madde olduğu ve ölçek dışı bırakılmasının uygun olacağı yorumu yapılabilir (Özdamar, 2017).

"Madde silinirse bütün ortalamaların değişimi (Means if Item Deleted)", maddelerden birinin ölçekten silinmesi durumunda kişilerin madde ortalama ve standart sapmalarındaki değişim değerlendirilir. Bu bakış ağısı, incelenen maddenin ölçek açısından öneminin değerlendirilmesini sağlamaktadır. Eğer madde silindiğinde ortalama skorda önemli bir değişme yoksa maddenin ölçeğe katkısının olmadığı, o maddenin ölçek için gereksiz olduğu söylenebilir (Özdamar, 2017).

"Madde silinirse güvenilirlik katsayısı (Reliability Coefficient if Item Deleted)" ise incelenen maddenin ölçekten çıkarılması durumunda, ölçekteki öteki maddelere yönelik güvenilirlik katsayısının belirlenmesi, ölçek konusunda güvenilirlik bakımından değişimlerin incelemesi adına faydalıdır. Bir maddenin ölçekten silinmesindeki alfa katsayısı, ölçekte tüm maddeler için hesaplanan alfa katsayısına bağlı artması durumunda, söz konusu maddenin "güvenirliği azaltan" bir madde olduğu ifade edilir ve bu maddenin ölçekten silinmesi tavsiye edilir (Alpar, 2012).

Korelasyon analizi ve iki değişken arasında ortaya çıkan doğrusal ilişkiyi belirlemek, ilişkinin belirlenmesi durumunda derecesini ölçmek için yararlanılan istatistiksel bir yöntem olarak söylenebilir. Korelasyon sonucunun olumlu ve yüksek çıkması, maddelerin aynı davranışları temsil ettiğine ve iç tutarlık yönüyle yüksek olduğuna işaret eder. Likert tipi derecelendirme ölçeklerinin kullanıldığı testlerde madde ile toplam puan arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkinin ne yönde olduğunu açıklar. Korelasyonu derecelendirirken bazı sınır değerler ölçüt olarak alınmaktadır. Genel olarak korelasyonun 0.30 ve daha yüksek olması beklenir. Ancak 0.20-0.30 arasında kalan maddelerin zorunlu görölmesi durumunda teste alınabileceği veya maddenin düzeltilebileceği, 0.20nin altında kalan maddelerin ise çıkartılması gerektiği belirtilmektedir. Bazı kaynaklara göre ise ölçeğin toplanabilirlik özelliğinin bozulmaması için soru ile bütün arasındaki korelasyon katsayılarının negatif olmaması ve 0.25 değerinden büyük olması beklenir (Büyüköztürk, 2004).

Üst Gastrointestinal Sistem Semptom şiddeti Hasta Değerlendirme Ölçeği'nin güvenilirlik çalışmasında da Cronbach Alfa katsayısı ve madde analizine (Tablo 4.7) bakıldığında ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.80, alt parametrelerin Cronbach Alfa değeri ise 0.74-0.95 arasında bulunmuştur.

Daha önce de belirtildiği gibi güvenilirlik, bir ölçüm sürecinde; "ölçüm işleminin tekrarlanabilirliği/ kararlılığı" ya da "tekrarlardaki tutarlılıktır". Ölçümlerin tutarlılığının değerlendirmek amacı ile üç tür güvenilirlik ölçütü aranabilir. Bunlar;

1. Zamana göre değişmezlik (süreklilik)
2. Bağımsız gözlemciler arası uyum ile
3. İç tutarlılıktır (Alpar, 2012).

Sağlıkla ilgili konularda yaygın bir şekilde yararlanılan güvenilirlik çalışması yöntemleri; gözlemci-içi ve gözlemciler-arası uyum olarak belirtilmektedir. Gözlemci içi uyum, incelenen zaman bağlamında değişmezlik ölçütü, belirlenmemiş bir şeyin aynı şartlarda ve belli bir zaman aralığıyla yapılan ölçümler sonucunda ulaşılan veri grupları arasında gerçekleşen ilişki (korelasyon katsayısı)'ye denilmektedir (Ateş, Öztuna & Genç, 2009). Bu araştırmada, rahatsızlık geçirenlerin durumunda sürekli olarak değişiklik söz konusu olabileceğinden zaman açısından değişmezliğe bakılamamıştır.

Bağımsız gözlemciler arası ise gözlemci sayısının birden çok olması ve aralarında bağımsızlığın söz konusu olmasından dolayı benzer değişkenleri ölçmek için uğraştıkları durumlarda uygulamaya konulan bir güvenilirlik ölçütüdür (Yurdakul,2013). Öteki güvenilirlik ölçütlerinin pratik olmadığı veya uygulamaya konulamadığı hallerde, ölçmenin güvenilirliğini tahmin etmeyi sağlayan en iyi ölçüt olarak belirtilebilir. Bu şekilde gerçekleşen ölçmelerde, birbirinden bağımsız olan gözlem sonuçları yakın ise, ölçekteki güvenilirliğin yüksek olduğu ifade edilebilir (Karasar,2012).

Örnekleme yeterliliğini belirlemede Kaiser-Meyer-Olkin KMO testi kullanılmaktadır. Bulunan katsayı değeri 1.00'e yaklaştıkça mükemmel olmakta, 0.50'nin altında ise kabul edilmemektedir.

Bu araştırmada da, KMO analizi ve Barlett testi yapılmış, buna göre KMO katsayısının 0.869 olduğu, Bartlett testine ilişkin ki-kare değerinin de ileri düzeyde ( $p<0.001$ ) anlamlı olduğu saptanmış, verilerin ve örneklemin uygun ve yeterli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Hastalara verilen bakım kalitesini artırmak, hastaların ihtiyaçlarını daha iyi anlamak ve kolay tanı almalarını sağlamak için üst gastrointestinal sistem semptom şiddeti hasta değerlendirilmesinin yapılabilmesi için bir ölçek belirlenmesi önem taşımaktadır. Türkiye'de rahatsızlıkları olan kişilerde gastrointestinal sistem semptom şiddeti değerlendirmesinin yapılabileceği değişik ölçekler bulunuyorken üst gastrointestinal sisteme ait çok fazla ölçek bulunmamaktadır. Dispepsi, gastroözofageal reflü ve gastroparezi hastalıklarına tanısına yönelik spesifik ölçekler bulunmamaktadır. bu nedenle üst gastrointestinal sistem semptom şiddeti

hasta değerlendirmesi yapılabilmesi açısından Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti Hasta Değerlendirme Ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının bu alandaki açığı karşılayacağı düşünülmektedir.



## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti Hasta Değerlendirmesi Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlamak, Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın sonucunda;

- Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti Hasta Değerlendirmesi Ölçeği'nin çeviri-geri çeviri yöntemi ile dil geçerliliği ve uzman görüşleri ile kapsam geçerliliği sağlanmış olduğu,
- Ölçeğin toplam Cronbach Alfa katsayısının 0.80, alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayılarının ise 0.65-0.93 arasında olduğu (Tablo 4.7),
- Örneklemin yeterli olduğu, (KMO: 0,86, Bartlett's testine ilişkin ki-kare değeri: 3514,667 p: 0.000) (Tablo 4.4 )
- Tüm bu sonuçlara göre Türkçe'ye uyarlanan Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti Hasta Değerlendirmesi Ölçeği'nin hastalar için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır.

## 7.KAYNAKLAR DİZİNİ

Akar, H., Aydın, S. (2016). Öğretim Elemanlarının Mesleki Yeterliklerini Gerçekleştirme Düzeyleri İle Öğrencilerin Akademik Motivasyonu Arasındaki İlişki . *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* , 1344-1352.

Aksayan, S., Gözüm, S. (2003). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber Iı: Psikometrik Özellikler Ve Kültürlerarası Karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi* , 3-12.

Aksayan, S., Gözüm, S. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehberi: Ölçek Uyarlama Aşamaları Ve Dil Uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* , 9-12.

Alpar, R., (2012). *Uygulamalı İstatistik Ve Geçerlilik Ve Güvenirlilik*. 2.Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık

Aşçı, H., Özer, M. K. (2011). Bulantı Ve Kusma İçin Tedavi Önerileri. *S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* , 160-165.

Atak, H., Kapçı, E. G. & Çok, F. (2013). Çok-Yönlü Eylemli Kişilik Ölçeği'nin Türkçe Formunun Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam The Journal Of Psychiatry And Neurological Sciences* , 36-45.

Ateş, C., Öztuna, D., & Genç, Y. (2009). Sağlık Araştırmalarında Sınıf İçi Korelasyon Katsayısının Kullanımı. *Journal Of Bistatistics*; 1-2

Atmaca, N. S. (2015). Dünya'da Ve Türkiye'de Klinik Gastroenteroloji Nasıl Gelişti? Klinik Gastroenterolojide Klasik Dönem. *Güncel Gastroenteroloji* , 333-349.

Aygin, D. (2016). Bulantı Ve Kusma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 44-56.

Bagozzi, R. P., Yi, Y. (1988). On The Evaluation Of Structural Equation Models. *Journal Of The Academy Of Marketing Science*, 16, 74-94.

Baloğlu, N., Karadağ, E. (2008). Öğretmen Yetkinliğinin Tarihsel Gelişimi Ve Ohio Öğretmen Yetkinlik Ölçeği: Türk Kültürüne Uyarlama, Dil Geçerliliği Ve Faktör Yapısının İncelenmesi . *Educational Administration: Theory And Practice* , 571-606.

## **Kaynaklar Dizini(Devam)...**

Başıoğlu, O. K., Vardar, R., Taşbakan, M. S., Uçar, Z. Z., Ayık, S., Köse, T., & Bor, S. (2015). Obstructive Sleep Apnea Syndrome And Gastroesophageal Reflux Disease: The İmportance Of Obesity And Gender. *Sleep Breath*, (2):585-92

Bektaş, M., Çetinkaya, H., Çalışkan, D., Öztaş, E., Akdur, R. & Özden, A. (2007). Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 15 Yaş Üstü Nüfusta Dispepsi Prevalansı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* , 120-126.

Bentler, P. M. (1990). Comparative Fit İndexes İn Structural Models. *Psychological Bulletin*, 107 (2), 238-246. Bentler, P. M.,

Bonett, P. M. (1980). Significance Tests And Goodness Of Fit İn The Analysis Of Covariance Structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588–606.

Boaz, M., Kislov, J., Dickman, R., & Wainstein, J. (2001). Obesity And Symptoms Suggestive Of Gastroparesis İn Patients With Type 2 Diabetes And Neuropathy. *J Diabetes Complications*; 25: 325-328.

Bollen, K. A. (1990). Overall Fit İn Covariance Structure Models: Two Types Of Sample Size Effects. *Psychological Bulletin*, 107(2), 256-259.

Bollen, K., Lennox, R. (1991). Conventional Wisdom On Measurement: A Structural Equation Perspective. *Psychological Bulletin*, 110(2), 305-314.

Bor, S., Vardar, R., Vardar, E., Takmaz, S., & Mungan, Z. (2008). Endoscopic Findings Of Gastroesophageal Reflux Disease İn Turkey (Multicenter Prospective Study Gorhen), *Turkish Journal Of Gastarogenterology*, 19(3):145-51p

Bor, S., Kitapcioglu, G., Solak, Z.A., Ertlav, M., & Erdinc, M. (2010). Prevalence Of Gastroesophageal Reflux Disease İn Patients With Asthma And Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *J Gastroenterol Hepatol*. (2):309-13.

Burns, N., Grove, S. K. (2005). *The Practice Of Nursing Research: Conduct, Critique, And Utilization* (5th Ed.). St. Louis, Mo: Elsevier.

## Kaynaklar Dizini(Devam)...

Büyüköztürk, Y. D. (2002). Faktör Analizi: Temel Kavramlar Ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. *Kuram Ve Uygulamada Eğitim Yönetimi* , 470-483.

Büyüköztürk, Ş. (2011). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*,16.Baskı. Ankara: Pegem Akademi.

Byrne, B. M. (1998). *Structural Equation Modeling With Lisrel, Prelis And Simplis: Basic Concepts, Applications And Programming*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Chau, P. K., Hu, P. H. (2001). Information Technology Acceptance By Individual Professionals: A Model Comparison Approach. *Decision Sciences*, 32(4), 699–719.

Choung, R. S., Locke, G. R., & Schleck, C. D. (2012). Risk Of Gastroparesis İn Subjects With Type 1 And 2 Diabetes İn The General Population. *Am J Gastroenterol*; 107: 82-88.

Crowley, S. L., Fan, X. (1997). Structural Equation Modeling: Basic Concepts And Applications İn Personality Assessment Research. *Journal Personality Assessment*, 68(3), 508-31.

Doi:10.1207/S15327752jpa6803\_4

Çakır, Ö.Ö., Çizmecioğlu, A., Bıyık, M., Çifçi, S., Ataseven, H., Polat, H., & Demir A. (2018). Konya İl Merkezinde Gastroözefageal Reflü Hastalığı Prevelansı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* , 2-11.

Çapık, C., Gözüm, S. & Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil Ve Kültür Uyarlaması: Güncellenmiş Rehber. *Florense Nightingale Hemşirelik Dergisi* , 199-210.

Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik Spss Ve Lisrel Uygulamaları*, 3.Baskı. Ankara: Pegem Akademi.

Dabak, M. R., Bayramiçi, O. U. (2015). Dünya'da Gastroözofagial Reflü Hastalığının Epidemiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji* , 219-224.



## Kaynaklar Dizini(Devam)...

Damiano, A., Siddique, R., Xu, X., Johanson, J., & Sloan, S. (2003). Reductions In Symptom Distress Reported By Patients With Moderately Severe, Nonerosive Gastroesophageal Reflux Disease Treated With Rabeprazole. *Digestive Diseases And Sciences*, 44(4), 657–662.

Davis, L. L.(1992). "Instrument Review: Getting The Most From A Panel Of Experts". *Applied Nursing Research*, 5, 194-197.

Deniz, K. Z. (2007). Psikolojik Ölçme Aracı Uyarlama. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* , 1-16.

Dent, J., El-Serag, H.B., Wallander, M.A., & Johansson, S. (2005). Epidemiology Of Gas- Trooesophageal Reflux Disease: A Systematic Review. *Gut*; 54: 710-7.

Dereli S. Y., Kızılkaya N. B. (2013). Prenatal Bağlanma Envanteri'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16: 2

Diamantopoulos, A., Siguaw, J. A. (2000). *Introducing LISREL: A guide for structural equation modeling*. London, California, New Delhi: Sage Publications Ltd.

El-Serag, H. B., Sweet, S., Winchester, C. C., & Dent, J. (2014). Update On The Epidemiology Of Gastro-Oesophageal Reflux Disease: A Systematic Review. *Nih Public Access Author Manuscript*, 871–880.

Enweluzo, C., Aziz, F. (2013). Gastroparesis: A Review Of Current And Emerging Treatment Options. *Clinical And Experimental Gastroenterology*, 161-165.

Ercan İ., Kan İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik Ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* , 211-216.

Erefe, İ. (2002). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç Ve Yöntemleri (Pp. 169–188). İstanbul: Odak Ofset.

Erdoğan Y, Bayram S. & Deniz L. (2007). Web Tabanlı Öğretim Tutum Ölçeği: Açıklayıcı Ve Doğrulayıcı Faktör Analizi Çalışması . *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* , 1-12.

Ergin Y., D. (1995). Ölçeklerde Geçerlik Ve Güvenirlik . *M.Ü.Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi* , 125-148.

## Kaynaklar Dizini(Devam)...

Erişti, S. D. B. (2013). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2750 Açıköğretim Fakültesi Yayını.

Eroğlu, E. (2003). Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Yapısal Eşitlik Modeli İle Analizi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Harun, C. M., Şeşen, H. (2015). *Yapısal Eşitlik Modellemesi Amos Uygulamaları*. Ankara: Detay Yayıncılık.

Hasler, W. L. (2012). Gastroparesis. *Curr Opin Gastroenterol* ;28: 621-8

He, J., Ma, X., & Zhao, Y. ( 2010). A Population-Based Survey Of Epidemiology Of Symptom-Defined Gastroesophageal Reflux Disease: The Systematic Investigation Of Gastrointestinal Diseases In China, *Bmc Gastroeneterolgy*, 10, 94.

Hu, L., Bentler, P. (1999). Cutoffcriteriafor Fit İndices İn Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus Newalternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.

Jöreskog, K. G. (1989). *Lisrel-7 User'sreferenceguide*. Mooresville, In: *Scientific Software*. Mooresville, In: Scientific Software.

Jöreskog, K. G., Sörbom, D. (1993). *Lisrel 8: Structural Equation Modeling With The Simplis Command Language*. Chicago, Il, Us; Hillsdale, Nj, Us: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Jung, H. K., Choung, R. S., & Locke, G. R. (2009). The İncidence, Prevalence, And Outcomes Of Patients With Gastroparesis İn Olmsted County, Minnesota, From 1996 To 2006. *Gastroenterology*;136:1225-33.

Kamin, R. A., Nowicki, T. A., Courtney, D. S., Powers, R. D. (2003). Pearls And Pitfalls İn The Emergency Department Evaluation Of Abdominal Pain. *Emerg Med Clin North Am*; 21(1): 61.

Kalaycı, Ş. (2014). *Spss Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri: Asil Yayınları*

## Kaynaklar Dizini(Devam)...

Kalaycı, Ş. (2010). Spss Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. 5. Baskı. Ankara: Asil Yayın Dağıtım

Karadakovan, A., Aslan, F. E. (2011). *Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Sindirim Sisteminin Değerlendirilmesi (S.673-685)*, 2.Baskı. Adana: Nobel Kitabevi.

Karakuş, S. Ş., Yıldırım, H. & Büyüköztürk, Ş. (2016). Üç Faktörlü Yeme Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Taf Preventive Medicine Bulletin* , 229-237.

Karasar, N. (2012). Bilimsel Araştırma Yöntemi (17. Baskı). *Ankara: Nobel Yayın Dağıtım*, 81-83.

Kashyap, P., Farrugia, G. (2010). Diabetic Gastroparesis: What We Have Learned And Had To Unlearn İn The Past 5 Years. *Nih Public Access Author Manuscript* , 1716–1726.

Kaya, N., Aştı, T. (2008). Sağlık Bakımında Bilgisayar Kullanımına Yönelik Tutum Ölçeğinin Güvenirlik Ve Geçerliği [Validity And Reliability Of Turkish Version Of The Pretest For Attitudes Toward Computers İn Healthcare Assessment Scale]. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 16(61), 24–31.

Kaya, N., Turan, N. (2011). Reliability And Validity Of Constipation Severity Scale. *Turkiye Klinikleri Journal Of Medical Sciences*, 31(6), 1491–1501.

Kaysı, A., Molvalılar, S. (2001). *İç Hastalıkları (Semioloji) (Ed.)*, *Sindirim Sistemi İçinde* (S. 251-309). İstanbul: Alfa Yayıncılık

Khoury, V. (2007). Patient Assessment Of Gastrointestinal Symptom Severity İndex. France: Mapi Research Trust.

Kline, R. B. (1998). *Methodology İn The Social Sciences. Principles And Practice Of Structural Equation Modeling*. New York, Ny, Us: Guilford Press.

Kline, R. B. (2005). *Methodology İn The Social Sciences. Principles And Practice Of Structural Equation Modeling (2 B.)*. New York, Ny, Us: Guilford Press.

## Kaynaklar Dizini(Devam)...

Lukens, T. W., Emerman, C., & Effron, D. (1993). The Natural History And Clinical Findings İn Undifferentiated Abdominal Pain. *Ann Emerg Med*; 22(4): 690.

Knutsson, A., Boggil, H. (2010). Gastrointestinal Disorders Among Shift Workers. *Scandinavian Journal Of Work Environment And Health*, 36(2), 85–95.

Koğar, E. Y., Aygun, B. (2015). Temel Eğitimden Orta Öğretime Geçiş Sınavı (Teog)'Nın Matematik Temel Alanına Ait Testlerin Kapsam Geçerliğinin İncelenmesi. *Pegem Eğitim Ve Öğretim Dergisi*, 667-680.

Köksal, A. ř., Oğuz, D. & Özden, A. (2008). Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastalarda Dispepsi Görölme Sıklığı. *Akademik Gstroenteroloji Dergisi* , 11-17.

Maccallum, R. C., Browne, W. M., & Sugawara, H. M. (1996). Power Analysis And Determination Of Sample Size For Covariance Structure Modeling. *Psychological Methods*, 1(2), 130-149.

Mccoach, B. D., Kenny, D. A. (2003). Effect Of The Number Of Variables On Measures Of Fit İn Structural Equation Modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 10(3), 333-351.

Mcdonald, R. P., Ho, M. H. (2002). Principles And Practice İn Reporting Structural Equation Analyses. *Psychological Methods*, 7, 64-82.

Mcintosh, S. (2006). Further Analysis Of The Returns To Academic And Vocational Qualifications. *Oxford Bulletin Of Economics And Statistics*(68), 225-251.

Modlin, I. M., Moss, S. F. (2008). Symptom Evaluation İn Gastroesophageal Reflux Disease. *J Clin Gastroenterol* , 558-563.

Moshkowitz, M., Horowitz, N., Halpern, Z. & Santo, E. (2011). Gastroesophageal Reflux Disease Symptoms: Prevalence, Sociodemographics And Treatment Patterns İn The Adult Israeli Population. *World Journal Of Gastroenterology* , 1332-1335.

Mulaik, S.A., James, L.R., Van Alstine, J., Bennet, N., Linda, S., & Stilwell, C.D. (1989). Evaluation Of Goodness-Of-Fit İndices For Structural Equation Models. *Psychological Bulletin*, 105, 430-445.

## Kaynaklar Dizini(Devam)...

Mungan, Z., Demir, K., Onur, D., Göral V, Boztaş G, Bozışık F, & Yıldırım B. (1999). Characteristics Of Gastroesophageal Reflux Disease İn Our Country. *The Turkish Journal Of Gastroenterology*, 10(2), 101-6

O'brien, M. C. (2011). Acute Abdominal Pain In: Tintinalli Je, Stapczynski J. S., Ma O. J , Cline D. M., Cydulka R. K., & Meckler G. D. Editors. *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*. 7th Ed. United States Of America: Mc Graw Hill; 519-27.

Okçu, N., Çiftel, S. (2016). Gastroözefageal Reflü Hastalığı. *Güncel Gastroenteroloji* , 161-168.

Özaslan, E. (2004). Dispepsi. *İç Hastalıkları Dergisi* , 217-230.

Özcan, C., Oral, S. S., Öksüz, E., Kut, A. & Erdal, R. (2012). Genç Erişkinlerde Dispepsi Yakınmasının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Smyrna Tıp Dergisi* .

Özdamar, K. (2002). Paket Programlar İle İstatistiki Veri Analizi-1, 4. Baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir.

Özdamar, K. (2017a). Açıklayıcı Faktör Analizi. In K. Özdamar (Ed.), *Eğitim, Sağlık Ve Davranış Bilimlerinde Ölçek Ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi* (Pp. 134-160). Eskişehir: Nisan Kitabevi.

Özdamar, K. (2017b). Geçerlik Ve Güvenirlik. In K. Özdamar (Ed.), *Eğitim, Sağlık Ve Davranış Bilimlerinde Ölçek Ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi* (Pp. 72-88). Eskişehir: Nisan Kitabevi.

Özdamar, K. (2017c). Güvenirlik Ve Madde Analizi. In K. Özdamar (Ed.), *Eğitim, Sağlık Ve Davranış Bilimlerinde Ölçek Ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi* (Pp. 112-132). Eskişehir: Nisan Kitabevi.

Özdamar, K. (2017d). Ölçek Geliştirme. In K. Özdamar (Ed.), *Eğitim, Sağlık Ve Davranış Bilimlerinde Ölçek Ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi* (Pp. 39-40). Eskişehir: Nisan Kitabevi.

Özden, A. (2012). Dispepsi. *Güncel Gastroenteroloji* , 272-282.

Özden, A. (2012). Fonksiyonel Dispepsi. *Güncel Gastroenteroloji* , 283-290.

Özden, A. (2017). Roma Iv-2016, Dispepsi Tedavisine Yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji* , 19-24.

## Kaynaklar Dizini(Devam)...

Parkman, H. P., Yates, K., Hasler, W. L. (2011). Similarities And Differences Between Diabetic And İdiopathic Gastroparesis. *Clin Gastroenterol Hepatol*; 9: 1056-1064.

Parkman, H. P., Mccallum R. W. (2012).Gastroparesis. Erişim: [https://Books.Google.Com.Tr/Books?Hl=Tr&Lr=&İd=E2t1vl8wezyc&Oi](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=E2t1vl8wezyc&oi)

Patrick, L. (2011). Gastroesophageal Reflux Disease (Gerd): A Review Of Conventional And Alternative Treatments. *Alternative Medicine Review* , 116-133.

Pollard, M. (2012). Evidence-Based Care For Breastfeeding Mothers: A Resource For Midwives And Allied Healthcare Professionals: Routledge

Rentz, A. M., Kahrilas, P. (2004). Development And Psychometric Evaluation Of The Patient Assessment Of Upper Gastrointestinal Symptom Severity İndex (Pagi-Sym) İn Patients With Upper Gastrointestinal Disorders. *Quality Of Life Research* , 1737-1749.

Saberi, H.R., Moravveji A. R. (2010). Gastrointestinal Complaints İn Shift-Working And Day-Working Nurses İn Iran. *Journal Of Circadian Rhythms*, 2-4.

Savaşır, I. (1994). Ölçek Uyarlamasındaki Sorunlar Ve Bazı Çözüm Yolları. *Türk Psikoloji Dergisi* , 27-32.

Shevlin, M., Miles, J. V. (1998). Effects Of Sample Size, Model Specification And Factor Loadings On The Gfi İn Confirmatory Factor Analysis. *Personality And Individual Differences*, 25, 85-90. doi:10.1016/s0191-8869(98)00055-5

Song, J. H., Han, Y. M., Kim, W. H., Park, J. M., Jeong, M., Go, E. J., Hong, S. P., Hahm, K. B. (2016). Oxidative Stress From Reflux Esophagitis To Esophageal Cancer: The Alleviation With Antioxidants, *Free Radical Research*, 50(10):1071-1079

Şenol, A., Koçkar, M. (2008). Disfaji. *Yeni Tıp Dergisi* , 76-79.

Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5.B.). New York: Allynand Bacon.

## Kaynaklar Dizini(Devam)...

Talley, N. J., Quan, C. (2002). Review Article: Helicobacter Pylori And Nonulcer Dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* , 58-65.

Tavşancıl, E. (2005) Tutumların Ölçülmesi Ve Spss İle Veri Analizi" Nobel Basımevi 2. Basım, Ankara, 224s

Tezbaşaran, A. (1997) "Likert Tipi Ölçek Geliştirme", Türk Psikologlar Derneği Yayınları, İkinci Baskı, Ankara, 54s.

Uyanıkoğlu A., Ermiş F., Akyüz F. & Mungan Z. (2013). Gastroözefageal Reflü Hastalığı. *Güncel Gastroenteroloji* , 39-45.

Uyanıkoğlu, A., Coşkun, M., Binici, D. N., Kibar, Y. İ., Tay, A. & Öztürk, Y. (2011). Erzurum Yöresi Gastroskopi Ve Patoloji Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol* , 70-74.

Üçbilek, E., Oğuz, D., & Sezgin, O. (2015). Yaşlıda Gastrointestinal Sorunlar. *Güncel Gastroenteroloji* , 11-19.

Yalçın, M. S., Kara, B. (2015). Diyabetin Gastrointestinal Sistem Komplikasyonlar. *Güncel Gastroenteroloji* , 255-260.

Yılmaz, D. (2014). Acil Servise Epigastrik Ağrı İle Başvuran Hastalarda Ultrasonografinin Yeri, Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yönem, O., Sivri, B., & Özdemir, L. (2013). Gastroesophageal Reflux Disease Prevalance İn The City Of Sivas. *Turk J Gastroenterol*;24:303-10.

Yurdugül, D. H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliliğin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. *Xiv. Ulusal Eitim Bilimleri Kongresi Pamukkale Üniversitesi Eitim Fakültesi*, 1-6.

Yurdakul, A. (2013). *Vergi Ahlâkı Ve Vergi Ahlâkını Belirleyen Faktörlerin Analizi: Bursa İli Örneği*. Dora, 2013.

Yücel, Y., Aktümen, A., Aydoğan, T., Uyanıkoğlu, A., Şeker, A., Gözeneli, O., Özgönül, A., Terzi, A. & Uzunköy, A. (2016). Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi: 7703 Olgunun Retrospektif Analizi. *Endoskopi Gastrointestinal* , 1-3.

Wheaton, B. M. (1977). Assessing Reliability And Stability İn Panel Models. D. Heise İçinde, *Sociological Methodology* (S. 84-136). San Francisco: Jossey-Bass.

## Kaynaklar Dizini(Devam)...

Widmaier, E. P., Raff, H. & Strang, K. (2014). *Vander İnsan Fizyolojisi: Vücut Fonksiyon Mekanizmaları* (13.Baskı). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

World Health Organization (Who). (2017). Process Of Translation And Adaptation Of Instruments. Retrieved From [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/)





# EKLER DİZİNİ

EK-1



hasret topalı <hasrettopali@gmail.com>

---

## RE: ePROVIDE™: Request #94451 PAGI-SyM Turkish

---

Regina Taitukova <RTaitukova@mapigroup.com>

13 Eylül 2017 15:44

Alici: "hasrettopali@gmail.com" <hasrettopali@gmail.com>

Dear Hasret,

We have received the signed user and translation agreements. Thank you. Could you please send all documents related to translation of the PAGI-SYM into Turkish to me directly? There's no need to submit new request in ePROVIDE.

I have attached the original English version of the PAGI-SYM and the Linguistic Validation guidelines that contain a detailed information on how to organize translation work.

Please let me know if there are any questions.

Kind regards,

Regina

Regina Taitukova

Information Resources Specialist, Mapi Research Trust

27 rue de la Villette, 69003 Lyon FRANCE

Tel: [+33 \(0\) 4 27 44 58 67](tel:+33(0)427445867)

[RTaitukova@mapigroup.com](mailto:RTaitukova@mapigroup.com)

**De :** Regina Taitukova

**Envoyé :** Monday, July 24, 2017 3:19 PM

**À :** 'hasrettopali@gmail.com'

**Objet :** RE: ePROVIDE™: Request #94451 PAGI-SyM Turkish

Dear Hasret,

I saw that you have submitted new request 94696 ePROVIDE to be able to obtain the right to translate/ validate the PAGI-SYM in Turkish language.

In order to do the validation please complete and sign the attached agreements. Once they have been signed, please email their scanned copies to me.

Once I receive the scanned copy of the agreement, I'll email the original scale and the Linguistic Validation guidelines that contain a detailed information on how to organize the validation process.

Please let me know if you have any questions.

Kind regards,

Regina

Regina Taitukova

Information Resources Specialist, Mapi Research Trust

27 rue de la Villette, 69003 Lyon FRANCE

Tel: [+33 \(0\) 4 27 44 58 67](tel:+33(0)427445867)

[RTaitukova@mapigroup.com](mailto:RTaitukova@mapigroup.com)

**De :** Regina Taitukova

**Envoyé :** Friday, July 21, 2017 3:33 PM

**À :** [hasrettopali@gmail.com](mailto:hasrettopali@gmail.com)

**Objet :** RE: ePROVIDE™: Request #94451 is New

Dear Hasret,

Thank you for your interest in the PAGI-SYM.

If your study is not funded, you may download the questionnaire free of charge from our [website](#) (please go to the online distribution section located at the bottom of the page). Also please see attached the detailed instructions.

Please let me know if you have any questions.

Kind regards,

Regina

Regina Taitukova

Information Resources Specialist, Mapi Research Trust

27 rue de la Villette, 69003 Lyon FRANCE

Tel: [+33 \(0\) 4 27 44 58 67](tel:+330427445867)

[RTaitukova@mapigroup.com](mailto:RTaitukova@mapigroup.com)

Please visit <http://mapigroup.com/eventscalendar/category/webinars/list/> for our free Author's Webinars!

Upcoming Webinars:

- [MAF - Multidimensional Assessment of Fatigue - September 20<sup>th</sup>, 2017](#)
- [KPPS - King's Parkinson's Disease Pain Scale – September 21<sup>st</sup>, 2017](#)
- [QIDS - Quick Inventory of Depressive Symptomatology– November 15<sup>th</sup> 2017](#)
- [DAD - Disability Assessment for Dementia - December 7<sup>th</sup>, 2017](#)
- [PACT-Q - Perception of Anticoagulant Treatment Questionnaire - Thursday, February 6<sup>th</sup>, 2018](#)

De : [noreply@mapi-trust.org](mailto:noreply@mapi-trust.org) [<mailto:noreply@mapi-trust.org>]

Envoyé : Wednesday, July 19, 2017 10:31 PM

À : [hasrettopali@gmail.com](mailto:hasrettopali@gmail.com)

Objet : ePROVIDE™: Request #94451 is New

Dear User,

We have received your request with the following details:

### Request

- **Type of request** : (not defined)
- **Status** : New
- **Subject** : approval
- **Description** : Dear Ma'am, Good day. I am a graduate student in the department of nursing surgery diseases in Osmangazi University/ Eskişehir. I am currently in the thesis phase. I would like to make the Turkish validity and reliability of the upper gastrointestinal system symptom severity scale (PAGI-SYM) in my thesis. I have been with PhD. Kathleen Wyrich and Dennis Revicki for the PAGI-SYM. But they said they were not authorized and They directed you. Rejoice if you help me.
- **Instruments** :

- PEGI-SYM - Patient Assessment of Gastrointestinal Disorders Symptom Severity Index
- **Languages (Start typing country name then select language) :**  
Turkish for Turkey, Turkish for the USA
- **Mode of administration :** No information

## My address

ertuğrulgazi mah. damar sokak no:71 tepebaşı/ eskişehir  
26150 eskişehir  
Turkey

## Request information

- **PO Number :** 05347058822

We'll handle your request within 2 business days. If it is very urgent, please specify so that we can process and respond within your timelines.

If you have any questions, you may refer to our [FAQs](#).

Best regards,

## 2 eklenti

 **PAGI\_SYM\_AU2.1\_standard\_eng-USori.doc**  
59K

 **LV\_Guidance\_Academics\_Generic.pdf**  
207K

## EK-2

### HASTA TANILAMA FORMU

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi, Hemşirelik yüksek lisans programına devam etmekteyim. “Üst Gastrointestinal Semptom Şiddet Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenirliliğinin Değerlendirilmesi” amacıyla planladığım çalışmamda yer alan soruların cevapları bireysel değerlendirilmeyip, genel bir değerlendirme ile bilimsel bir amaca hizmet etmek için kullanılacaktır ve veriler gizli kalacaktır. Bu çalışmada sadece bilimsel amaç esas alınmıştır. Katılımınız için teşekkür ederim

#### 1. Cinsiyetiniz:

1.  Kadın

2.  Erkek

#### 2. Yaşınız:.....:

#### 3. Eğitim durumunuz nedir?

1.  Okur-Yazar Değil

2.  Okur-Yazar

3.  İlkokul

4.  Ortaokul

5.  Lise

6.  Üniversite Üzeri

#### 4. Medeni Durumunuz Nedir?

1.  Evli

2.  Bekar

#### 5. Sosyal güvenceniz var mı ?

1.  Evet

2.  Hayır

#### 6. İş-mesleki durumunuz nedir ?

1.  Memur

2.  işçi

3. ( ) Serbest Meslek

4. ( ) Çalışmıyor

5. ( ) Emekli

**7. Kiminle birlikte yaşamaktasınız ?**

1. ( ) Evde Yalnız

2. ( ) Eşimle

3. ( ) Eşim Ve Çocuklar

4. ( ) Diğer Aile Üyeleri ( Gelin,Torun v.b.)

**8. Sigara kullanıyor musunuz ?**

1. ( ) Evet ( Kaç Yıldır, Günde Kaç Adet; Belirtiniz ):.....

2. ( ) Hayır

3. ( ) Bıraktı ( Ne Kadar Süredir Kullanmıyorsunuz? Belirtiniz):.....

**9. Alkol kullanıyor musunuz?**

1. ( ) Evet

2. ( ) Hayır

3. ( ) Bıraktı

**10. Yaşamınız hareketsiz mi?**

1. ( ) Evet

2. ( ) Hayır

**11. Kronik hastalığınız var mı? ( Şeker hastalığı, tansiyon, kalp ile ilgili rahatsızlıklar, böbrek yetmezliği gibi hastalıklar)**

1. ( ) Evet

2. ( ) Hayır

**12. Evet ise olanı işaretleyiniz.**

1. ( ) Diabetes Mellitus (Şeker Hastalığı)

2. ( ) Hipertansiyon (Yüksek Tansiyon)

3. ( ) Periferik Arter Hastalığı (Damar Tıkanıklığı)

4. ( ) Kalp Yetmezliği
5. ( ) Kronik Böbrek Yetmezliği
6. ( ) Diğer

**13. Hastalığınız ile ilgili eğitim aldınız mı?**

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

**14. Evet ise kim tarafından aldınız.**

1. ( ) Doktor
2. ( ) Hemşire
3. ( ) Eczacı
4. ( ) Diğer....

**15. Psikolojik destek aldınız mı?**

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

**16. Evet ise açıklayınız.**

**17. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?**

1. ( ) Her Zaman
2. ( ) oğu Zaman
3. ( ) Bazen
4. ( ) Hiçbir Zaman

**18. Ailenizin gelir durumu aşağıdakilerden hangisidir?**

- 1.( ) Gelir giderden az
- 2.( ) Gelir gidere denk
- 3.( ) Gelir giderden fazla

## EK-3

### PAGI-SYM

---

This questionnaire asks you about the severity of symptoms you may have related to your gastrointestinal problem. There are no right or wrong answers. Please answer each question as accurately as possible.

For each symptom, please *circle the number* that best describes how *severe* the symptom has been during the past 2 weeks. If you have not experienced this symptom, circle 0. If the symptom has been very mild, circle 1. If the symptom has been mild, circle 2. If it has been moderate, circle 3. If it has been severe, circle 4. If it has been very severe, circle 5. Please be sure to answer every question.

Please rate the severity of the following symptoms during the past 2 weeks.

	None	Very Mild	Mild	Moderate	Severe	Very Severe
1. nausea (feeling sick to your stomach as if you were going to vomit or throw up)	0	1	2	3	4	5
2. retching (heaving as if to vomit, but nothing comes up)	0	1	2	3	4	5
3. vomiting	0	1	2	3	4	5
4. stomach fullness	0	1	2	3	4	5
5. not able to finish a normal-sized meal	0	1	2	3	4	5
6. feeling excessively full after meals	0	1	2	3	4	5
7. loss of appetite	0	1	2	3	4	5
8. bloating (feeling like you need to loosen your clothes)	0	1	2	3	4	5
9. stomach or belly visibly larger	0	1	2	3	4	5
10. upper abdominal (above the navel) pain	0	1	2	3	4	5
11. upper abdominal (above the navel) discomfort	0	1	2	3	4	5
12. lower abdominal (below the navel) pain	0	1	2	3	4	5



Please rate the severity of the following symptoms during the past 2 weeks.

	None	Very Mild	Mild	Moderate	Severe	Very Severe
13. lower abdominal (below the navel) discomfort	0	1	2	3	4	5
14. heartburn (burning pain rising in your chest or throat) during the day	0	1	2	3	4	5
15. heartburn (burning pain rising in your chest or throat) when lying down	0	1	2	3	4	5
16. feeling of discomfort inside your chest during the day	0	1	2	3	4	5
17. feeling of discomfort inside your chest at night (during sleep time)	0	1	2	3	4	5
18. regurgitation or reflux (fluid or liquid from your stomach coming up into your throat) during the day	0	1	2	3	4	5
19. regurgitation or reflux (fluid or liquid from your stomach coming up into your throat) when lying down	0	1	2	3	4	5
20. bitter, acid or sour taste in your mouth	0	1	2	3	4	5

## EK-4

### ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM SEMPTOM ŞİDDETİ GÖSTERGESİ HASTA DEĞERLENDİRMESİ

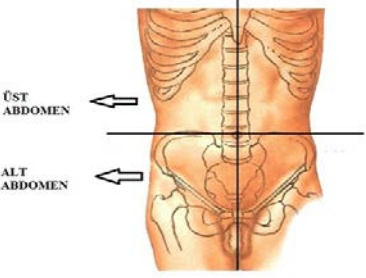
Bu anket, gastrointestinal sorununuzla ilgili olarak sahip olabileceğiniz belirtilerin şiddetiyle ilgili sorular sormaktadır. Doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır. Lütfen her soruyu mümkün olduğunca doğru yanıtlayınız.

Her bir belirti için; lütfen son iki haftadır belirtinin ne kadar *şiddetli* olduğunu en iyi ifade eden *rakamı daire içine alınız*. Herhangi bir belirti yaşamadıysanız, 0'ı daire içine alınız. Belirti oldukça hafifse, 1'i daire içine alınız. Belirti hafifse, 2'yi daire içine alınız. Orta şiddetteyse, 3'ü daire içine alınız. Şiddetliyse 4'ü daire içine alınız. Oldukça şiddetliyse 5'i daire içine alınız. Lütfen her soruyu yanıtladığınızdan emin olunuz.

Lütfen aşağıda yer alan belirtilerin son ikihaftadır ne kadar şiddetli olduğunu değerlendiriniz.

	Yok	Oldukça Hafif	Hafif	Orta	Şiddetli	Oldukça Şiddetli
1. Mide bulantısı (kusacakmış ya da istifra edecekmiş gibi midenizde rahatsızlık hissetme)	0	1	2	3	4	5
2. Öğürme (kusacakmış gibi öğürme, ancak hiçbir şeyi çıkarmama)	0	1	2	3	4	5
3. Kusma	0	1	2	3	4	5
4. Mide doluluğu	0	1	2	3	4	5
5. Normal büyüklükteki bir yemeği bitirememe	0	1	2	3	4	5
6. Yemeklerden sonra aşırı doluluk hissetme	0	1	2	3	4	5
7. İştah kaybı	0	1	2	3	4	5
8. Şişkinlik (giysileri gevşetme ihtiyacı duyma)	0	1	2	3	4	5
9. Görünür derecede mide ya da göbekte genişleme	0	1	2	3	4	5

Lütfen aşağıda yer alan belirtilerin son iki haftadır ne kadar şiddetli olduğunu değerlendiriniz.

	Yok	Oldukça Hafif	Hafif	Orta	Şiddetli	Oldukça Şiddetli
10. Alt abdominalde (göbekten aşağı) ağrı	0	1	2	3	4	5
						
11. Alt abdominalde (göbekten aşağı) rahatsızlık	0	1	2	3	4	5
12. Gün içinde mide yanması (göğüs ya da boğaz bölgesini kapsayan/tariflenen yakıcı ağrı)	0	1	2	3	4	5
13. Yatarken/uzanırken mide yanması (göğüs ya da boğaz bölgesini kapsayan/tariflenen yakıcı ağrı)	0	1	2	3	4	5
14. Gün içinde göğsünüzde hissedilen rahatsızlık	0	1	2	3	4	5
15. Gece (uyurken) göğsünüzde hissedilen rahatsızlık	0	1	2	3	4	5
16. Gün içinde regürjitasyon veya reflü (midenizden boğazınıza su ya da sıvı gelmesi)	0	1	2	3	4	5
17. Yatarken/uzanırken regürjitasyon veya reflü (midenizden boğazınıza su ya da sıvı gelmesi)	0	1	2	3	4	5
18. Ağız içinde hissedilen acı, asitli ya da ekşi tat	0	1	2	3	4	5



**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**  
**BAŞKANLIĞI**

**Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL**  
(Başkan)  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Uğur BİLGE**  
(Başkan Yardımcısı)  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Özlem ÖRSAL**  
(Raportör)  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Biyostatistik Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Anatomi Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Timuçin KAŞIĞOĞLU**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı /  
Romatoloji Bilim Dalı

**Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Ömer KILIÇ**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı /  
Çocuk Enfeksiyon Hast. Bilim Dalı

**Doç. Dr. Batu Can YAMAN**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi  
Restoratif Diş Tedavisi  
Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Bekir YAŞAR**  
Genel Cerrahi Uzmanı

**Av. Önder CAN**  
Avukat

**Etik Kurul Sekreterliği**  
Aysun SERTTAŞ  
Makbule SARICICEK  
Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

Sayı: 80558721/G - 329  
Konu: Karar – Yüksek Lisans Öğr. Hasret TOPALI

20 Aralık 2017

**Sayın Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU**  
**Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi**  
**Hemşirelik Anabilim Dalı**

Sorumlu Araştırmacısı olduğunuz “*Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Belirti Şiddeti Ölçeğinin Geçerlilik ve Güveniriliği*” başlıklı çalışma hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.  
Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

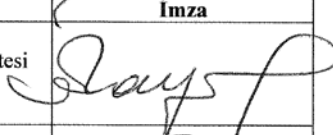
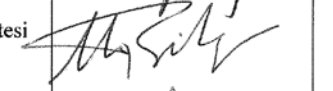
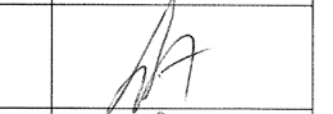
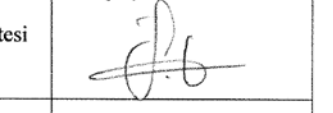
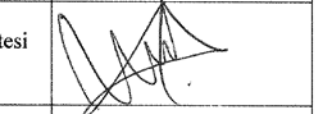
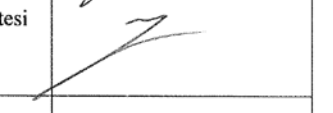
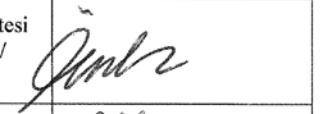
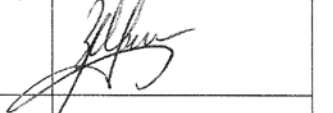
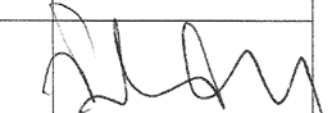
  
**Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL**  
Etik Kurul Başkanı  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**  
**KARAR FORMU**

<b>Başvuru Tarihi:</b> 17.10.2017	<b>Çalışmanın Başlığı:</b> "Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Belirti Şiddeti Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliliği" <b>Çalışmacılar:</b> Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı - Prof.Dr.Nedime KÖŞGEROĞLU (Yüksek Lisans Tez Danışmanı), Yüksek Lisans Öğrencisi Hasret TOPALI (Yüksek Lisans Tez Sahibi)
<b>Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi:</b> 31.10.2017	<b>Sonuç:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Araştırmaya ilişkin başvuru formlarında Birim Doktoru ve Birim Sorumlu Hemşiresi olarak belirlenmiş ancak isim ve imza olmayan başvuru formlarının tamamlanması gerekmektedir.</li><li>2. Aydınlatılmış Gönüllü Olur Formlarında "...eğer katılımcı çocuksa bu araştırma hakkında anlayacağı şekilde bilgilendirme yapılacak, araştırmaya katılım için rızası alınacaktır" ifadesi yer almaktadır. Araştırmaya dahil olacak gönüllülerin yaş grupları netleştirilmeli, çocuk yaş grubu için Pediatri Popülasyonda yapılacak araştırmalara ilişkin etik kılavuz dikkate alınarak Aydınlatılmış Onam Formunun ayrıntılı olarak hem çocuk yaş grupları hem de yetişkin yaş grubu için yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.</li><li>3. Hasta Tanılama Formunun hastalar tarafından yanıtlanabilir olması için yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir.</li></ol>
<b>Çalışmacılardan gelen düzeltme metni tarihi:</b> 17.11.2017	<b>Prof.Dr.Nedime KÖŞGEROĞLU (Yüksek Lisans Tez Danışmanı) ve Yüksek Lisans Öğrencisi Hasret TOPALI (Yüksek Lisans Tez Sahibi)'nin yazısı</b> "Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Belirti Şiddeti Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliliği" başlıklı proje ile ilgili olarak 31 Ekim 2017 tarihli 80558721/G-302 sayılı görüşlere göre ilgili eksiklikler düzenlenmiş olup ekte sunulmuştur. Saygılarımızla <ol style="list-style-type: none"><li>1. Araştırmaya ilişkin başvuru formlarında birim doktoru ve birim sorumlu hemşiresi olarak belirlenmiş olup, isim ve imzaları başvuru formunda tamamlanmıştır.</li><li>2. Aydınlatılmış gönüllü olur formundan "...eğer katılımcı çocuksa bu araştırma hakkında anlayacağı şekilde bilgilendirme yapılacak, araştırmaya katılım rızası alınacaktır" ifadesi çıkarılmış olup yeniden düzenlenmiştir (EK-2). Araştırmaya dahil olacak gönüllülerin yaş grubu, 18-75 yaş aralığı</li></ol>

	<p>olarak belirlenmiştir.</p> <p>3. Hasta tanılama formunun hastalar tarafından yanıtlanabilir olması için yeniden düzenlenmiştir (EK-3). Hastaların anlamadığı sorular olursa tarafımızdan açıklanacaktır.</p>
<p><b>Çalışmanın değerlendirildiği ikinci toplantı tarihi:</b></p> <p>12.12.2017</p>	<p><b>Sonuç:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hasta haklarına uyum zorunludur.</li><li>2. Gönüllülerin sağlığı, hakları ve güvenliği dikkate alınması gereken en önemli hususlardır. Bu hususlar bilimin ve toplumun çıkarlarından daha önde gelir.</li><li>3. Bilgi gizliliğinin sağlanması gereken en önemli durumlardan biri görüşmeler esnasındaki gizliliklerdir.</li><li>4. Gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken bütün tedbirler alınmalıdır.</li><li>5. Araştırmacılar İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (2015), Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi (2013)'ni imzalamış bu imza ile sorumluluğu kabul ettiklerini beyan etmişlerdir.</li><li>6. Araştırmacıların yetkin ve bu araştırma için yeterli oldukları anlaşılmaktadır.</li></ol>
<p><b>Karar Tarihi:</b></p> <p>12.12.2017</p> <p><b>Karar No: 04</b></p>	<p>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Prof.Dr.Nedime KÖŞGEROĞLU (Yüksek Lisans Tez Danışmanı) sorumluluğunda yürütülen “<i>Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Belirti Şiddeti Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliliği</i>” başlıklı çalışmanın yapılmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.</p> <p>Araştırmacılara başarılar dileriz.</p>

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Unvanı/Adı/Soyadı	Kurumu	İmza
1 Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL (Başkan)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
2 Doç. Dr. Uğur BİLGE (Başkan Yardımcısı)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
3 Doç. Dr. Özlem ÖRSAL (Raportör)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	
4 Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyostatistik Anabilim Dalı	
5 Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı	
6 Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	
7 Prof. Dr. Timuçin KAŞIFOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı / Romatoloji Bilim Dalı	
8 Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
9 Doç. Dr. Ömer KILIÇ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/ Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı	
10 Doç. Dr. Batu Can YAMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı	
11 Prof. Dr. Bekir YAŞAR	Genel Cerrahi Uzmanı	
12 Av. Önder CAN	Hukuk	



T.C.  
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 28345694-604.02  
Konu : Bilimsel Araştırma İzni/ Hasret  
TOPALI

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 04.01.2018 tarihli ve 22205031-799-E.3 sayılı yazınız  
b) 05.01.2018 tarihli ve 56761182-799-E.2 sayılı yazınız

Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi personellerinden araştırmacı Hasret TOPALI nın "Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Belirti Şiddeti Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği" konulu çalışması, Müdürlüğümüzün Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonunda görüşülmüş olup, söz konusu bilimsel araştırmanın Eskişehir Devlet Hastanesi ve Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi'nde yapılması uygun görülmüştür.  
Bilgi ve Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr. Seydi Ahmet GÜLLÜ  
İl Sağlık Müdürü a.  
Personel ve Destek Hizmetleri  
Başkanı

**EKLER:**  
1- Komisyon Kararı  
2- Protokol

**DAĞITIM:**  
Eskişehir Devlet Hastanesi  
Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi  
Sayın Hasret TOPALI

Kırmızı Toprak Mahallesi Atatürk Caddesi No:39 (Yunus Emre Devlet Hastanesi İki Eyül Binası) 26000 Odunpazarı /Eskişehir  
Faks No:02223351540

e-Posta:Murat.Pekozcan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Bilgi için: M. PEKÖZCAN Tel: 02223351510

Bilgi için:Murat PEKÖZCAN

Unvan:Mühendis

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 67123a51-b547-4bc0-96a4-a695f7f74fa4 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanama göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



 Sağlık Bakanlığı	<b>ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ</b> <b>BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ</b> <b>DEĞERLENDİRME FORMU</b>	Doküman No	EGT.FR. 18
		Yayın Tarihi	02.05.2014
		Revizyon Tarihi	01.12.2017
		Revizyon No	01
		Sayfa No/Sayfa Sayısı	1/1

Araştırma Sahibinin	Adı-Soyadı	Hasret TOPALI
	Kurumu	Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi
Araştırma Yapılacak İl/İller	Eskişehir	
Araştırmanın Yapılacağı Sağlık Tesisi	Eskişehir Devlet Hastanesi-Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi	
Araştırmanın Konusu	"Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Belirti Şiddeti Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği"	
Araştırmanın Statüsü	Girişimsel olmayan Klinik Araştırma (Yüksek Lisans Tezi)	
Ön İzin Formu	<input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok	
Başvuru Evrakları	Kurum Talep Yazısı : <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok Başvuru Formu : <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok Araştırma Yöntemi Örneği: <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok Araştırma Detay Formu : <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok Etik Kurul Kararı : <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok Kurumsal Kimlik Belgesi : <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok	
Araştırmanın Evreni/Örnekleme	Eskişehir Devlet Hastanesi ile Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi Genel Cerrahi ve Gastroentoloji servisinde yatan, 18-65 yaş arası, Gastrointestinal sistem kanseri olmayan, Okur yazar olan, Bilinci açık ve iletişim problemi olmayan, Araştırmaya katılmaya kabul eden hastalar oluşturacaktır. Araştırmaya daha önceden yapılan güç analizi sonucunda 325 hasta rastgele örnekleme yoluyla dahil edilecektir.	
Araştırmanın Yöntemi	- Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu (17 soru) - Üst Gastrointestinal Sistem Semptom Belirti Şiddeti Ölçeği (20 soru üst gastrointestinal semptomdan oluşmaktadır.) Soruların anlaşılabilirliği ve Türk Kültürüne uygunluğu ve test güvenilirliği dört puanlı likert ölçeği kullanarak ilk olarak 25 kişiyle test edilecektir. Daha sonra 325 hasta rastgele örnekleme yoluyla dahil edilecektir.	
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	Ocak 2018-Mayıs 2018	
Görüş İstenilen Birimler		
<b>KOMİSYON GÖRÜŞÜ</b>		
Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü ve Araştırma Sahibi Hasret TOPALI arasında "Araştırmanın Yürütülmesine İlişkin Protokol" imzalanmasını takiben araştırmanın yapılmasına müsaade edilmiştir. Araştırma sonucunun bir örneği Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'ne teslim edilecektir.		
Komisyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.	
Muhalef Üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi:	

21.1.2018

### KOMİSYON

Komisyon Başkanı  
Doç. Dr. Egilim BİLGE  
İl Sağlık Müdürü

Üye

Dr. Gürkhan ÖZBOZ

Halk Sağlığı Uzman Yardımcısı

Üye

Dr. Merve AKBAY

Sağlık Hizmetleri Uzman Yardımcısı

Üye

Uzm. Dr. M. Emin ÇANAKCI

Kamu Hastaneleri Başkan Yardımcısı

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 07123a51-b547-4bc0-9044-90957774244 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanama göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-7

### TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez yazımımın her aşamasında benimle bilgi ve deneyimlerini paylaşan, hoşgörölü ve sabırlı tavırlarıyla rehberlik eden ve desteğini esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım sayın Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROğLU'na,

Benimle birlikte süreci yaşadığı, hoşgörösü, sabrı ve destekleri için aileme ve arkadaşlarıma en içten Őükran ve teşekkürlerimi sunarım.

Hasret TOPALI

Eskişehir,2019



**EK-8****Görüşü Alınan Uzmanlar**

<b>Uzman İsimleri</b>	<b>Üniversiteleri</b>	<b>Anabilim Dalları</b>
Prof.Dr. Ozgul KARAYURT	İzmir Ekonomi Üniversitesi	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Prof.Dr. Türkan ÖZBAYIR	Ege Üniversitesi	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Doç. Dr. Güler Balcı ALPARSLAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	Dahili Hastalıkları Hemşireliği
Doç. Dr. Sevil Guler DEMİR	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Doç. Dr. Rahşan Çevik AKYIL	Adnan Menderes Üniversitesi	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Doç. Dr. Ayşe ÖZKARAMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	Dahili Hastalıkları Hemşireliği
Doç. Dr. Özlem ÖRSAL	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	Ölçek Geliştirme Uzmanı
Yrd. Doç. Dr. Sultan ÖZKAN	Adnan Menderes Üniversitesi	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Dr. Öğr. Gör. Fesun KOŞMAK	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	Batı Dilleri Ve Edebiyatları
Öğr. Gör. Nurcan PARLAKYILDIZ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	Yabancı Diller Bölümü (İngilizce)

## **ÖZGEÇMİŞ**

### **Bireysel Bilgiler**

Adı-Soyadı : Hasret Topalı

Doğum Tarihi Ve Yeri : 15.07.1991- Hatay

Uyruğu : T.C.

Medeni Durumu : Bekar

İletişim Adresleri :Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi

### **Eğitim:**

1997-2005: Atatürkçü Düşünce İlköğretim Okulu

2005-2009: Fatih Anadolu Lisesi

2010-2015: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

### **Yabancı Dil:**

İngilizce

### **Üye Olunan Dernek Ve Kuruluşlar:**

Türk Hemşireler Derneği

### **Mesleki Deneyim:**

2015-Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi'nde halen çalışmaktayım.