

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÇOK BOYUTLU SAĞLIK KONTROL ODAĞI ÖLÇEĞİ A VE B
FORMLARININ TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

Dr. Aysun GÜZEL

**Halk Sağlığı Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2017

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÇOK BOYUTLU SAĞLIK KONTROL ODAĞI ÖLÇEĞİ A VE B
FORMLARININ TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

Dr. Aysun GÜZEL

**Halk Sağlığı Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Sarp Üner

İKİNCİ DANIŞMAN

Doç. Dr. Sevgi TURAN

ANKARA

2017

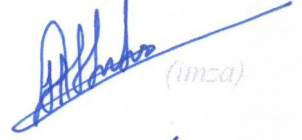
**ÇOK BOYUTLU SAĞLIK KONTROL ODAĞI ÖLÇEĞİ A VE B
FORMLARININ TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

Öğr. Gör. Dr.Aysun GÜZEL

Bu çalışma 06.07.2017 tarihinde jürimiz tarafından “Halk Sağlığı Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

*Prof. Dr. Hakan ALTINTAŞ
(Hacettepe Üniversitesi)*

 (imza)

Tez Danışmanı:

*Prof. Dr. Sarp ÜNER
(Hacettepe Üniversitesi)*

 (imza)

Üye:

*Prof. Dr. Bahar GÜÇİZ DOĞAN
(Hacettepe Üniversitesi)*

 (imza)

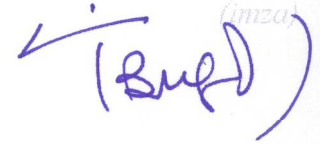
Üye:

*Prof. Dr. Hilal ÖZCEBE
(Hacettepe Üniversitesi)*

 (imza)

Üye:

*Prof. Dr. Birgül PİYAL
(Ankara Üniversitesi)*

 (imza)

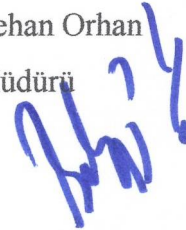
Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

Tarih

25 Temmuz 2017

(imza)

**Prof. Dr. Diclehan Orhan
Enstitü Müdürü**



YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.


○ Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir. *(Bu seçenikle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etseniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)*

● **Tezimin/Raporumun 06.07.2019 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.** *(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)*

○ Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.


○ Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

06.07.2017


Aysun GÜZEL

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanım Prof. Dr. Sarp Üner ve ikinci tez danışmanım Doç Dr. Sevgi TURAN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Dr. Aysun GÜZEL

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasında, ulusal ve uluslararası literatürde sıklıkla rastlanılan genel sağlık durumuyla ilgili bireyin kontrol odağı inancının ölçülmesinde kullanılan “Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A ve B Formlarının” geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır.

Yüksek lisansa başladığım günden itibaren halk sağlığı alanında kendimi geliştirebilmem için benden desteğini esirgemeyen, aynı desteği tez konumun seçimi, planlanması ve sonuçlandırılmasında da gösteren bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yanımda çalışmaktan onur duyduğum sayın hocam Prof. Dr. Sarp Üner’e,

Tez çalışmam sırasında tanışma fırsatı bulduğum ve tezimin araştırılması, yürütülmesi ve analiz edilmesi aşamalarında benimle bilgi ve tecrübelerini paylaşan hoşgörülü ve sabırlı sayın hocam Doç. Dr. Sevgi TURAN’a,

Her zaman yanımda ve bana destek olan eşim Dr. Hakan Güzel’e ve canım aileme,

Çok teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

ÖZET

Güzel A. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A ve B Formlarının Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017. Bu araştırmanın amacı Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği (ÇBSKOÖ) A ve B Formlarının Türkçe geçerlik ve güvenirligini belirlemektir. Araştırma metodolojik tipte epidemiyolojik bir araştırmadır ve Burdur ilinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklem seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemleri arasında yer alan kota örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma örneklemini ÇBSKOÖ A formu örneklem 1 grubu için 275 kişi, örneklem 2 (test tekrar test grubu) için 75 kişi ve ÇBSKOÖ B formu örneklem 1 grubu için 275 kişi, örneklem 2 (test tekrar test grubu) için 75 kişi oluşturmuştur. Araştırmanın veri toplama aşaması 15 Temmuz- 15 Eylül 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, kişisel bilgi formu, “ÇBSKOÖ A Formu” “ÇBSKOÖ B Formu” “İç Dış Kontrol Odağı Ölçeği (İDKOÖ)”ni içeren veri toplama aracı kullanılmıştır. Araştırmada SPSS ve LISREL programları kullanılarak, ÇBSKOÖ A ve B formlarının geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. ÇBSKOÖ A formu özgün şekline yönelik yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizlerinde, örneklem 1 alt boyutları Cronbach alfa değerleri iç kontrol alt boyutu 0,66, şans alt boyutu 0,70 ve güçlü diğer kişiler alt boyutu 0,76 olarak saptanmıştır. ÇBSKOÖ A formu ölçek verileri geçerli ve güvenilir kabul edilmiştir. ÇBSKOÖ B formu özgün şekline yönelik yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizlerinde, seçtiğimiz örneklem grubu için ÇBSKOÖ B formu ölçek verileri geçerli ve güvenilir olarak kabul edilmemiştir. ÇBSKOÖ B formundan sırasıyla 8. 9. 14. 7. ve 1. maddeler çıkartıldığında, örneklem 1 alt boyutları Cronbach alfa değerleri iç kontrol alt boyutu 0,54, şans alt boyutu 0,65, güçlü diğer kişiler alt boyutu 0,64 olarak saptanmıştır. ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddelerin çıkartılması modeli uyum değerlerine yaklaşırsa da geçerli ve güvenilir olarak kabul edilebilecek düzeye ulaştıramamıştır.

Anahtar Kelimeler: Geçerlik ve Güvenirlik, Sağlık kontrol odağı A formu, Sağlık kontrol odağı B Formu.

ABSTRACT

Güzel A. Turkish Validity and Reliability of Multidimensional Health Locus of Control Scale A and Scale B Forms, Hacettepe University Health Sciences Institute Public Health Department Master Degree Thesis, Ankara, 2017. The purpose of this study was to determine the validity and reliability of A and B Forms of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scale in Turkish. The research is an epidemiological research in methodological type and it was conducted in Burdur. The quota sampling method which is among the non-probability sampling methods was used in the sample selection of the study. For MHLC Scale A Form, the study sample was consisted of 275 participants for sample group 1, 75 participants for sample group 2 (test retest group). For MHLC Scale B Form, the study sample was consisted of 275 participants for sample group 1, and 75 participants for sample group 2 (test retest group). The data collection phase of the survey was conducted between July 15 and September 15 of 2016. In the study, a data collection tool which included the personal information form, "MHLC Scale A Form", "MHLC Scale B Form", "Internal-External Locus of Control (IELC) Scale" was used. In the study, validity and reliability analyses of MHLC Scale A and B forms were conducted using the SPSS and LISREL programs. In the validity and reliability analyses of the original MHLC Scale A Form, the subdimensions of sample 1 were determined as 0.66 for internal control subscale, 0.70 for chance subscale, and 0.76 for powerful others subscale of Cronbach's alpha values. The scale data of the MHLC Scale A Form was accepted as valid and reliable. In the analysis of validity and reliability for the original form of MHLC Scale B form, scale data of MHLC Scale B form was not accepted as valid and reliable for the selected sample group. When 8th, 9th, 14th, 7th and 1st items were taken out from MHLC Scale B Form, respectively, sample 1 subscales were determined as 0,54 for internal control subscale, 0,65 for chance subscale, and 0,64 for powerful others subscale of Cronbach's alpha values. Although, the taking out of 1st, 7th, 8th, 9th, and 14th items from the MHLC Scale B Form approximated the model to the compliance values, It didn't reach the acceptable level for validity and reliability.

Keywords: Validity and Reliability, Health Locus of Control Scale A Form, Health Locus of Control Scale B Form.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1.Araştırmanın Amacı ve Varsayımlar	5
1.1.1. Araştırmanın Amacı	5
1.2.2. Araştırmanın Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1.Tarihsel Gelişim	7
2.2.Kontrol Odağı.....	8
2.3.Sağlık Kontrol Odağı	11
2.4.Çözülmesi Gereken Sorunlar.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1.Araştırmanın Yeri.....	19
3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.3.Araştırmanın Tipi	20
3.4.Araştırmanın Değişkenleri.....	20
3.5.Araştırmanın Veri Toplama Araçları	20
3.6.Veritoplama Araçlarının Uygulanması.....	23
3.7.Araştırmanın İnsan Gücü.....	25
3.8.Verilerin Analizi.....	25
3.8.1. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A ve B Formlarının Değerlendirilmesinde Kullanılan Güvenirlilik Analizleri	26

3.8.2. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A ve B Formlarının Değerlendirilmesinde Kullanılan Geçerlik Analizleri.....	29
3.9.Etik Konular	33
3.10.Araştırmanın İzinleri.....	33
3.11.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33
3.12.Araştırmanın Başlangıç ve Bitiş Tarihleri	34
3.13.Araştırma Bütçesi.....	34
4. BULGULAR.....	35
4.1.Çalışma-1 ve Çalışma-2'ye Katılanların Bazı Özelliklere Göre Dağılımı	35
4.2.Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri.....	40
4.2.1. Güvenirlik Analizleri.....	40
4.2.2. Geçerlik Analizleri.....	45
4.3.Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri.....	53
4.3.1. Güvenirlik Analizleri.....	53
4.3.2. Geçerlik Analizleri.....	58
4.4.Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu 1. 7. 8. 9. ve 14. Maddeler Çıkarıldığında Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri.....	66
4.4.1. Güvenirlik Analizleri.....	67
4.4.2. Geçerlik Analizleri.....	71
5. TARTIŞMA	76
5.1. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Geçerlik ve Güvenirliğine Yönelik Tartışma	78
5.1.1. Güvenirlik Analizlerine Yönelik Tartışma	78
5.1.2. Geçerlik Analizlerine Yönelik Tartışma.....	86
5.2. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu 1. 7. 8. 9. ve 14. Maddeler Çıkarıldığında Geçerlik ve Güvenirliğine Yönelik Tartışma	90
5.2.1. Güvenirlik Analizlerine Yönelik Tartışma.....	91
5.2.2. Geçerlik Analizlerine Yönelik Tartışma	98
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	104
6.1.ÇBSKOÖ A Formu Geçerlik ve Güvenirlik Analizi Sonuçları	104
6.1.1. Güvenirlik Analizi Sonuçları	104
6.1.2. Geçerlik Analizi Sonuçları.....	105
6.2.ÇBSKOÖ B Formu Geçerlik ve Güvenirlik Analizi Sonuçları	106
6.2.1. ÇBSKOÖ B Formu Güvenirlik Analizi Sonuçları	106

6.2.2. ÇBSKOÖ B Formu Geçerlik Analizi Sonuçları.....	108
6.3. Öneriler.....	109
7. KAYNAKLAR.....	111
8. EKLER.....
EK-1: ÇBSKOÖ A ve B Formları Kişisel Bilgi Formu.....
EK-2: İç Dış Kontrol Odağı Ölçeği.....
EK-3: Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu.....
EK-4: Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu.....
EK-5: ÇBSKOÖ A Formu Ankete Katılan Kişileri Bilgilendirme Formu.....
EK-6: ÇBSKOÖ B Formu Ankete Katılan Kişileri Bilgilendirme Formu.....
EK-7: Etik Kurul Kararı.....
EK-8: ÇBSKOÖ A Formu Kullanabilme İzin Yazısı.....
EK-9: ÇBSKOÖ A ve B Formlarını Kullanabilme İzin Yazısı.....
EK-10: İç Dış Kontrol Odağı Ölçeği Kullanabilme İzin Yazısı.....
9. ÖZGEÇMİŞ.....

SİMGELER VE KISALTMALAR

AGFI	Adjusted Goodness of Fit Index
CFI	Comparative Fit Index
ÇBKOÖ	Çok Boyutlu Kontrol Odağı Ölçeği
ÇBSKOÖ	Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği
ECVI	Expected Cross Validation Index
GFI	Goodness of Fit Index
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IFI	Incremental Fit Index
İDKOÖ	İç Dış Kontrol Odağı Ölçeği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LISREL	LInear Structural RELations
NFI	Normed Fit Index
NNFI	Non-Normed Fit Index
PNFI	Parsimony Normed Fit Index
RFI	Relative Fit Index
RMR	Root Mean Square Residual
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SD	Serbestlik Derecesi
SKOÖ	Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
4.1.	Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Doğrulayıcı Faktör Analizi Standartlaştırılmış Çözüm Değerleri-Birinci Örneklem Grubu.	51
4.2.	Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Doğrulayıcı Faktör Analizi t Değerleri-Birinci Örneklem Grubu.	52
4.3.	Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu Doğrulayıcı Faktör Analizi Standartlaştırılmış Çözüm Değerleri-Birinci Örneklem Grubu.	64
4.4.	Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu Doğrulayıcı Faktör Analizi t Değerleri-Birinci Örneklem Grubu.	65
4.5.	Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu 1. 7. 8. 9. ve 14. Maddeler Çıkartıldığında Doğrulayıcı Faktör Analizi Standartlaştırılmış Çözüm Değerleri-Birinci Örneklem Grubu.	73
4.6.	Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu 1. 7. 8. 9. ve 14. Maddeler Çıkartıldığında Doğrulayıcı Faktör Analizi t Değerleri-Birinci Örneklem Grubu.	74

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
3.1. Çalışma-1 ve Çalışma-2 İçin Belirlenen Örneklem Büyüklükleri.	20
3.2. LISREL Analizi Sonrası Elde Edilen Değerlerin Uyum İndeksleri.	32
4.1. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (Çalışma-1 ve Çalışma-2, Burdur, Ağustos 2016).	35
4.2. Katılımcıların Gelir ve Çalışma Biçimlerine Göre Dağılımı (Çalışma-1 ve Çalışma-2, Burdur, Ağustos 2016).	36
4.3. Katılımcıların Sağlık Bildirimlerine Göre Dağılımı (Çalışma-1 ve Çalışma-2, Burdur, Ağustos 2016).	37
4.4. Katılımcıların Kronik Hastalıklarına Göre Dağılımı (Çalışma-1 ve Çalışma-2, Burdur, Ağustos 2016).	38
4.5. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Madde İstatistikleri-Birinci Örneklem Grubu.	40
4.6. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Madde İstatistikleri-İkinci Örneklem Grubu.	41
4.7. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu ile İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği Korelasyon Katsayıları-Birinci ve İkinci Örneklem Grubu.	43
4.8. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Test Tekrar Test Grubunun Korelasyon Katsayıları-İkinci Örneklem Grubu.	44
4.9. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Uzman Görüşleri.	47
4.10. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Doğrulayıcı Faktör Analizinde Kullanılan Uyum İndeksleri.	50
4.11. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu Madde İstatistikleri- Birinci Örneklem Grubu.	53
4.12. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu Madde İstatistikleri-İkinci Örneklem Grubu.	55
4.13. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu ile İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği Korelasyon Katsayıları-Birinci ve İkinci Örneklem Grubu.	56
4.14. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu Test Tekrar Test Grubunun Korelasyon Katsayıları-İkinci Örneklem Grubu.	58
4.15. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu Uzman Görüşleri.	60

Tablo	Sayfa
4.16. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu Doğrulayıcı Faktör Analizinde Kullanılan Uyum İndeksleri Tablosu.	63
4.17. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu 1. 7. 8. 9. ve 14. Maddeler Çıkartıldığında Madde İstatistikleri- Birinci Örneklem Grubu.	67
4.18. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu 1. 7. 8. 9. ve 14. Maddeler Çıkartıldığında Madde İstatistikleri-İkinci Örneklem Grubu.	68
4.19. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu (1. 7. 8. 9. ve 14. Maddeler Çıkartıldığında) ile İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği Korelasyon Katsayıları- Birinci ve İkinci Örneklem Grubu.	69
4.20. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu 1. 7. 8. 9. ve 14. Maddeler Çıkartıldığında Test Tekrar Test Grubunun Korelasyon Katsayıları- İkinci Örneklem Grubu.	70
4.21. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu 1. 7. 8. 9. ve 14. Maddeler Çıkartıldığında Doğrulayıcı Faktör Analizinde Kullanılan Uyum İndeksleri Tablosu.	72
5.1. Bu Çalışma ve Diğer Çalışmalarda Elde Edilen ÇBSKOÖ A Formu Cronbach Alfa Değerleri.	79
5.2. Bu Çalışma ve Diğer Çalışmalardan Elde Edilen ÇBSKOÖ A Formu Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Katsayıları.	82
5.3. Bu Çalışma ve Diğer Çalışmalardan Elde Edilen ÇBSKOÖ A Formu Test Tekrar Test Değerleri.	85
5.4. LISREL Analizi Sonrası Bu Çalışma ve Diğer Çalışmalardan Elde Edilen ÇBSKOÖ A Formu Uyum İndeksleri.	89
5.5. Bu Çalışma ve Diğer Çalışmalarda Elde Edilen ÇBSKOÖ B Formu Cronbach Alfa Değerleri.	92
5.6. Bu Çalışma ve Diğer Çalışmalardan Elde Edilen ÇBSKOÖ B Formu Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Katsayıları.	95
5.7. Bu Çalışma ve Diğer Çalışmalardan Elde Edilen ÇBSKOÖ B Formu Test Tekrar Test Değerleri.	97
5.8. LISREL Analizi Sonrası Bu Çalışma ve Diğer Çalışmalardan Elde Edilen ÇBSKOÖ B Formu Uyum İndeksleri.	102

1.GİRİŞ

Kontrol odağı, yaşam içinde meydana gelen olayların sonuçlarını kendi kontrolleri ve güçlerine ya da şans ve kader gibi dış kaynaklı güçlere atfetmesine yönelik kişinin inancını anlatan bir kavramdır ve kişiden kişiye farklılık göstermektedir (1). Bazı kişiler yaşadıkları olayları ve olayların sonuçlarını (başarı veya başarısızlık durumlarını) kontrol edebileceklerine inanırlarken bazıları şans ya da kader kavramlarının yaşamlarına yön verdiğini ve kendi yaşamları üzerinde kendilerinin etkisi olmadığını düşünmektedirler. Bu düşünce farklılığının nedeni kişilerin yaşadıkları olayların neden ve sonuçlarıyla ilgili inançlarıdır. Olayı ilk kez yaşayan kişilere verilen ödül ve cezalar kişinin bir sonraki davranışını etkilemektedir. Aynı ya da farklı olaylar sonucunda yinelenen ödül ve cezalar davranışları şekillendirmektedir. Sonuç ödül ile bitiyorsa kişi olayın üzerinde etkisi olduğuna inanıp davranışına devam etmekte, sonuç ceza ile bitiyorsa kişi yaptığı davranışı kontrol edemediğine inanıp bu davranıştan kaçınmaktadır. Olayları kontrol edebileceğine inananlar, inançlarına uygun olarak davranışlarını değiştirip başarıya ulaşırken; olayları şans ve kaderin kontrol ettiğine inananlar davranışlarını tekrarlayıp başarısızlığa, olumsuz koşullara ve ruhsal sorunlara maruz kalmaktadırlar (2).

Ayan ve Eser (3) ve Selart (4)'a göre kontrol odağı kişilerin elde ettikleri sonuçlara (ödül ve ceza) ve bu sonuçlara yönelik beklentilerine göre yön bulmaktadır. Roddenbery (5)'nin ifade ettiğine göre Rotter yazılarında ödül ve cezaları pekiştirici olarak adlandırarak, pekiştirici tarihi ve geçmiş deneyimlerin bu beklentileri oluşturduğunu vurgulamaktadır. Roddenbery'e göre (5) geçmiş deneyimlerinde sıklıkla başarılı kontrol girişimleri yaşayanların (ödül alanların) iç kontrol odağı inançları; başarısız kontrol girişimleri yaşayanların (ceza alanların) dış kontrol odağı inançları fazla olmaktadır.

İç kontrol odağı kavramında olayla ilişkilendirilen davranışı yapmadan önce davranışın sonucuyla ilgili beklentileri olan insanların davranış değişikliği gösterme eğiliminde oldukları, bilgi, beceri ve performanslarının arttığı ifade edilmektedir. Davranış-sonuç ilişkisine inananların şans kavramına verdiği değer azalırken, bu durum kişide davranış değişikliğine neden olmaktadır. Kişiler elde ettikleri sonucu oluşturan nedenleri inceleyerek, neden ve sonucun oluşmasında sorumlu olan

unsurların kim ya da ne olduğunu araştırmaktadırlar. Sorumluluğu kendilerine atfeden kişilerde, deneyimlenen olaylar ve olaylar sırasında gösterilen davranışların kendi kontrollerine bağlı olarak sonuçlandığı ve onların istekleri doğrultusunda yön bulduğu inancı, dolayısıyla da iç kontrol odağı inancı oluşmaktadır (6).

Dış kontrol odağı kavramında kişilerin başarılı ya da başarısız oldukları her eylemi (özellikle başarısız olma) kendileri dışındaki faktörlere atfettikleri vurgulanmaktadır (3). Başarısız olmaları ve bu durumun tekrarlanması kişilerde o eylemi kontrol edemediklerine dair bir inanç oluşturmakta, yapılan işin niteliğini de olumsuz etkilemektedir. Kişi ne yaparsa yapsın, kendi eylemlerinin oluşturduğu sonuçların sürekli olarak diğer unsurlar tarafından etkilendiğine inanmaktadır. Sonuç olarak yaşanan olayın davranışların ötesinde olduğuna dair bir inanç, dış kontrol odağı inancı oluşmaktadır (7).

İç ve dış kontrol inancı dışında üçüncü olarak güçlü diğer kişiler etkeni (özellikle sağlık profesyonelleri) inancı da bulunmaktadır. Kontrol odağı kavramı içinde yer almayan bu etken sağlık kontrol odağı kapsamında yer almaktadır. Sağlık kontrol odağı çalışmaları kapsamında iç, şans ve güçlü diğer kişiler kontrol odağı bulunmaktadır. Diğerlerinden farklı olan güçlü diğer kişiler kontrol odağı kavramı, Wallston ve Wallston (8)'a göre sağlık kontrol odaklı davranışlar açısından aktif olan bireylerin kendilerinden daha pasif olan bireyleri sağlıkla ilgili olaylara yönlendirerek onların talep ettikleri ve ulaştıkları sağlık bakım hizmetlerini etkilemesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık davranışları açısından aktif sayılabilecek sağlık profesyonelleri (özellikle doktorlar ve hemşireler) hastalar tarafından yetkili ve bilgili kişiler olarak algılanmaktadırlar. Bu algıya sahip olan hastalar sağlık profesyonellerine göre hareket etmeyi doğru bulmakta ve onların söylediklerini tutum ve davranışa dönüştürmektedirler. Davranışlarının sonucunda sağlıklarının geliştiğini algılayan kişilerde sağlık profesyoneline başvurmanın doğru olduğuna dair bir inanç dolayısıyla da güçlü diğer kişiler kontrol odağı inancı oluşmaktadır (9-11).

Sağlık kontrol odağı kişide var olan hastalık ya da sağlık sonuçları üzerindeki kontrolün kime ait olduğuna dair kişinin inancını ölçen, bir ölçme aracıdır (12). Kişilerin sağlık davranışlarını, klinik durumlarını ve sağlık problemlerini ölçerek kişinin inancını belirlemektedir ve hem hasta hem de sağlıklı bireylerde kullanılmaktadır (8).

Berglund ve ark. (13) yaptıkları araştırmada kronik hastalığı olan kişilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirebilmesinde sağlık kontrol odağı ölçümünün önemli ve geçerli olduğunu vurgulamışlardır. Victor ve Haruna (14) yaptıkları araştırmada adolesanlarda sağlık kontrol odağı ölçümünün önemli olduğunu saptamışlar, ölçüm sonucuna göre eğitim programına eklenen iç kontrol odağı algısının güçlendirilmesine yönelik dersler aracılığıyla cinsiyete ve yaşa özgü riskli davranışların önlenebileceğini vurgulamışlardır. Yapılan bir araştırmada üniversite öğrencilerinde davranışsal değişiklik yapılabilmesi (sağlıkta dış kontrol odağı algısını iç kontrol odağı algısına dönüştürülebilmesi) için öğrencilerin sağlık kontrol odağı algısının ölçülmesinin gerekli olduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada öğretim elemanlarının (güçlü diğer kişiler kapsamında) öğrencilere rol model olup olmadıklarının belirlenmesi için de sağlık kontrol odağı ölçümünün önemli olduğu vurgulanmıştır (15). Helmer ve ark. (16) yaptıkları araştırmada üniversite öğrencilerinin sağlık kontrol odağı inançlarının ölçülmesinin ve bu ölçüte uygun eğitim programları düzenlenmesinin; sağlıksız davranışlara (alkol ve sigara tüketimi ve ilaç bağımlılığı gibi) müdahale etmede ve davranış değişikliğinde başarı sağlamada önemli olduğunu vurgulamışlardır. Brown ve Steele (17) tarafından yapılan araştırmada kolestrolü azaltmak amacıyla verilecek eğitimin programını oluşturabilmek için sağlık kontrol odağı ölçümünün gerekli olduğu vurgulanmıştır. Pereira ve ark. (18) yaptıkları bir araştırmada kronik ağrısı olan yaşlıların ağrı kontrol noktası algısının sağlık kontrol odağı ölçümü ile belirlenebileceğini, bu algıya yönelik koruyucu ve tedavi edici müdahaleler yapılarak yaşlıların ağrıyla baş edebilme kapasitesinin artırılabilceğini vurgulamışlardır. Aflakseir ve Abadi (19) yaptıkları bir araştırmada sağlık kontrol odağı ölçümünün yaşlıların kontrol odağını belirlemede geçerli olduğunu ve bu ölçümde çıkan sonuca göre kronik hastalığı olan yaşlılarda iç kontrol odağı algısının güçlendirilmesinin depresyona karşı bir koruma sağladığını vurgulamışlardır. Keedy ve ark. (20) tarafından yapılan bir araştırmada ve Sengul ve ark. (21) tarafından yapılan başka bir araştırmada sağlık kontrol odağı ölçümünün kronik bel ağrısı olan hastalara yapılan tedavinin etkililiğini artırdığı ve bu tedaviyi yapmadan önce ölçülen sağlık kontrol odağı algısının çoklu (fiziksel ve mental) müdahalelerin başarılı olmasına katkı sağladığı vurgulanmıştır. Tharkral ve ark. (22) yaptıkları bir araştırmada şizofreni hastaları ve onların birinci derece

yakınlarının (bakım verenlerin) birbirlerini anlamaları ve birbirlerine yardımcı olmalarında kullanılan terapötik müdahalelerin belirlenmesi için hem hastaların hem de hasta yakınlarının sağlık kontrol odağı ölçümlerinin yapılmasının önemli olduğunu vurgulamışlardır. Omeje ve Nebo (23) yaptıkları araştırmada hipertansiyonlu hastaların sağlık kontrol odağı ölçümlerinin yapılmasının sağlık programları ve politikalarının belirlenmesinde önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Goldbeck ve Bundschuh (24) yaptıkları bir araştırmada aile odaklı psikoeğitim (bilişsel ve davranışsal) müdahalelerinin başarılı olabilmesi için hastaların ve hastalara bakım sağlayanların sağlık kontrol odağı algılarının ölçülmesinin ve eğitimlerin kişilerin inancına göre (iç ya da dış kontrol odağı) tasarlanmasının gerekliliğini vurgulamışlardır. Gaber ve Abde-Latif (25) yaptıkları araştırmada çiftçilerin ilaçlama yaparken başvurdukları güvenlik önlemlerinin artırılabilmesinin, çiftçilerde sağlık kontrol odağı ölçümünün yapılması ve iç kontrol odağı inancının yükseltilmesi aracılığı ile olabileceğini belirtmişlerdir.

Sağlık kontrol odağı ölçümü birçok araştırmada kullanılmıştır. Yapılan bu araştırmalarda, sağlığı ilgilendiren konularda düzenlenen eğitimler, müdahaleler, programlar ve politikaların başarılı olabilmesinin etkinliklere katılan kişilerin ya da grupların sağlık kontrol odağı ölçümlerinin yapılmasına bağlı olduğu vurgulanmıştır (13-25). Sağlık kontrol odağı ölçümünün yapıldığı birçok araştırmada (13-25) farklı bedensel ya da ruhsal hastalığı olan birçok grupta, hasta yakınlarında, sağlamlarda, farklı yaş gruplarında; sağlığı ilgilendiren konularda düzenlenen eğitimlerin ve programların başarılı olabilmesi için kişilerin ya da grupların iç, şans ve güçlü diğer kişiler kontrol odağı algılarının ölçülmesinin önemli olduğu belirtilmiştir. Hem sağlıklı hem de hasta bireylerde yapılan kontrol odağı ölçümleri kişilerin davranışlarını değiştirerek; sağlığın korunması ve geliştirilmesine katkıda bulunabilecek müdahalelere yol göstererek; birincil, ikincil ve üçüncül koruma çalışmaları açısından önemlidir.

Kontrol odağı inancını ölçen İç Dış Kontrol Odağı Ölçeği (İDKOÖ) ilk olarak Rotter tarafından 1966 yılında oluşturulmuştur. Bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik araştırması 200 kadın ve 200 erkek toplamda 400 üniversite öğrencisiyle, Amerika'da gerçekleştirilmiştir (26).

Kontrol odağı üzerinde çalışan Levenson, İDKOÖ’de yer alan dış faktörler alt boyutunun şans ve güçlü diğer kişiler olarak ikiye bölünmesi gerektiğini vurgulamıştır. Levenson 1973 yılında İç (Internal), Güçlü Diğer İnsanlar (Powerful Others) ve Şans (Chance) alt boyutlarını kapsayan “Çok Boyutlu Kontrol Odağı Ölçeği”ni (ÇBKOÖ) geliştirmiştir. Bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik araştırmasına 329 erkek üniversite öğrencisi ve hastanede yatan 165 psikiyatri hastası katılmıştır. Ölçeğin gereç ve yönteminde ölçeğin özgün formunun hangi yerleşim yerinde oluşturulduğu net olarak belirtilmemiştir (27).

Wallston ve ark. 1976 yılında İDKOÖ’den köken alarak “Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği”ni (SKOÖ) (28); 1978 yılında ise “Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği’ni” (ÇBSKOÖ) geliştirmişlerdir. ÇBSKOÖ geçerlik ve güvenilirlik araştırması 16 yaş ve üstü 115 kişiyle, Amerika’da gerçekleştirilmiştir (29).

ÇBSKOÖ A ve B formları ülkemizde de sıklıkla kullanılmaktadır (30-35). Buna rağmen hem A formunun hem de B formunun 20-69 yaş arası grupta geçerlik ve güvenilirliği henüz yapılmamıştır. Sağlık kontrol odağı ölçümlerinin geçerli ve güvenilir bir biçimde yapılabilmesi için öncelikli olarak bu nitelikte ölçme araçlarının geliştirilmiş veya uyarlanmış olması gerekir.

Bu gerekçeyle bu araştırmanın amacı Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A ve B Formlarının Türkçe uyarlamasını yapmaktır.

1.1.Araştırmanın Amacı ve Varsayımlar

1.1.1.Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada;

1. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini ortaya koymak,
2. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini ortaya koymak, amaçlanmıştır.

1.2.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Türkçe geçerli ve güvenirdir.

H2: Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu Türkçe geçerli ve güvenirdir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Tarihsel Gelişim

Graffeo ve Silvestri (1) Rotter'ın 1954 yılında Sosyal Öğrenme Kuramı'nı, 1966 yılında da Kontrol Odağı Ölçeği'ni geliştirdiğini ve yayınladığını ifade etmişlerdir. Graffeo ve Silvestri (1) sağlık olaylarını inceleyen Wallston ve diğerlerinin de kontrol odağı üzerinde çalıştığını ve 1976 yılında ‘‘Sağlık Kontrol Odağı’’ kavramını oluşturduklarını belirtmişlerdir. Sağlık kontrol odağı kavramı kişilerin bilgi ihtiyaçlarının belirlenmesi ve hastalıkların belirsiz süreçlerinin önlenmesi amacıyla ortaya çıkmıştır, sağlıkta iç ve dış faktörlere ve bu faktörlerin önemine odaklanmıştır (36). Wallston ve ark. (28) sağlık kontrol odağını araştırırken bu kavramın gerçekleşen sağlık olaylarının açıklayıcısı olabileceğini ve iç ve dış kontrol odağı kavramının bu konuda yetersiz kaldığını ifade etmiştir. Wallston ve Wallston (37) yaptıkları araştırmaları devam ettirerek; sağlık davranışları, sağlık sonuçları ve sağlık hizmeti kapsamı içindeki sağlık inançlarının biçimlenmesine yardım etmişlerdir. Aynı yazarlar, sağlıklı ve hasta bireylerin sağlıklarını geliştirmek için yaptıkları davranışları, gösterdikleri çabaları ve elde ettikleri sonuçları incelemiş ve ölçek geliştirmenin yararlı olacağını düşünmüşlerdir (37, 38). Wallston ve ark. (28) tarafından 1976 yılında oluşturulan ilk ölçek ‘‘Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği’’ (SKOÖ) adını almıştır ve Rotter tarafından geliştirilen İç Dış Kontrol Odağı Ölçeği'ne (İDKOÖ) dayandığı belirtilmiştir (Ölçeğin ilk hali altılı Likert tipte ve iç ve dış kontrol odağını kapsayan on bir maddeden oluşmuştur). Wallston ve ark. (28) sağlık kontrol odağı ölçeğini geliştirmeden önce, Levenson (27) 1973 yılında Rotter tarafından geliştirilen İDKOÖ'nin çok boyutlu olmadığını ve çok boyutlu olabilmesi için ölçek kapsamının genişletilmesi gerektiğini açıklamıştır. Levenson bu konuda araştırmalar yapmış ve kontrol odağı ile ilgili iç ve dış faktörlerin yanı sıra iç ve dış inanışlara da odaklanılması gerektiğini, ölçeğin dış kontrol odağı kısmının şans ve güçlü diğer kişiler şeklinde ikiye bölünmesi gerektiğini savunmuştur (37). Levenson 1973 yılında kontrol odağı ve güçlü diğer kişileri kapsayan düşüncelerini uygulamaya geçirmiştir ve Rotter tarafından geliştirilen İDKOÖ'nin içeriğini genişleterek (iç faktörler, şans ve güçlü diğer kişiler kavramlarını da dahil ederek) ‘‘Çok Boyutlu Kontrol Odağı Ölçeği’’ni (ÇBKOÖ) (İç Faktörler, Dış Faktörler/Şans

ve Dış Faktörler/Güçlü Diğer Kişiler) geliştirmiştir (39). Çok boyutlu hale getirilen kontrol odağı ölçeği ilk oluşturulan sağlık kontrol odağı ölçeğinin kapsamının ve boyutunun geliştirilmesine de öncülük etmiştir. Wallston ve ark. (29) kendileri geliştirdikleri Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği ve Levenson tarafından geliştirilen Çok Boyutlu Kontrol Odağı Algısı Ölçeği'ni (27) kullanarak 1978 yılında “Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği'ni” (ÇBSKOÖ) geliştirmişlerdir. 1978 yılında oluşturulan ÇBSKOÖ A, B ve C formlarından oluşan yeni bir biçime dönüştürülmüştür (29).

ÇBSKOÖ'nde yer alan A ve B formları herhangi bir özel koşul ya da durum olmaksızın genel sağlık inanışlarını ölçen ve birbirlerinin yerlerine kullanılabilen paralel ölçeklerdir. C formu ise sağlıkla ilgili özel bir durum/hastalık olduğunda sağlık inanışlarını ölçmek için kullanılmaktadır (40). Formların her biri iç kontrol, dış kontrol ve güçlü diğer kişiler alt boyutları ile altılı likert tipte ve on sekiz maddeyi kapsayacak şekilde oluşturulmuştur. A, B ve C formlarının her üçüne göre, kişilerin bazı pekiştiriciler aracılığıyla davranışı gerçekleştirmesi ve davranışlarına bağlı olarak ortaya çıkan sağlık/hastalık sonuçlarına inanmasına sağlıkta iç kontrol odağı, kişilerin hastalıklarının şans, kader vb. bağlı olarak ortaya çıktığına inanmasına sağlıkta şans kontrol odağı ve kişilerin ortaya çıkan sağlık sonuçlarının güçlü diğer insanlara bağlı olarak ortaya çıktığına inanmasına sağlıkta güçlü insanlara bağlı kontrol odağı denilmiştir (37, 41). Bu kavramlar aşağıda yer alan iki bölümde açıklanmıştır.

2.2.Kontrol Odağı

Sosyal öğrenme kuramı 1947 yılında ilk kez Rotter tarafından kullanılmıştır (42). Rotter (43) kendi döneminde var olan tüm kuramları inceledikten sonra insan davranışının açıklanabilmesi, tahmini ve kontrolü için Sosyal Öğrenme Kuramını oluşturmuştur. Klinik psikolog olan Rotter'in Sosyal Öğrenme Kuramını oluşturmadaki amacı insan yaşamında karşılaşılan sorunlara karşı geliştirdiği hipotezleri test edebilmektir. Bu hipotezleri öncelikle hayvanlar üzerinde test etmiştir ve olumlu sonuç almıştır. İnsanlarda test etmeye karar verdiğinde ise insan yapısının karmaşıklığı nedeniyle pekiştiricileri kullanmayı düşünmüştür. Pekiştiricileri ve insan davranışlarının neredeyse tamamını kapsayan kuramları inceleyerek,

pekiştiricilerin (ödül ve ceza) ve diğer kişilerin bireyin öğrenmesi üzerinde önemli bir role sahip olduğunu ve Sosyal Öğrenme Kuramı'nın kökenini oluşturduğunu açıklamıştır (43). Yapılan başka bir araştırmada da bireylerin hedefleri ve beklentilerinin sosyal pekiştiriciler/teşvikler dolayısıyla da Sosyal Öğrenme Kuramı tarafından olduğu ifade edilmiştir (44). Beklenti kavramı bireyin çevresel işaretler hakkında beklentileri, kendi davranışlarının sonuçları hakkında beklentileri ve etkili sonuçlar elde edebilmek için ihtiyacı olan davranışları uygulamadaki bireysel yeterliliği şeklinde ifade edilmiştir. Günü (incentive) kavramı ise bireyin özel bir nesne ya da sonuca (sağlık durumu, fiziksel görünüm, diğerlerinin yaklaşımı, ekonomik kazanç ve diğer koşullar) verdiği değer olarak tanımlanmıştır (45).

Sosyal öğrenme kuramı ilk kez Rotter tarafından kullanılsa da Albert Bandura tarafından geliştirilmiştir (42). Bandura taklit ve gözlem yapma gibi eylemlerin öğrenmeyi sağladığını fakat öğrenmeyi açıklamada yetersiz kaldıklarını belirtmiş ve düşünme, hafıza, dil ve davranışların sonuçlarını tahmin etme gibi bilişsel süreçleri de sosyal öğrenme kuramına dahil etmiştir. Sosyal öğrenme kuramının temel kavramlarını sosyal pekiştiriciler, öznel pekiştiriciler ve dolaylı pekiştiriciler temel ilkelerini ise karşılıklı belirleyicilik (birey, çevre ve davranış), sembolleştirme kapasitesi, dolaylı öğrenme kapasitesi, öngörü kapasitesi, kendini düzenleme kapasitesi ve öz yeterlilik olarak belirlemiştir (42).

Sosyal öğrenme kuramının kökeninde kişilerin davranış kalıplarını deneyim yoluyla öğrendikleri ve davranış sonucunda alınan ödül ya da cezaların kişi tarafından öğrenildiği vurgulanmaktadır (46). Sosyal öğrenme kuramında incelenen konular arasında ödül ve ceza gibi pekiştiriciler, kişilerin bu pekiştiricilere inanma seviyeleri ve bu seviyeyi oluşturan faktörler, kişilik özellikleri, algılanan kontrol odağı kavramı ve bu kavramı etkileyen faktörler ile başarı ve başarısızlık gibi durumlar bulunmaktadır (2, 5).

Sosyal öğrenme kuramı konuları arasında yer alan ve pekiştiricilerin kaynağına atfedilen bir kavram olan kontrol odağı 1966 yılında Rotter tarafından kullanılmıştır (1, 5). Seyhan (47)'in belirttiğine göre Rotter yaşam süresince davranış potansiyeli, beklenti ve pekiştirme değeri gibi kavramların bireyler için önemli olduğunu ifade etmiştir. Akbolat ve ark. (48) göre, Rotter bu kavramlara dayanarak kontrol odağı fikrini geliştirmiş ve beklentileri inanç olarak nitelendirmiştir. Dağ

(49)'a göre ise Rotter ödül ve cezayı algılayan gücün yoğunlaştığı yeri kontrol odağı olarak adlandırmıştır. Kişi olumlu davranış yaptığında ödül, olumsuz davranış yaptığında ceza aldıktan sonra gelecek davranışları bu pekiştiricilerle biçimlenmektedir. Dolayısıyla kişi kendini bu davranışa iten pekiştiricilere odaklanmaktadır (49). Dağ (49) tarafından bu durum pekiştiricinin davranışı izlediği şeklinde yorumlanmıştır.

Dağ'ın (49) ifadesine göre Rotter bebeklik ve çocukluk döneminden itibaren davranışların öğrenildiğini ve kişiliği oluşturan davranışların kökeninde pekiştiricilerin olduğunu savunmuştur. Bebekler ve çocuklar kendilerinden beklenen davranışı gösterdiklerinde beklentilerinin karşılanabileceğini algılamaktadırlar. Bu durum bireylere istenilen davranışı kazandırma konusunda pekiştiricilerin önemli olduğunu göstermektedir. Bazı durumlarda pekiştiriciler davranışın sonucundan bağımsız şans ve tesadüfe bağlı olarak gelişirken; şans ve tesadüfen oluşan bazı durumlarda ise pekiştirici davranışı her zaman izlemez (49).

Yaşam süresince edinilen deneyimler incelendiğinde bazı kazanımlar (ödül ve ceza) pekiştiricilere ulaşmak amacıyla yapılan davranışlar sonucunda, bazıları ise pekiştiricilerin dışında şans ve tesadüfe bağlı olarak oluşmaktadır (50). Kişilerin diğerlerinin yaşantılarını izleyerek kazandıkları deneyim, onların bir eylemin gelecekteki sonuçlarını tahmin etmelerini ve sonuç istedikleri gibi ise yapacakları işe güdülenmelerini sağlamaktadır (46). Rotter'e göre davranışlar kişinin kendi kontrolünde olduğunda sonuç olarak elde edilen içsel pekiştiriciye; davranışlar şans, tesadüf ve diğer güçlü kişilerin kontrolünde olduğunda sonuç olarak elde edilen dışsal pekiştiriciye atfedilir ve sonuçtan nedene doğru öğrenilen içsel ve dışsal pekiştiriciler kişilik özelliklerinin oluşmasında etkilidir (26). İç kontrol odağına (içsel pekiştirici) sahip kişiler yaşanan olayın sonucunu sahip oldukları çaba ve yeteneklere atfettikleri için olayın sonucunu değiştirebilme gücüne sahip olduklarını (3); dış kontrol odağına (dışsal pekiştirici) sahip kişiler ise yaşadıkları olaylar üzerinde etkileri olmadığını, bu olayların şans, kader, tanrı ve başka insanların kontrolünde olduğunu düşünürler (6).

Chatfield ve Wooten (50)'ın ifadelerine göre Crowne ve Liverant dış kontrole sahip kişilerin daha kolay kontrol edilebildiğini ve onların da bu durumu kolay kabullenebildiğini, Hjelle ve Couser ikna edici çabalar karşısında dış kontrole sahip

insanların fikirlerinin daha kolay ve iç kontrole sahip insanların fikirlerinin daha zor değiştiğini, Kabanoff ve O'Brien ise iç kontrole sahip kişilerin beceri ve yeteneklerinin fazla olduğunu ve kendilerine verilen görevi uygularken daha kontrollü olduklarını ifade etmişlerdir.

İç kontrol odağı inancı kişilerin deneyimledikleri olaylarda olumlu sonuç almak ya da başarılı olmak istiyorlarsa daha fazla çaba sarfetmelerini, bilgi, beceri ve yeteneklerini geliştirmek için gayret etmelerini, engelleri araştırarak çözüm yolu üretmelerini sağlamaktadır. Dış kontrol odağı inancı ise kişilerin minnet duygularının fazla olmasına, iş konusunda geri planda ve rahat olmalarına, memnun olmasalar bile aynı işte uzun süre kalmalarına, görevleri sorgusuz kabul etmelerine ve bu duruma kolayca alışıp sevmelerine neden olmaktadır (50). İç kontrol odağı sıklıkla olumlu kişilik özelliklerine atfedilirken, dış kontrol odağı sıklıkla olumsuz kişilik özelliklerine atfedilmektedir (6).

2.3.Sağlık Kontrol Odağı

Kişilerin herhangi bir konu ile ilgili bilgi taleplerini etkileyen unsurlardan önemli bir tanesi de onlarda bulunan kontrol odağı kavramıdır. Eğer insanlar olayların sonuçlarını değiştireceklerine inanırlarsa yani yüksek düzeyde iç kontrol odağı algısına sahiplerse bilgi arayışları ve talepleri daha fazla olmaktadır. Eğer yüksek düzeyde dış kontrol odağı algısına sahiplerse, olayları akışına (şans ve kadere) bırakarak, sadece diğerlerinden duydukları bilgilerle yetinmektedirler (51).

İç kontrol odağına sahip insanlar bireysellik algısı ön planda olan, diğerlerine güvenmek yerine kendilerine güvenen, çevresindeki insanların onları kontrol etmesine izin vermeyen, daha kolay öğrenebilen, daha becerikli ve yetenekli kişilerdir. Dış kontrol odağına sahip insanlar ise, diğerlerinin fikirlerine bağımlı yaşayan, diğerlerinden sürekli fikir alan yani grup ve toplum etkisine açık olan kişilerdir (51). Chatfield ve Wooten (50)'a göre kişinin şans ve kader inancı ile pasif davranışları arasında ilişki vardır. Yazarlar, şans ve kader inancı fazla olan kişilerin daha pasif olduğunu düşünmektedirler (50). Selart'a (5) göre ise dış kontrol odağına sahip bireyler daha pasiftir ve daha düşük özgüvene sahiptir. Bu yüzden kendi kendilerine karar vermek yerine kararların diğerleriyle birlikte verilmesini ya da başkalarının kendileri adına karar vermesini tercih ederler (5).

Shojaee ve French (52), iç kontrol odağı yüksek bireylerin ruhsal sağlıklarının ve problem çözüme becerilerinin yüksek olduğunu; çevreye üstünlük kurabilme, özerklik sağlayabilme gibi özelliklerin iç kontrol odağıyla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Onlara göre, iç kontrol odaklı kişiler diğer insanlara karşı empati kurabilen, hedeflerini pozitif bir şekilde belirleyebilen ve bu hedefleri kendi yeteneklerini kullanarak gerçekleştirebilen, içten, samimi, güvenilir, başarılı ve sağlıklı bireylerdir.

Genel sağlık davranışları açısından bakıldığında, bir kişi kendi sağlığı üzerindeki kontrolünün yüksek olduğuna inanırsa, sağlıklı bir yaşam sağlayabilmek ve sürdürebilmek için gereken davranışları daha fazla yapmaktadır. Bu durum bireylerin hissettiği kontrol algısının onların sağlığını etkilediğini göstermektedir (53). Dolayısıyla, kişinin inancı ve kişiye sunulan fırsatlar birleşerek kişinin davranışlarını ve sağlık seçimlerini etkiler. Bu fırsatlar sağlıklı yaşam davranışları içinde kişinin sahip olduğu bireysel güce ve yeteneklere atfedilmektedir. Kişi kendi sağlığına dikkat eder ve gerekli durumlarda sağlık profesyonellerinden yardım alır (41). Bu durumun aksine yaşamlarını şansın yönlendirdiğine inanan kişiler sağlıkları üzerinde herhangi bir etkilerinin olmadığına inandıkları için sağlık profesyonellerine özellikle de hekimlere güvenleri az olmaktadır (10).

Hastalanınca yapılan sağlık davranışları açısından bakıldığında, iç kontrol odağına sahip insanlar doktorların söylediklerini yapmaya eğilimi olan, yaptıkları eylemlerle hastalık sürecini ve sonucunu kontrol edebileceklerine inanan aktif kişilerdir. Bu durumun aksine şans ve kaderin her şeyi kontrol edebildiğine inanan ve dış kuvvetlerin hayatlarını çok fazla etkilediğini düşünen insanlar hekimin söylediklerini yapma, tedaviye başlama ve sürdürme konusunda daha az uyumluluk gösterirler. Onlar, sağlıklarını geliştirebilmek amacıyla yaptıklarının, hastalıkları üzerinde etkisi olmayacağını düşünürler. Bu kişiler hastalıkları süresince yaşanan bedensel ve ruhsal değişimi (ilerleme ya da azalma) hastalığın doğal seyrine bağlarlar. Dolayısıyla da, dış kontrol odağı algısı fazla olan insanlar sağlık profesyonellerine güvenmeyen ya da ilişkisi kötü olan kişilerdir ve hastalandıklarında onlara verilen tedaviye daha az uyum gösterirler (54).

Sağlıkla ilgili iç kontrol odağına sahip bireyler pozitif sağlık davranışlarıyla ilişkilendirilirken (iyi sağlık bilgisi ve yetenek, iyi psikoloji gibi), dış kontrol odağına

sahip bireylerin negatif sağlık davranışlarıyla ilişkilendirilmesini Bandura (55) ‘‘öz yeterlilik’’ kavramı ile birlikte açıklanmaktadır. Wood ve Bandura (1989, s. 408) öz-yeterlilik kavramını, bireylerin belirlenmiş durumsal taleplerini karşılamak için gerekli motivasyon, bilişsel kaynaklar ve hareket tarzlarını harekete geçirme kapasitelerine/kabiliyetlerine ilişkin inançları olarak ifade etmektedir (56). Bu kavram kişilerin yeterlilik durumlarıyla ilgilenilmesi gerektiğini ve yeterlilik üzerinde etkili olan faktörlerin kişinin davranışını etkilediğini ifade etmektedir. Sağlıkta öz yeterliliği dolayısıyla da iç kontrolü fazla olan kişiler, kendi sağlıklarını düzeltebileceklerine ve onlara verilen tedavi ve rejimlerin faydalı olacağına inanırlar. Bu nedenle davranışları vasıtasıyla sağlıklarını sürdürebilmek için gereken koşulları oluştururlar. Sağlıkta öz yeterliliği düşük olan dolayısıyla da dış kontrol odağı yüksek olan kişiler bu duruma daha kayıtsız kalırlar (5).

Kişilerin verdikleri kararların temelinde yer alan kontrol odağı inancı onların düzenli egzersiz yapma, sağlıklı beslenme, ölçülü alkol kullanma ve sigaradan kaçınma gibi sağlık davranışlarını etkiler. İç kontrol odağı inancının fazla olması sağlığın geliştirilmesi için çaba gösterilmesi, hastalanma durumunda hastalığın merak edilmesi ve hastalığı öğrenme konusunda istekli olunması ve sağlık eğitimlerine katılma gibi olumlu durumlarla sonuçlanır (9).

Gabelman’a (57) göre iç kontrol odağı duygusal sağlık ve iyilik haliyle ilişkilendirildiği için dış kontrol odağından daha yararlıdır. İç kontrol odağı bireylerin sağlıklı olma ile ilgili bilgi edinme isteği ve sigarayı bırakma gibi sağlıklı yaşam davranışlarının artışıyla da yakından ilişkilidir.

Deneve ve Cooper (58) dış kontrol odağı algısının yüksek olmasının birey tarafından algılanan iyilik halini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Bireydeki iç kontrol odağının psikolojik iyilik hali üzerinde etkiye sahip olduğunu ve bu etki aracılığıyla yaşam stili seçimini ve fiziksel iyilik halini etkilediğini de eklemiştir (52).

Tüm hastalık deneyimlerinde; tanı, tedavi ve prognoz boyunca belirsiz bir süreç görülebilir. Belirsiz süreç içeren hastalıklar özellikle depresyon, kanser, solunum sistemi hastalıkları ve dolaşım sistemi hastalıkları gibi kronik hastalıklardır. Kronik hastalıklar uzun süreli ve yavaş ilerleyen hastalıklardır ve iç kontrol odağı yüksek kişilerin bu hastalıklarla mücadelesinin daha başarılı olduğu bildirilmektedir.

İç kontrol odağına sahip hastalar, hastalıklarıyla daha iyi mücadele edebilmek amacıyla daha fazla bilgi edinmek isterler. İç kontrol odağı yüksek hastalara ihtiyaçları olan bilgiyi verebilmeleri için sağlık profesyonellerinin hem daha fazla bilgi sahibi olmaları hem de daha fazla bilgi isteyen veya isteyecek olan hastaları bilmeleri önemlidir. ‘‘Hastalıkta Belirsizlik Teorisi’’ (Uncertainty in Illness Theory); hastaya eğitime ve ihtiyaç düzeyine göre bilgi sunmanın, hastanın kronik hastalığıyla ilgili daha fazla bilgi edinebilmesini ve bu bilgiyi günlük yaşantısında kullanabilmesini, sağlık düzeyini geliştirebilmesini ya da hastalığının ilerlemesini durdurabilmesini; bu belirsiz süreci belirli hale getirebilmesini sağlayabilir. Bu nedenle belirsizlikle mücadele edebilmek için, insanların bireysel eğitim düzeyi ve bilgi ihtiyacı ilişkisini anlamak gerekmektedir (36).

Aşağıda kontrol odağı ile ilgili olan ve kronik hastalıkları kapsayan araştırmalara ait örnekler sunulmuştur:

Depresyonun kişinin kontrol odağı algısıyla ilişkili olduğuna dair araştırmalar yapılmıştır (10, 59). Bu araştırmalarda, depresyon, sosyal fobi, anksiyete ve panik atak gibi hastalıklara sahip kişilerin dış kontrol odağı algısı daha yüksek bulunmuştur.

Shojaee ve French (52)'in araştırmasına göre dış kontrol odağı yüksek bireylerin depresyona karşı daha zayıf olduğu ve antidepresif tedavilere daha az yanıt verdiği saptanmıştır.

Diyabet hastası olan kişiler incelendiğinde, iç kontrol odağı algısı yüksek olan diyabet hastalarının diyetlerine daha sıkı bağlandığı görülmüştür (54).

Luszczynska ve Schwarzer (60) orta ve şiddetli evrede astıma sahip hastalarda hastaların kişilik özellikleri ve hastalığın fizyopatolojisinin aynı olduğunu fakat şiddetli evrede astıma sahip hastaların kişilik özelliklerinin farklılaştığını, iç kontrol odağı algılarının düştüğünü ve hastalığın fizyopatolojisinin değiştiğini saptamıştır. Araştırmacılara göre sağlıklı bireylerde kontrol odağı algısı hasta olduklarında değişmiş, bu yüzden sağlık kontrol odağı algısı kişinin o andaki hissettiklerine bağlı olarak şekillenmiştir. Luszczynska ve Schwarzer (60) kişinin hastalık başlangıcında sahip olduğu sağlık kontrol odağı algısının, hastalığın evresi ve şiddetine bağlı olarak zamanla değiştiğini gözlemlemişlerdir..

Baydoğan ve Dağ (61) kontrol odağı algısının diyaliz hastalarında görülen depresif davranışları etkilediğini saptamışlardır. Dış kontrol odağı algısının depresif belirti düzeyini artırdığını; kişinin diyalizde kalma süresi arttıkça dış kontrol odağı algısının da güçlendiğini belirtmişlerdir (61).

Aşağıda kontrol odağı ile ilgili olan ve sağlığı geliştirme amacıyla yapılan araştırmalara ait örnekler sunulmuştur:

Goldney ve ark. (62) sekiz yıl süren araştırmaları sonucunda hastaneye yatırılmış ve intihar girişimi olan adolesanların dış kontrol odağı inançlarının, intihar girişimi düşüncesine sahip fakat intihar girişimi olmamış ve hastaneye yatırılmamış adolesanlardan fazla olduğunu saptamıştır.

Brinck ve ark. (10) şans ve kader gibi sağlıkta dış kontrol odağı algısı yüksek olan toplum ve ailelerde HIV (Human Immunodeficiency Virus) hastalığına sahip kişilerin aileleri tarafından doktora yönlendirilmeleri ve doktorun söylediklerinin hasta tarafından yapılması ile iç kontrol odağı algısı yüksek olan ailelerin hasta kişileri doktora yönlendirmeleri ve doktorun söylediklerinin hasta tarafından yapılması arasında farklılıklar olduğunu saptamıştır.

Rodin (53) kontrol hissinin yaşlanma ve sağlık üzerinde etkisi olduğunu yaşlandıkça sağlık üzerindeki kontrol hissinin arttığını saptamıştır. Rodin (53) yaşın artmasıyla sağlığın bozulduğunu ve deneyim ve tıbbi bakım arama isteğinin arttığını gözlemlemiştir. Yazar yaptığı araştırmada, yaşlı insanların kendi davranışları üzerindeki kontrolleri kısıtlandığında bu durumun onlarda stresli bir ruh hali oluşturduğunu saptamıştır. Yaşlıların sağlıkları üzerinde oluşan olumsuz etki onların hemşirelere yönelmesine neden olmuştur. Hemşireler tarafından yaşlılara sağlıklarını kontrol edebilmeleri için farklı seçenekler sunulmuştur ve kendilerine uygun seçeneği seçen yaşlıların sağlıklarında artış görülmüştür (53). Reese (51) ise yaşlanmayla birlikte kontrol odağının ve bilgi arayışının azaldığını saptamıştır. Bu görüşü destekleyen başka bir araştırmada yaşlanmayla birlikte kendi davranışları üzerindeki kontrollerini kaybeden yaşlılarda stres, endişe, suçluluk duygusu gibi sağlık sorunlarının oluştuğu saptanmıştır (63).

Stapleton ve Smith (64)'e göre iç kontrol odağına sahip bireyler sağlığın geliştirilmesi konularında pozitif davranışlar gösterirken dış kontrol odağına sahip bireyler negatif davranışlar göstermiştir. Stapleton ve Smith (64)'e göre yeme

fonksiyonunun kişilerin kontrol algısından etkilendiğini, iç kontrol odağına sahip bireylerin daha sağlıklı besinler tükettiğini, daha fazla bilgi arama eğiliminde olduğunu ve diyetlerini sürdürme konusunda daha istekli (kararlı) olduğunu saptamışlardır. İç kontrol odağına sahip kişilerin uyarlanabilir ve geliştirilebilir işlemlere sahip olma eğilimlerinin yüksek, dış kontrol odağına sahip kişilerin engelleyici işlemlere sahip olma eğilimlerinin yüksek olduğunu saptamışlardır (64).

Düzenli egzersiz yapanlar ve hiç egzersiz yapmayanların karşılaştırıldığı araştırmalarda; düzenli egzersiz yapanların iç kontrol odağı algısının oldukça yüksek olduğu bulunmuştur (52, 58). Araştırmacılar kişilerin sahip oldukları kontrol odağı algısı ve sağlığı geliştirme davranışı arasında ilişki olduğunu saptamışlardır.

Aşağıda kontrol odağında yer alan kavramlar ve bu kavramların bazı faktörlerle ilişkisi açıklanmıştır:

Wallston ve ark. (65) göre kontrol odağı algısı diğer insanların düşüncelerinden, eylemlerinden ve (neden-sonuç) ödül-ceza gibi pekiştiricilerden izole edilemeyen bir kavramdır. Kontrol odağı kapsamında iç ve dış kontrol kavramları geçerken, sağlık kontrol odağı kapsamında güçlü diğer insanlar kontrol odağı kavramı geçmektedir. Diğer insanlar ise sağlık profesyonelleridir. Sağlık profesyonellerinin kişilerarası yeterliliği, teknik bilgisi, ırkı ve etnik kökeni gibi özellikleri hastaların onların düşüncelerine önem vermelerini etkilemektedir. Bu durumun yanı sıra hastaların kişilik özellikleri, hastalığın ne olduğu, evresi ve şiddeti ile hastanın bulunduğu toplum, kültür ve hastanın ailesinin sağlık profesyonellerine güven ya da güvenmeme ile ilgili tutumu da hastaların sağlık profesyonellerine güvenlerini etkilemektedir (10, 53). Toplum ve kültür farklılığı, etnik köken ve dini inançlar özellikle sağlık kontrol odağını etkilemektedir. İç kontrol odağı yüksek bireylere sahip olan topluluklarda sağlık davranışları ve sağlıklı birey sayısında artış ve işlerin yapılmasında bireysellik ön plana çıkarken diğer topluluklarda işlerin ortaklaşa yapılmasına doğru bir eğilim görülmektedir (53).

Sağlık kontrol odağı kavramı iç kontrol, dış kontrol ve güçlü diğer kişileri kapsayan bir kavramdır. Bu kavram kişinin o anda algıladığı sağlık ya da hastalık durumuna hatta hastalığın yaşandığı evreye göre değişirken; sağlık kontrol odağı ölçeği kullanılarak ölçülmektedir (60). Sağlık kontrol odağı ölçümünün adolesanlara, üniversite öğrencilerine, kronik hastalığı olanlara ve onlara bakım verenlere,

çiftçilere ve yaşlılara yönelik eğitimlerin planlanmasında ve bu eğitimlerin uygulanmasında başarıyı artırdığı saptanmıştır (14-16, 18-25). Yapılan tüm araştırmalarda kişilerin ve grupların belirtilen hedefe ulaşabilmesinin iç kontrol odağı inancının artırılmasıyla mümkün olduğu vurgulanmıştır (13-25).

2.4.Çözülmesi Gereken Sorunlar

Wallston ve ark. tarafından 1978 yılında geliştirilen ÇBSKOÖ A, B ve C formlarından oluşmaktadır. ÇBSKOÖ sağlık davranışlarının tahmin edilmesinde, farklı tedavi koşullarının test edilmesinde (tedavi sonucunun kişinin kontrol odağı inancına göre değişip değişmediğinin belirlenmesinde) ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Ölçeğin A ve B formları genel popülasyonda ve sağlıklı bireylerde sağlık kontrol odağını ölçmek için kullanılırken (B formunun kronik hastalıklı kişilerde de kullanılabilmesi fakat bu durumla ilgili güçlü kanıtlar olmadığı vurgulanmıştır), C formu kronik hastalık söz konusu olduğunda kullanılmaktadır (66).

ÇBSKOÖ A ve B formları (özellikle A formu) Türkiye’de sıklıkla kullanılmaktadır (30-35). Buna rağmen hem A formunun hem de B formunun 20-69 yaş arası grupta geçerlik ve güvenilirliği henüz yapılmamıştır. Üniversite öğrencilerinde ÇBSKOÖ A formunun uyarlama çalışması yapılmış ve özgün formu üç boyutlu olan ölçekten dört boyutlu bir yapı elde edilmiştir. Boyutlar incelendiğinde, iç kontrol alt boyutu Cronbach alfa 0,68, şans alt boyutu Cronbach alfa 0,59, güçlü diğerleri alt boyutu Cronbach alfa 0,66 ve yeni oluşturulan ve dördüncü alt boyut olan kader (fate) alt boyutu Cronbach alfa 0,39 olarak bulunmuştur. Dört hafta sonra aynı çalışmanın tekrarlanmasıyla elde edilen test tekrar test korelasyon katsayısı $r=0,70$ olarak bulunmuştur. Çalışmada ölçeğin uyarlaması şeklinde ifade edilmesine rağmen ölçeğin sadece faktör yapısı incelenmiştir. Bu çalışmanın başlığı ve içeriği incelendiğinde geçerlik ve güvenilirlik amacıyla yapılmadığı görülmekle birlikte, içeriğinde ölçeğin faktör yapısından, test tekrar test güvenilirlik katsayısından ve alt boyutların Cronbach alfa değerlerinden bahsedilmiş ve diğer geçerlik ve güvenilirlik bulguları sunulmamıştır (35). Ülkemizde yapılan ve ölçeğin kullanıldığı bazı araştırmalarda da ölçek Türkçe’ye çevrilerek doğrudan kullanılmıştır (31, 34). Bazı çalışmalarda kullanılmasına rağmen ölçeğin A

ve B formlarının özgün yapılarının değiştirilmeden kullanılabilmesine ve ülkemiz için geçerli ve güvenilir olduğuna dair kesinlik içeren bir çalışmaya rastlanmamıştır. C formunun Türkçe geçerlik ve güvenilirliği ise, Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği C-Formunun Güvenirlilik ve Geçerlik Çalışması ismiyle Krespi ve Arslan tarafından 2013 yılında çalışılmıştır (67).

Baruh (68) yürütücülüğünde yapılan bir projede, Tabak ve Akköse'nin Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği'ni ergenler için Türkçe'ye uyarladığı ifade edilmiştir ve uyarlanan ölçek çalışmada kullanılmıştır. Tabak ve Akköse (69)'nin ölçeği Türkçe'ye uyarladığı belirtilen "Ergenlerin Sağlık Denetim Odağı Algılama Düzeyleri ve Sağlık Davranışlarına Etkileri" isimli çalışması incelendiğinde ise, yazarların bu araştırmayı yapmadan önce Multidimensional Health Locus of Control (Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği) çevirisini Çok Yönlü Sağlık Denetim Ölçeği şeklinde yaptıkları ve ölçeği bu isimle kullandıkları belirlenmiştir. Yazarların kendi araştırmalarında kullanabilmek amacıyla ölçeğin dil geçerliğini yaptıkları saptanmıştır. Yapılan diğer geçerlik ve güvenilirlik testlerinin sonuçları ise araştırma içinde rapor edilmemiştir. Aynı çalışmada, ÇBSKOÖ formları olan A, B ve C formlarının hangisinin dil geçerliği ve güvenilirliğinin yapıldığı da belirtilmemiştir (69). Harlak'ın (33) yaptığı bir çalışmada da ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmasının Araz ve Harlak tarafından 2005 yılında yapıldığı belirtilmiştir ve bu bilgi kaynak olarak gösterilmiştir. Kaynaklara bakıldığında ise Araz ve Harlak tarafından yapılan uyarlamanın yayınlanmamış makale (unpublished manuscript) şeklinde ifade edildiği görülmüştür. Harlak (33) yaptığı çalışmada, ölçeğin yayınlanmamış makalede yer alan Türkçeye uyarlama çalışmasının yetişkin örnekleminde yapıldığını ve Cronbach alfa ile belirlenen iç tutarlılığın, iç kontrol alt boyutunda 0,65, şans alt boyutunda 0,69 ve güçlü diğerleri alt boyutunda 0,64 bulunduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmada da ÇBSKOÖ formları olan A, B ve C formlarının hangisinin uyarlandığı ve çalışmada kullanıldığı belirtilmemiştir.

Sağlık kontrol odağı ölçeklerinin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlikleriyle ilgili belirsizlikler ve sorunlar (geçerlik ve güvenilirlik yapılmaması ya da yapılsa da araştırmalarda raporlanmamış olması) saptanmıştır. Bu çalışmada sunulan gerekçeler ile ülkemizde sıklıkla kullanılan ÇBSKOÖ A ve B formlarının geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması planlanmıştır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Yeri

Araştırma Burdur ilinde yapılmıştır. Burdur ili Akdeniz Bölgesi'nde Göller Yöresi olarak adlandırılan kısımda bulunmaktadır. Doğu ve Güneyinde Antalya, Güney Batısında Denizli, Kuzeyinde ise Afyon ve Isparta illeri bulunmaktadır. Ege, İç Anadolu ve Akdeniz Bölgeleri arasında Batı geçit bölgesinde yer almaktadır. (70).

3.2.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında örneklemin evreni temsiliyeti gerekmemektedir (71). Bu çalışmada Burdur ilinde ikamet eden ve 20-69 yaş arasında olan bireyler 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 ve 60-69 şeklinde gruplandırılmıştır ve her gruptan 55'er kişi çalışma grubuna dahil edilmiştir. Bu gruplandırma hem ÇBSKOÖ A hem de ÇBSKOÖ B formu için ayrı ayrı yapılmıştır.

Araştırmanın veri toplama aşaması iki bölümden oluşmuştur. İlk bölümde seçilen örneklem grubundan veriler toplanmış, ikinci bölümde ilk bölümde yer alan örneklem grubunun yaklaşık %25'inden tekrar veri toplanmıştır.

Kline (72) ölçeklerin uyarlanması geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında yeterli örneklem büyüklüğünün sağlanabilmesi için, ölçeklerde yer alan madde sayısının 10 katı bireye ulaşılmasının yeterli olacağını ifade etmiştir. Araştırmada yer alan ÇBSKOÖ A ve B formları 18'er maddeyi kapsamaktadır. Madde sayısı göz önünde tutularak veri toplamının ilk bölümünde her ölçek için en az 180'er kişinin alınması gerektiği hesaplanmıştır. Çalışmada veri toplama aracındaki ölçeklerde yer alan maddelerin yanıtlanmaması ya da eksik yanıtlanması nedeniyle hatalı anket verilerinin olması gibi sorunlar çıkabileceği göz önüne alınarak örneklem büyüklüğü her ölçek için 275 kişi olarak belirlenmiştir. ÇBSKOÖ A ölçeği ile yapılan araştırmaya katılan 275 kişinin veri seti "Çalışma-1" ve ÇBSKOÖ B ölçeği ile yapılan araştırmaya katılan 275 kişinin veri seti "Çalışma-2" olarak adlandırılmıştır.

Alpar (73)'a göre, ölçeklerin test-tekrar test aşamasında örneklem sayısının en az %25'ine aynı ölçek en az 2 hafta arayla iki kez uygulanmalıdır. Veri toplamının test-tekrar test aşamasında (ikinci bölümünde) çalışmanın ilk bölümünde

yer alan ve çalışmaya tekrar katılmayı kabul eden katılımcıların %25'i olan her ölçek için 75'er kişi örneklem grubunu oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemleri arasında yer alan kota örnekleme yöntemi kullanılmıştır ve araştırma grubu yaşa göre tabakalandırılmıştır. Kota örnekleme yöntemi olasılıklı örnekleme yöntemlerine en yakın olasılıksız örnekleme yöntemi olarak kabul edilmektedir (74) ve bu yöntem evrendeki bireylerin yüzdesini temsil etmek yerine incelenecek koşulları temsil etmeyi hedeflemektedir (75). Kota örneklemesinde amaç, belirli bir coğrafi alan içinde bulunan hedef nüfus içindeki bireyleri yaş ve cinsiyet gibi belirli tabakalara ayırarak uygun bir örneklem oluşturmaktır (76).

Tablo 3.1. Çalışma-1 ve Çalışma-2 İçin Belirlenen Örneklem Büyüklükleri.

	ÇBSKOÖ A Formu		ÇBSKOÖ B Formu	
	Çalışma-1	Test retest	Çalışma-2	Test retest
Örneklem büyüklüğü	275	75	275	75
10'lu yaş grubuna düşen katılımcı sayısı	55	15	55	15

3.3.Araştırmanın Tipi

Araştırma metodolojik tipte epidemiyolojik bir araştırmadır

3.4.Araştırmanın Değişkenleri

Uyarlama çalışması yapılan ÇBSKOÖ A ve B formlarından elde edilen puanların yanı sıra yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, yaşanan yer, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve sayısı, aylık gelir, çalışma durumu, genel sağlık durumu, kronik hastalığı olma durumu, fiziksel engelliliği olma durumu ve İDKOÖ puanı araştırmanın değişkenleri olarak belirlenmiştir.

3.5.Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmada, kişisel bilgi formu (Bkz. EK-1), İDKOÖ (Bkz. EK-2), ÇBSKOÖ A formu (Bkz. EK-3) ve ÇBSKOÖ B (Bkz. EK-4) formu kullanılmıştır.

a.Kişisel Bilgi Formu

Araştırmanın değişkenlerinden köken alan ve araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan bu form, bazı sosyodemografik bilgileri öğrenmeyi amaçlayan 15 sorudan oluşmuştur (Bkz. EK-1).

b.İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği

Çalışmada kullanılan ilk ölçek İDKOÖ'dür (Bkz. EK-2). İDKOÖ 1966 yılında Rotter tarafından oluşturulmuştur (26). Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği Dağ tarafından 1991 yılında üniversite öğrencileriyle yapılmıştır (49). Ölçek kişinin iç ve dış kontrol odağı algısını ve bu algıyı etkileyen pekiştiricileri kendi içsel ya da kendi dışındaki dışsal güçlerin kontrolüne atfettiği inancı ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek a ve b seçeneklerinden ve 29 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin 6 tanesi ölçeğin amacını gizlemek için yerleştirildiğinden puanlanmamaktadır. 23 madde ise, iç ve dış kontrol odağı inancına ait ve kişinin tercih ettiğini işaretlediği ifadelerden oluşmuştur. Kişi her bir maddede yer alan iki cümleyi okuyup kendisine uygun geleni işaretlemektedir. Maddelerin bazılarının "a" seçenekleri 1 puan, bazılarının "b" seçenekleri 1 puan almaktadır ve puan ortalaması 0 ile 23 puan arasında değişmektedir. Alınan puanın yükselmesi dış kontrol odağı inancında artışı göstermektedir (49).

İDKOÖ'nin Dağ (49) tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirliğinde Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,70; KR-20 tekniğiyle hesaplanan güvenilirlik katsayısı 0,68 ve test tekrar test güvenilirlik katsayısı $r=0,83$ olarak bulunmuştur. İDKOÖ ile Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği arasındaki korelasyon $-0,29$ ($p<0,001$); İDKOÖ ile Belirti Tarama Listesi arasındaki korelasyon $0,21$ ($p<0,001$) olarak bulunmuştur (49).

Maddelerin 1 puan alan seçenekleri aşağıdaki gibidir:

2. a, 3.b, 4.b, 5.b, 6.a, 7.a, 9.a, 10.b, 11.b, 12.b, 13.b, 15.b, 16.a, 17.a, 18.a, 20.a, 21. a, 22.b, 23.a, 25.a, 26.b, 28.b, 29.a. (26, 49).

c.Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu

ÇBSKOÖ A formunda yer alan sorular kişilerin sağlık davranışlarında iç kontrol, şans kontrol ya da güçlü diğer kişilerin (sağlık profesyoneli, aile ve arkadaşlar) kontrolünden hangisini daha fazla benimsediklerini saptamaya yöneliktir ve şu üç etmeni içerir (Bkz. EK-3):

İç kontrol: *Kendi sağlığımyı kontrol edebiliyorum.*

Şans kontrol: *Hastalıktan kurtulacağım zamanın belirlenmesinde şansın büyük rolü var.*

Güçlü diğer kişilerin kontrolü: *Kendimi iyi hissetmediğim zaman bir sağlık profesyoneline başvurmalıyım (77).*

ÇBSKOÖ A formu altılı Likert tipte olan 18 maddeden oluşmaktadır. İç kontrol, dış kontrol (şans) ve güçlü diğer kişilerin kontrolüne yönelik algılamaları değerlendirmeyi amaçlayan bu form altışar maddelik üç alt boyuta ayrılmaktadır. Maddelerdeki ifadelere katılım derecesi 1'den 6'ya kadar değişmektedir. Maddelere katılım derecesi ortalaması toplamı en yüksek 36, en düşük ise 6 olmaktadır. Kontrol odağı algılama düzeyleri ile ilgili ortalamalar bu rakamlar arasında değerlendirilmektedir. Ölçekte her alt boyut birbirinden bağımsız puanlanmaktadır (77).

Alt boyutlar ve ilgili maddeler aşağıda verilmiştir:

- İç kontrol: 1, 6, 8, 12, 13, 17. soruların puanlarının toplamı,
- Şans kontrol: 2, 4, 9, 11, 15, 16. soruların puanlarının toplamı,
- Güçlü diğer kişiler: 3, 5, 7, 10, 14, 18. soruların puanlarının toplamıdır.

Ölçekte toplam puan diye bir şey yoktur. Hangi bölümün puanı yüksek ise sağlığı kontrol eden merkez orası olarak kabul edilmektedir (77).

d.Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu

ÇBSKOÖ B formunda yer alan sorular kişilerin sağlık davranışlarında iç kontrol, şans kontrol ya da güçlü diğer kişilerin (sağlık profesyoneli, aile ve arkadaşlar) kontrolünden hangisini daha fazla benimsediklerini saptamaya yöneliktir ve şu üç etmeni içerir (Bkz. EK-4):

İç kontrol: *Kendi sağlığımyı kontrol edebiliyorum.*

Şans kontrol: Hastalıktan kurtulacağım zamanın belirlenmesinde şansın büyük rolü var.

Güçlü diğer kişilerin kontrolü: Kendimi iyi hissetmediğim zaman bir sağlık profesyoneline başvurmalıyım (77).

ÇBSKOÖ A ve B formları, bu formları geliştirenler ve çoğu araştırmacı tarafından paralel ya da eşit formlar olarak ifade edilmiş ve genel sağlık ölçekleri olarak kullanılabilecekleri vurgulanmıştır (78-82). Yapılan bir araştırmada ÇBSKOÖ A formunun genellikle sağlıklı bireylerde kullanılabileceği, ÇBSKOÖ B formunun ise hem sağlıklı bireylerde hem de geçmişinde kronik hastalıkla karşılaşan bireylerde kullanılabileceği vurgulanmıştır. Aynı araştırmada A ve B formlarının alt boyutları arasında güçlü korelasyonlar bulunduğu da ifade edilmiştir (83).

ÇBSKOÖ B formu alt boyutlarının puanlandırılması, ÇBSKOÖ A formu alt boyutlarının puanlandırılması ile aynıdır (77).

Veri toplama araçlarının ön denemesi seçilen örneklem grubunda yer almayan toplam 20 kişi (ÇBSKOÖ A formu için 10 kişi, ÇBSKOÖ B formu için 10 kişi) üzerinde yapılmıştır. Öneriler ya da eksiklikler değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda kişisel bilgi formunda yer alan sorularda değişiklik yapılmıştır. Ölçeklerde yer alan maddelerin özgün şeklinde değişiklik yapılmasının maddelerin ifade ettikleri anlamları değiştirebileceği düşüncesiyle, ÇBSKOÖ A formu, ÇBSKOÖ B formu ve İDKOÖ’nde düzeltme yapılmamıştır.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

ÇBSKOÖ A ve B formları uyarlama çalışmasına katılmaya gönüllü olan kişilere araştırmanın amacı açıklanıp, yazılı onamları alınmıştır.

Onamları alınan ilk 275 kişiye kişisel bilgi formu, “ÇBSKOÖ A Formu” ve “İDKOÖ”ni içeren veri toplama aracı, diğer 275 kişiye kişisel bilgi formu, “ÇBSKOÖ B Formu” ve “İDKOÖ”ni içeren veri toplama aracı uygulanmıştır. ÇBSKOÖ A ve B formlarıyla ilgili analizlerin yorumlandığı bulgular kısmında “Örneklem 1” olarak ifade edilen veri grubunu bu kısımda yer alan “275 kişi” oluşturmuştur.

İkinci bölümde (test tekrar test aşaması için) ÇBSKOÖ A formu geçerlik ve güvenilirliği çalışmasının veri toplama kısmında yer alan 275 kişi arasından

araştırmaya tekrar katılmayı kabul eden 75 kişiye kişisel bilgi formu, “ÇBSKOÖ A Formu” ve “İDKOÖ”ni içeren veri toplama aracı 2 hafta arayla ikinci kez uygulanmıştır. ÇBSKOÖ A formu analizlerinin yorumlandığı bulgular kısmında “İkinci Örneklem Grubu” olarak ifade edilen veri grubunu bu kısımda yer alan “75 kişi” oluşturmuştur.

ÇBSKOÖ B formu geçerlik ve güvenilirliği çalışmasının veri toplama kısmında yer alan 275 kişi arasından araştırmaya tekrar katılmayı kabul eden 75 kişiye kişisel bilgi formu, “ÇBSKOÖ B Formu” ve “İDKOÖ”ni içeren veri toplama aracı uygulanmıştır. Bu şekilde her gruba aynı veri toplama aracı 2 hafta arayla ikinci kez uygulanmıştır. ÇBSKOÖ B formu analizlerinin yorumlandığı bulgular kısmında “İkinci Örneklem Grubu” olarak ifade edilen veri grubunu bu kısımda yer alan “75 kişi” oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri Burdur’da ikamet eden araştırmacı ile sağlık kurumlarında memur olarak çalışan 10 öğrenci tarafından toplanmıştır. ÇBSKOÖ A formu ile yapılan araştırmaya katılan 275 kişinin verilerini araştırmacı ve 5 öğrenci, ÇBSKOÖ B ölçeği ile yapılan araştırmaya katılan 275 kişinin verilerini araştırmacı ve diğer 5 öğrenci toplamıştır. ÇBSKOÖ A grubu verileri için her bir öğrenci 50 kişiden ve araştırmacı 25 kişiden, ÇBSKOÖ B grubu için her bir öğrenci 50 kişiden ve araştırmacı 25 kişiden veri toplamıştır. İlk olarak ÇBSKOÖ A formu verileri yaklaşık bir aylık bir sürede toplanmış hemen sonrasında ÇBSKOÖ B formu verileri yaklaşık bir aylık bir sürede toplanmıştır. Her iki çalışmada 75 kişilik ikinci örneklem gruplarında yer alan katılımcıların her birine anketi cevapladıktan iki hafta sonra ulaşılmıştır. Test tekrar test grubunun seçiminde ilk örnekleme yer alan 20-29 yaş grubunda olan kişilerin anket numaraları torbaya atılmış ve torbadan rastgele 15 kişi seçilmiştir. Sonrasında diğer yaş grupları içinde benzer işlem yapılmıştır.

Araştırmaya dâhil edilen bireylerin belirlenmesi araştırmacı ve öğrenciler tarafından yapılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve test tekrar test grubunda yer alırsa araştırmaya ikinci defa katılmayı kabul eden kişiler örneklem grubuna dâhil edilmiştir. Araştırmanın test tekrar test aşaması nedeniyle katılımcının adı, soyadı, telefonu ve adresi gibi bilgiler talep edilmiştir. Araştırmanın Burdur ili genelinde ve genel nüfusla yapılması nedeniyle, katılımcıların seçimine yönelik özel bir mekan ya da kriter belirlenmemiştir. Veri toplama formu katılımcıya verilmiş ve

formu doldurması sırasında yanında beklenmiştir. Katılımcının, formu kendisinin doldurması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Okuma yazması olmayan bireylerin veri toplama formlarını doldurması sırasında araştırmacı ve veri toplamada görev alan öğrenciler soruları okuyarak ve yanıtları işaretleyerek yardımcı olmuştur. Bu özelliklere sahip katılımcı sayısı Çalışma-1 grubunda 5 kişi, Çalışma-2 grubunda 2 kişi olmuştur. Katılımcının, formu yardımcı bir birey aracılığıyla doldurması yaklaşık 35-40 dakika sürmüştür.

Veri toplanması aşamasında görev alan öğrencilere ön eğitim verilmiştir. Bu verilerin toplanmasındaki amaç, nerede kullanılacağı ve araştırılan konunun ne olduğu hakkında bilgi verilmiştir. Sonrasında her soru teker teker anlatılmış ve bu soruların amacı ve nasıl sorulabileceği açıklanmıştır. Ön denemeye katılan kişilerin anlayamadıkları ve tereddütte kaldıkları soruların üzerinde durulmuş ve gereken açıklamalar yapılmıştır.

3.7.Araştırmanın İnsan Gücü

Araştırma verileri Burdur'da ikamet eden araştırmacı ve 10 üniversite öğrencisi tarafından toplanmıştır. Araştırma verilerinin analizi ise araştırmacı ve danışman hocaları tarafından yapılmıştır.

3.8.Verilerin Analizi

Araştırmada SPSS 16 ve LISREL programları kullanılarak, ÇBSKOÖ A ve B formlarının geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır.

SPSS 16 programına veri girişi araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Kişisel bilgi formunda yer alan sosyodemoğrafik değişkenlere ait veriler yüzdeler ve ortalama olarak sunulmuştur. Bazı güvenirlik (paralel testler arasındaki ilişki, alt boyutlar arasındaki ilişki ve test tekrar test yöntemi) ve bazı geçerlik (eş zaman geçerliği) hesaplamaları için korelasyon analizi kullanılmıştır.

SPSS 16 programına girişi yapılan veriler yapı geçerliği için LISREL paket programına aktarılmış, bu program ile yapı geçerliğine yönelik analizler yapılmıştır.

3.8.1.Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A ve B Formlarının Değerlendirilmesinde Kullanılan Güvenirlik Analizleri

a.Madde İstatistiklerinin Belirlenmesi

Madde istatistiklerinin belirlenmesi maddelerin ayırt edicilik özelliklerini saptamak, uyumlu olmayan maddeleri ölçme aracından çıkarmak amacıyla kullanılmaktadır. Ölçme aracının alt boyutlarında yer alan her bir madde ile ölçme aracının o alt boyutunun tamamından alınan toplam puan arasındaki ilişki madde-toplam puan korelasyonunu vermektedir (84).

Madde istatistiklerinde bulunan değerlerin pozitif olması ve 0,25'ten büyük olması istenmektedir. Uygulamada ise kritik değer 0,20'nin üstü olarak kabul edilmektedir (85).

ÇBSKOÖ A ve B formları özgün çalışmasının geçerlik ve güvenirliliğinin değerlendirilmesinde madde istatistikleri ile ilgili bulgu sunulmamıştır (29).

b.Cronbach Alfa/İç Tutarlılık Katsayısı

İç tutarlılık bir bütünü ölçen soruların kendi aralarında gösterdiği homojenliğin ve ölçülmesi istenen kavramı ne kadar ölçtüğünün bir göstergesidir (82). Likert tipi ölçeklerde güvenirlilik düzeyini belirlemek için iç tutarlılığın göstergesi olarak kabul edilen alfa katsayısı kullanılmaktadır (86-88).

Bir ölçme aracının güvenilir kabul edilebilmesi için Cronbach alfa değerinin 0,70 ve üzeri değer alması gerekmektedir. Cronbach alfa değeri $\geq 0,9$ ise mükemmel; $0,7 \leq \alpha < 0,9$ ise iyi; $0,6 \leq \alpha < 0,7$ ise kabul edilebilir; $0,5 \leq \alpha < 0,6$ ise zayıf ve $\alpha < 0,5$ ise kabul edilemez olarak ifade edilmektedir (89).

ÇBSKOÖ A formunun özgün çalışmasında iç kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,76, şans kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,75 ve güçlü diğer kişiler kontrolü alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,67 olarak bulunmuştur (29).

ÇBSKOÖ B formunun özgün çalışmasında iç kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,71, şans kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,69 ve güçlü diğer kişiler kontrolü alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,71 olarak bulunmuştur (29).

c.Paralel Testler Yöntemi

Bir ölçeğin kapsamı ve ölçekte yer alan maddelerin sayı ve nitelikleri ölçeğin belirleyici özellikleri arasında yer almaktadır. Paralel testler yönteminde, iki ölçeğin (ilk geliştirilen ve ikinci geliştirilen) aynı gruba, aynı ya da farklı ancak yakın zaman aralığında uygulanması ve ortaya çıkan puan dağılımları arasındaki korelasyonun/ilişkinin hesaplanmasıdır. Çıkan sonuç iki testin eş değer olup olmadığının yorumlanmasını sağlamaktadır (90).

ÇBSKOÖ A ve B formları Wallston ve ark. (29) tarafından aynı zamanda geliştirilmiş ve geliştirenler tarafından özdeş ölçekler olarak ifade edilmişlerdir. Wallston ve ark. (29) ÇBSKOÖ A ve B formları ile Levenson tarafından geliştirilen ÇBKOÖ'ni aynı anda uygulamışlardır. Karıştırılmış/birleştirilmiş A ve B formlarında yer alan iç kontrol alt boyutu ile Levenson ÇBKOÖ iç kontrol alt boyutu arasındaki korelasyon 0,56; birleştirilmiş A ve B formlarında yer alan şans kontrol alt boyutu ile Levenson ÇBKOÖ şans kontrol alt boyutu arasındaki korelasyon 0,79 ve birleştirilmiş A ve B formlarında yer alan güçlü diğer kişiler alt boyutu ile Levenson ÇBKOÖ güçlü diğer kişiler alt boyutu arasındaki korelasyon 0,27 olarak bulunmuştur (29).

Bu çalışmada kullanılan diğer bir ölçek Rotter tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Dağ tarafından yapılan İDKOÖ'dir (26, 49). İDKOÖ yorumlanmasında yükselen puanlar araştırma yapılan grupta dış kontrol odağı inancının arttığını göstermektedir (49).

Araştırmanın Wallston ve ark. (29) tarafından oluşturulan ve ÇBSKOÖ olarak adlandırılan özgün şeklinde paralel test olarak Levenson tarafından oluşturulan ÇBKOÖ kullanılmıştır fakat bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğine literatürde rastlanamamıştır. Bu nedenle, bu araştırmayı oluşturan ÇBSKOÖ'nin ve ÇBKOÖ'nin köken aldığı İDKOÖ paralel testler yöntemi uygulamasında kullanılmıştır (29).

d.Alt Boyutlar Arasındaki İlişki

Ölçüm araçları iki ya da daha fazla alt boyuttan oluşabildikleri gibi tek boyutlu da (tüm maddelerin aynı yapıyı ölçmesi) tasarlanabilmektedir (91). Ölçüm aracı oluşturulurken ya da uyarlanırken ölçekte yer alan alt boyut puanlarının

birbirleriyle ve ölçek toplam puanıyla korelasyonları hesaplanmalıdır (92). Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değişen ve her iki yönde de sıfıra yaklaşırken ilişkinin kuvvetinin azaldığını, bire yaklaşırken ilişkinin kuvvetinin arttığını ifade eden bir kavramdır (93). İlişki katsayıları ise 0,00-0,25 ilişki yok ya da çok zayıf ilişki, 0,26-0,49 zayıf ilişki, 0,50-0,69 orta düzeyde ilişki, 0,70-0,89 yüksek ilişki, 0,90-1,00 çok yüksek ilişki olarak tanımlanmaktadır (94, 95).

Wallston ve ark. (29) ÇBSKOÖ özellikle A formu için iç kontrol ve güçlü diğer kişiler alt boyutlarını birbirinden bağımsız, iç ve şans kontrol alt boyutlarını negatif korelasyona sahip bulmuşlardır. B formu için ise özellikle güçlü diğer kişiler ve şans alt boyutlarını pozitif korelasyona sahip bulmuşlardır (29). Wallston ve Wallston (37) yaptıkları başka bir araştırmada kendileri geliştirdikleri ÇBSKOÖ ile ilgili şans ve güçlü diğer kişiler alt boyutları arasındaki korelasyonun düşük olduğunu vurgulamışlardır. Wallston ve diğerlerinin (29) A formu için buldukları korelasyon katsayıları, iç kontrol ve güçlü diğer kişiler alt boyutları arasında $r=0,15$; iç kontrol ve şans alt boyutları arasında $r=-0,34$; şans ve güçlü diğer kişiler arasında $r=0,05$ olarak saptanmıştır. B formu için buldukları korelasyon katsayıları ise iç kontrol ve güçlü diğer kişiler alt boyutları arasında $r=0,05$; iç kontrol ve şans alt boyutları arasında $r=-0,18$; şans ve güçlü diğer kişiler arasında $r=0,25$ olarak saptanmıştır (29).

e. Test Tekrar Test Yöntemi

Alpar (73)'a göre test tekrar test yöntemi, araştırmada kullanılan ölçeğin örneklem grubunun %25'ine en az iki hafta arayla iki kez uygulanması ve ikinci ölçüm sonucunun ilk ölçüm sonucuyla tutarlılığının belirlenmesidir.

Tekrarlanan ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki çıkması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Kullanılan ölçme araçları için güvenilirlik (korelasyon) değeri -1 ile +1 arasında değişmektedir ve +1'e yaklaştıkça güvenilirlik düzeyi artmaktadır (96).

ÇBSKOÖ A ve B formları özgün çalışmasının geçerlik ve güvenilirliğinde test tekrar test yöntemi kullanılmamış ve bu durumla ilgili herhangi bir gerekçe belirtilmemiştir (29).

3.8.2.Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A ve B Formlarının Değerlendirilmesinde Kullanılan Geçerlik Analizleri

a.Kapsam/İçerik Geçerliği

Şencan (97) yaptığı araştırmalarda, bir ölçüm aracının ölçülmek istenen özelliği yansıtabilmesi ve doğru sonuçlar verebilmesi için ölçmek istenen özelliğe uygun ve anlaşılır olması gerektiğini vurgulamıştır. Alpar (73)'da benzer şekilde ölçüm aracının ölçülmek istenen davranışları kapsamının önemini vurgulamıştır ve bu durumu kapsam geçerliğinin sağlanması olarak açıklamıştır. Kapsam geçerliğinin sağlanabilmesi için uzman görüşüne başvurulması (98) ve aynı kapsamı ölçtüğü bilinen başka bir testle yeni test arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanması gerekmektedir (73).

Bu araştırmada kullanılan ÇBSKOÖ A ve B formları geliştirilmiş kuramsal çalışmalara dayalıdır. ÇBSKOÖ A ve B formlarının kökenini ÇBKOÖ onun da kökenini İDKOÖ oluşturmaktadır (27). İDKOÖ Rotter tarafından geliştirilmiştir ve yine Rotter tarafından geliştirilen ‘‘Sosyal Öğrenme Kuramı’’na dayanmaktadır (43). Beklenti ve güduları kapsayan Sosyal Öğrenme Kuramı ve Sosyal Öğrenme Kuramı’ndan köken alan İDKOÖ üzerinde değişiklik yapılarak (99) önce Levenson tarafından ÇBKOÖ (27) sonrasında Wallston ve ark. (29) tarafından ÇBSKOÖ geliştirilmiştir. Yeni geliştirilen ÇBSKOÖ’nin yetişkin örneklem grubunda geçerli olduğu ve kullanılabilmesi öngörülmüştür. Wallston ve ark. (1978) ÇBSKOÖ araştırma örneklemini yetişkin yaş grubu seçmelerde bu grupta okuma, anlama ve cevap verebilme kapasitesinin düşük düzeyde olduğunu, gelecekte yapılacak araştırmaların çocuklar ve üniversite öğrencileri gibi daha genç nüfusa uyarlanmasını ve uygulanmasını önermişlerdir (29).

Bu çalışmada ÇBSKOÖ A ve B formlarının özgün halinin kuramsal yapısı üzerinde bir değişiklik yapılmamıştır. Ölçek olduğu gibi kabul edilerek sadece Türkçe çevirisi/dil geçerliği yapılmış ve araştırmada kullanılmıştır.

b.Görünüş Geçerliği

Görünüş geçerliği, Ercan ve Kan (100) tarafından bir ölçeğin ölçmek istediği özelliği ölçüyor gözükmesi, Aktürk ve Acemoğlu (101) tarafından ise ölçekte

yer alan maddelerin görünümü, okunabilirliği ve uygulama kolaylığı gibi konular açısından incelenmesi şeklinde açıklanmıştır.

ÇBSKOÖ A ve B formlarını geliştirenler ilk geliştirdikleri sağlık kontrol odağı ölçeğinde sadece sağlıkta iç ve dış kontrol odağına yönelik sorular olduğunu ve ölçeği çok boyutlu hale getirebilmek için sağlıkta güçlü diğer insanlara yönelik maddeler eklediklerini ifade etmişlerdir (29). Yazarlar güçlü diğer insanlara yönelik ekledikleri maddelerle sağlıkta, başlangıçta sadece iç ve dış kontrolü ölçen ölçeğin ilk halinin hem ölçüm açısından hem de görünüş açısından çok boyutlu hale geldiğini ifade etmişlerdir (29).

Bu çalışmada, ÇBSKOÖ A ve B formlarının görünüş geçerliğinin sağlanabilmesi için; ölçeğin okunabilirliği, anlaşılabilirliği, uygulanabilirliği, ölçeğin uygulanacağı toplumun kültürel özellikleri ve değer yargıları incelenmiştir. Ölçekte yer alan maddeleri halk sağlığı alanından iki uzman, ölçme-değerlendirme alanından bir uzman ve psikiyatri hemşireliği alanından bir uzman toplam dört uzman değerlendirmiştir. Araştırmaya başlamadan önce, ÇBSKOÖ A ve B formlarının her biri için 10'ar kişi ile (20-29 yaş:2 kişi; 30-39 yaş:2 kişi; 40-49 yaş:2 kişi; 50-59 yaş:2 kişi; 60-69 yaş:2 kişi) deneme uygulaması yapılmıştır.

c.Eş Zaman Geçerliği

Aktürk ve Acemoğlu'na (101) göre, oluşturulan ya da uyarlanan bir ölçeğin eş zaman geçerliğini test etmek için daha önceden var olan ve geçerliği ispat edilen bir ölçek kullanılmalıdır. Geçerliği ispat edilen ölçek aynı ya da benzer yapıyı ölçmeli ve oluşturulan ya da uyarlanan ölçekle birlikte (eş zamanlı) uygulanmalıdır (101). İki ölçek arasındaki uyum ve ilişki yeni geliştirilen ölçek hakkında ileriye yönelik tahminlerde bulunmaya katkı sağlamaktadır (100, 102).

Geçerlik araştırmaları arasında yer alan eş zaman geçerliği, güvenirlik araştırmaları arasında yer alan paralel testler yöntemine benzer şekilde test edilmektedir. Bu nedenle, özgün ölçeklerin eş zaman geçerliği hakkında paralel testler yöntemi kısmında (Bkz. sf. 27) bilgi verilmiştir.

d.Yapı Geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliğinin incelemek için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi yeni bir ölçme aracının geliştirilmesi ya da

önceden geliştirilmiş bir ölçme aracının yapı geçerliğinin doğrulanması için kullanılmaktadır (103). Yapı geçerliği için ölçekte yer alan değişkenlerin bir faktör üzerinde faktör ağırlıklarının yüksek olması ve bazı indekslerin uyum değeri oluşturması beklenir (102). Uyumun değerlendirilmesi kullanılan istatistik programlarına göre farklılık göstermektedir (104). Bu araştırmada yer alan uyum indekslerinin incelenmesinde LISREL yazılımı kullanılmıştır. LISREL yazılımı ‘‘Linear Structural Models’’in kısaltmasıdır ve Jöreskog ve Sörbom tarafından geliştirilmiştir (105).

LISREL’de yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonrası ortaya çıkan p değeri (p değeri anlamlı olmayan χ^2 değerinin gözlenen kovaryans matrisi ile kestirilen kovaryans matrisi arasında anlamlı fark bulunmadığını göstermektedir. Bu nedenle p değerinin anlamlı olmaması istenir), modelin uyumunu gösteren χ^2/sd değeri, tahmin hatalarının ortalamasının karekökü olan RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), hata kareleri ortalamasının karekökü olan RMR (Root Mean Square Residual), standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının karekökü olan SRMR (Standardized Root Mean Square Residual), uyum iyiliği indeksi olan GFI (Goodness of Fit Index), düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi olan AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), normlaştırılmış uyum indeksi olan NFI (Normed Fit Index), normlaştırılmamış uyum indeksi olan NNFI (Non-Normed Fit Index), karşılaştırılmalı uyum indeksi olan CFI (Comparative Fit Index), fazlalık uyum indeksi olan IFI (Incremental Fit Index), göreceli uyum indeksi olan RFI (Relative Fit Index), sıkı normlaştırılmış uyum indeksi PNFI (Parsimony Normed Fit Index) ve beklenen çapraz geçerlik indeksi ECVI (Expected Cross Validation Index) gibi indekslerin her birinin zayıf uyum, kabul edilebilir uyum ve mükemmel uyum değerleri tabloda verilmiştir (Tablo 3.2). Uyum değerleri, sınanmak istenen modelin elde edilen veri seti ile uyumunu göstermektedir (106). χ^2/sd değerinin uygun olması ve kullanılması gerektiği konusunda fikir birliği olmasına rağmen, uyum değerlerinin hangilerinin kullanılmasının gerektiği ile ilgili fikir birliği sağlanamamıştır. χ^2/sd dışında kullanılması gerektiği düşünülen uyum değerleri RMSE, SRMR, CFI, GFI, NFI ve NNFI olarak önerilmiştir (107).

Tablo 3.2. LISREL Analizi Sonrası Elde Edilen Değerlerin Uyum İndeksleri.

Sıra No	Index İsmi	Zayıf Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Mükemmel Uyum
1	p** değeri		p>0,05 ¹¹⁴	p>0,05 ¹¹⁴
2	χ^2/sd		Değer <5 ^{108,114} Değer <3 ^{107,111,115}	Değer < 3 ^{108,109} Değer <2 ^{107,114,115}
3	RMSEA (önemli) ¹¹⁰	Değer<0,10 ^{108,112}	Değer<0,08 ^{107,108,109,110,112,114,115}	Değer<0,05 ^{107,108,109,110,112,114,115}
4	RMR	Değer<0,10 ^{108,109}	Değer< 0,08 ^{108,109,110,114}	Değer<0,05 ^{108,109,110,112,114}
5	SRMR	Değer< 0,10 ¹¹¹	Değer< 0,08 ¹¹⁴ Değer< 0,10 ¹⁰⁷	Değer< 0,05 ¹¹⁴ Değer< 0,05 ¹⁰⁷
6	GFI*	Değer> 0,85 ¹⁰⁸	Değer>0,90 ^{107,108,109,110,111,114,115}	Değer>0,95 ^{107,108,109,110,114,115}
7	AGFI*	Değer> 0,80 ¹⁰⁸	Değer> 0,90 ^{108,109,110,114} Değer> 0,85 ^{107,115}	Değer >0,95 ^{108,109,110,114} Değer> 0,90 ^{107,115}
8	NFI*	Değer> 0,85 ¹⁰⁸ Değer> 0,80 ¹¹¹	Değer>0,90 ^{107,108,109,110,111,112,113}	Değer >0,95 ^{107,108,109,110}
9	NNFI*	Değer> 0,85 ¹⁰⁸ Değer> 0,80 ¹¹¹	Değer> 0,90 ^{107,108,109}	Değer > 0,95 ^{107,108,109}
10	CFI*	Değer> 0,85 ¹⁰⁸	Değer>0,90 ^{107,108,109,110,111,112,113,114}	Değer>0,95 ^{107,108,109,110,114}
11	IFI*		Değer> 0,90 ^{107,109,110}	Değer > 0,95 ^{107,109,110}
12	RFI*		Değer> 0,90 ^{107,109}	Değer > 0,95 ^{107,109}
13	PNFI		Değer>0,50 ¹⁰⁷	Değer>0,95 ¹⁰⁷
14	ECVI ^{*110}		Sabit aralık yok ¹⁰⁷ , Ne kadar küçükse o kadar iyi ¹¹⁶	Sabit aralık yok ¹⁰⁷ , Ne kadar küçükse o kadar iyi ¹⁰⁷

*0 ve 1 arası değer alır. ^{112,113,114}

** χ^2 değerinin anlamsız çıkması istenir fakat uygulamada genellikle (çok büyük örneklem olmadıkça) anlamlı çıkar. Bu nedenle de χ^2/sd 'nin dikkate alınması daha uygundur. ¹¹⁴

LISREL’de yapılan doğrulayıcı faktör analizi sırasında oluşturulan yol şeması (path diagram) incelenirken standartlaştırılmış çözüm değerleri ve t değerlerini kapsayan kısımlar yol göstermektedir.

Şekil olarak oluşturulan standartlaştırılmış çözüm değerleri verilerinin yorumlanması sırasında ölçek içinde yer alan tüm maddelerin hata varyanslarının düşük olması, özellikle 0,90’ın üstüne çıkmaması istenmektedir (109).

Standartlaştırılmış çözüm değerlerinde yer alan veriler, ölçek alt boyutları arasındaki korelasyonlar hakkında da bilgi vermektedir (literatürde yer alan korelasyon katsayıları için, Bkz. alt boyutlar arasındaki ilişki, sf. 27)

Şekil olarak oluşturulan t değerleri kısmının yorumlanması sırasında ölçek içinde yer alan tüm maddelerin t değerlerinin 1,96’yı aşması istenmektedir. t değeri 1,96’yı aşan maddeler 0,05 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir. Eğer t değerleri 1,96 değerini aşmıyorsa program tarafından kırmızı oklarla gösterilmektedir. Kırmızı oklarla gösterilen değerlerin ölçekten çıkarılması ve

analizlerin tekrar edilmesi gerekmektedir. Bu işlemden önce yapılan faktör analizi incelenerek, faktör yüklerinin 0,30 ve üstü olması gerekliliği kontrol edilmelidir (109).

3.9.Etik Konular

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmanın katılımcılarına araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra kendilerinden araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına ilişkin yazılı onam alınmıştır (Bkz. EK-5, EK-6). Araştırmaya başladıktan sonra, araştırmaya devam etmek istemeyenlerin araştırmadan çekilmelerine izin verilmiş ve onlardan elde edilen veriler araştırmada kullanılmamıştır.

3.10.Araştırmanın İzinleri

Araştırmanın uygulanabilmesi için, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Etik Kurul Birimi'nden onay alınmıştır (Bkz. EK-7).

ÇBSKOÖ A formunu kullanabilmek için formun özgün şeklini geliştiren ve araştırmada ilk isim olarak yer alan araştırmacıdan izin alınmıştır (Bkz. EK-8). ÇBSKOÖ A ve B formlarının özgün şeklini geliştiren araştırmacılar tarafından yayımlanan ve ölçeklerin tez çalışmalarında kullanılabileceğini belirten izin yazısı literatürde saptanmıştır (77) (Bkz. EK-9). Bu nedenle, ÇBSKOÖ B formunu kullanabilmek için aynı yazardan tekrar izin alınmamıştır. Kullanılan diğer ölçeğin (İDKOÖ) Türkçe geçerlik güvenirliğini yapan araştırmacıdan izin alınmıştır (Bkz. EK-10).

3.11.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma metodolojik bir çalışmadır. Diğer metodolojik çalışmalarla benzer sınırlılıklar göstermektedir. Uyarlama çalışmasının sadece Burdur İli'nde yaşayan bir grupla yapılması ve bu grubunda araştırmacılar tarafından seçilmiş olması araştırmanın sınırlılığıdır.

3.12.Araştırmanın Başlangıç ve Bitiş Tarihleri

ÇBSKOÖ A Formu ve ÇBSKOÖ B Formu adlı ölçeklerin uygulanması için gerekli izinler alındıktan sonra araştırmanın veri toplama aşaması 15 Temmuz - 15 Eylül 2016 tarihleri arasında tamamlanmıştır. İlk olarak ÇBSKOÖ A Formu için örneklem 1 grubu verisi 15-30 Temmuz 2016 arasında iki haftalık bir sürede; örneklem 2 grubu verisi 31 Temmuz- 15 Ağustos 2016 arasında iki haftalık bir sürede toplanmıştır. İkinci olarak ÇBSKOÖ B Formu için örneklem 1 grubu verisi 16-31 Ağustos 2016 arasında iki haftalık bir sürede; örneklem 2 grubu verisi 1-15 Eylül 2016 arasında iki haftalık bir sürede toplanmıştır. Her iki çalışmaya katılan kişilerden elde edilen verilerin kontrolü, analizi ve raporlama aşamalarının Haziran 2017 tarihine kadar tamamlanması amaçlanmıştır.

3.13.Araştırma Bütçesi

Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının çoğaltılması ve araştırma verilerinin toplanması sırasında yapılan masraflar Burdur’da ikamet eden araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4.BULGULAR

Bulgular kısmında ilk olarak Çalışma-1 ve Çalışma-2'ye katılanların bazı özelliklerine göre dağılım tabloları Bölüm 4.1.'de verilmiştir.

İkinci olarak Çalışma-1'e katılanların geçerlik ve güvenirlik analizleri Bölüm 4.2.'de, Çalışma-2'ye katılanların geçerlik ve güvenirlik analizleri Bölüm 4.3. ve Bölüm 4.4.'te verilmiştir.

4.1.Çalışma-1 ve Çalışma-2'ye Katılanların Bazı Özelliklere Göre Dağılımı

Çalışma-1 ve Çalışma-2'ye katılanların bazı özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1. ve Tablo 4.10. arasında sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (Çalışma-1 ve Çalışma-2, Burdur, Ağustos 2016).

Katılımcıların Bazı Özellikleri		Çalışma-1		Çalışma-2	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	139	50,5	148	53,8
	Erkek	136	49,5	127	46,2
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	5	1,8	2	0,7
	Okuryazar	15	5,5	16	5,8
	İlkokul mezunu	54	19,6	65	23,6
	Ortaokul mezunu	36	13,1	33	12,0
	Lise mezunu	70	25,5	54	19,6
	Üniversite ve üzeri	95	34,5	105	38,2
Medeni Durum	Bekâr	47	17,1	44	16,0
	Evli	211	76,7	215	78,2
	Dul	12	4,4	14	5,1
	Boşanmış	5	1,8	2	0,7
Çocuk Sayısı	Çocuğu yok	66	24,0	63	22,9
	1 çocuğu olan	36	13,0	52	18,9
	2 çocuğu olan	92	33,5	73	26,6
	3 çocuğu olan	52	18,9	50	18,2
	4 ve üzeri çocuğu olan	29	10,6	37	13,4
İkamet Yeri	İl	176	64,0	224	81,5
	İlçe	78	28,4	42	15,3
	Köy	21	7,6	9	3,3
Toplam		275	100,0	275	100,0

Çalışma-1'e katılanların %50,5'i kadın, %34,5'i üniversite ve üzeri mezunu, %76,7'si evli, %33,5'i iki çocuğa sahiptir ve %64'ü il merkezinde ikamet etmektedir (Tablo 4.1.). Çalışma-1'e katılanların ortalama çocuk sayısı 2,46±1,19 (en az 1,00; en fazla 7,00) olarak bulunmuştur.

Çalışma-2'ye katılanların %53,8'i kadın, %38,2'si üniversite ve üzeri mezunu, %78,2'si evli, %26,6'sı iki çocuğa sahiptir ve %81,5'i il merkezinde ikamet etmektedir (Tablo 4.1.). Çalışma-2'ye katılanların ortalama çocuk sayısı 2,44±1,23 (en az 1,00; en fazla 6,00) olarak bulunmuştur.

Çalışma-1'e katılanların yaş ortalamaları 44,08±14,38 yıl (ortanca=44 yıl); Çalışma-2'ye katılanların ise 43,99±14,29 yıl (ortanca=43 yıl) olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.2. Katılımcıların Gelir ve Çalışma Biçimlerine Göre Dağılımı (Çalışma-1 ve Çalışma-2, Burdur, Ağustos 2016).

Katılımcıların Bazı Özellikleri		Çalışma-1		Çalışma-2	
		n	%	n	%
Aylık Gelir Durumu (TL)	1,300 TL* ve altı	24	8,7	48	17,5
	1,301-2600 TL arası	133	48,4	89	32,4
	2601-3900 TL arası	53	19,3	54	19,6
	3901-5200 TL arası	31	11,3	46	16,7
	5201-6500 TL arası	13	4,7	17	6,2
	6501-7800 TL arası	7	2,5	6	2,2
	7801-9100 TL arası	4	1,5	9	3,3
	9101-10400 TL arası	6	2,2	3	1,1
	10,401 TL ve üstü	4	1,5	3	1,1
Gelir Durumu Algısı	Çok kötü	2	0,7	0	0,0
	Kötü	21	7,6	27	9,8
	Orta	154	56,0	158	57,5
	İyi	94	34,2	83	30,2
	Çok iyi	4	1,5	7	2,5
Çalışma Durumu	Halen çalışmıyor	73	26,5	78	28,4
	Emekli	45	16,4	37	13,5
	Çalışıyor**	157	57,1	160	58,2
	<i>Tarım, Ormanlık ve Balıkçılık</i>	3	1,9	12	7,6
	<i>İmalat Sanayi</i>	1	0,6	3	1,9
	<i>Elektrik, Gaz, Buhar, Su ve Kanalizasyon</i>	1	0,6	1	0,6
	<i>İnşaat</i>	12	7,7	12	7,6
	<i>Konaklama ve Yiyecek Hizmetleri Faaliyeti</i>	3	1,9	6	3,7
	<i>Ulaştırma ve Depolama</i>	3	1,9	0	0,0
	<i>Finans ve Sigorta Faaliyetleri</i>	1	0,6	1	0,6
	<i>Gayrimenkul Faaliyetleri</i>	1	0,6	1	0,6
	<i>Mesleki, Bilimsel ve Teknik Faaliyetler</i>	10	6,2	10	6,2
	<i>İdari ve Destek Hizmet Faaliyetleri</i>	5	3,3	8	5,0
	<i>Kamu Yönetimi ve Savunma; Zorunlu Sosyal Güvenlik</i>	3	1,9	4	2,5
	<i>Eğitim</i>	7	4,6	7	4,3
<i>İnsan Sağlığı ve Sosyal Hizmet Faaliyetleri</i>	59	37,6	30	18,8	
<i>Diğer Faaliyetler (özel sektör, esnaf vb.)</i>	48	30,6	65	40,6	
Toplam		275	100,0	275	100,0

*2016 yılı Ocak ayı asgari ücret 1300 TL'dir.¹¹⁷

**Halen çalışılan iş http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/GYKA_2012/turkce/metaveri/siiniiflamalar/index.html adresinde yer alan meslek sınıflandırmasına göre yapılmıştır.¹¹⁸

Çalışma-1'e katılanların %48,4'ü 1,301-2,600 TL arası gelire sahiptir. Katılımcıların %56,0'sının gelir durumu algısı orta seviyededir ve %57,1'i halen bir işte çalışmaktadır (Tablo 4.2.).

Çalışma-2'ye katılanların %32,4'ü 1,301-2,600 TL arası gelire sahiptir. Katılımcıların %57,5'inin gelir durumu algısı orta seviyededir ve %58,2'si halen bir işte çalışmaktadır (Tablo 4.2.).

Çalışma-1'e katılanların 37,6'sı insan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetleri, %30,6'sı diğer faaliyetler ve %7,7'si inşaat sektöründe çalışmaktadır (Tablo 4.2.).

Çalışma-2'ye katılanların %40,6'sı diğer faaliyetler, %18,8'i insan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetleri, %7,6'sı tarım, ormancılık ve balıkçılık ve %7,6'sı inşaat sektöründe çalışmaktadır (Tablo 4.2.).

Çalışma-1'e katılanların gelirleri 300 TL ile 15.000 TL arasında değişmektedir ve gelir ortalaması 3.186 ± 227 TL (ortanca=2500 TL) olarak bulunmuştur (Tablo 4.2.).

Çalışma-2'ye katılanların gelirleri 300 TL ile 20.000 TL arasında değişmektedir ve gelir ortalaması 3251 ± 240 TL (ortanca=2700 TL) olarak bulunmuştur (Tablo 4.2.).

Tablo 4.3. Katılımcıların Sağlık Bildirimlerine Göre Dağılımı (Çalışma-1 ve Çalışma-2, Burdur, Ağustos 2016).

Katılımcıların Bazı Özellikleri		Çalışma-1		Çalışma-2	
		n	%	n	%
Genel Sağlık Durumu	Mükemmel	8	2,9	9	3,3
	Çok iyi	43	15,6	33	12,0
	İyi	146	53,1	137	49,8
	Orta (fena değil)	65	23,6	84	30,5
	Kötü	13	4,7	12	4,4
Genel Sağlık Durumu Karşılaştırma	Bir yıl öncesinden çok daha iyi	9	3,3	9	3,3
	Bir yıl öncesinden biraz iyi	20	7,3	34	12,4
	Hemen hemen aynı	183	66,5	166	60,4
	Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	61	22,2	59	21,5
	Bir yıl öncesinden çok daha kötü	2	0,7	7	2,5
Toplam		275	100,0	275	100,0

Çalışma-1'e katılanların %53,1'i sağlık durumunun iyi olduğunu, %66,5'i sağlık durumunun bir yıl öncesine göre hemen hemen aynı olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.3.).

Çalışma-2'ye katılanların %49,8'i sağlık durumunun iyi olduğunu, %60,4'ü sağlık durumunun bir yıl öncesine göre hemen hemen aynı olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.3.).

Veri toplama formunda katılımcılara termometreye benzeyen ve en iyi sağlık durumunun "100" en kötü sağlık durumunun "0" olarak düzenlendiği bir ölçek sunulmuştur. Katılımcıların bugünkü sağlık durumlarının ne kadar iyi veya kötü olduğuyula ilgili kendi düşüncelerini, tek bir çizgi çizerek ölçek üzerinde belirtmeleri istenmiştir. Çalışma-1 ile ilgili yapılan çalışmaya katılanların kendi sağlık durumlarına verdikleri puan 10 ile 100 arasında değişmektedir ve puan ortalaması $72,69 \pm 1,77$ (ortanca=75) olarak bulunmuştur. Çalışma-2 ile ilgili yapılan çalışmaya katılanların kendi sağlık durumlarına verdikleri puan 30 ile 100 arasında değişmektedir ve puan ortalaması $68,45 \pm 1,74$ (ortanca=70) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4. Katılımcıların Kronik Hastalıklarına Göre Dağılımı (Çalışma-1 ve Çalışma-2, Burdur, Ağustos 2016).

Katılımcıların Kronik Hastalık Durumu		Çalışma-1 (n:76)		Çalışma-2 (n:94)	
		n	%	n	%
Kronik Hastalık Varlığı	Hastalık olmayan	199	72,4	181	65,8
	Hastalık olan	76	27,6	94	34,2
Kronik Hastalık	<i>Hipertansiyon</i>	28	36,8	41	43,6
	<i>Diyabet</i>	29	38,1	17	18,0
	<i>Astım</i>	7	9,2	12	12,7
	<i>Kalp Rahatsızlığı</i>	12	15,7	7	7,4
	<i>Romatizma</i>	1	1,3	6	6,3
	<i>Alerjik Rinit</i>	3	3,9	5	5,3
	<i>Kronik Böbrek Yetmezliği</i>	2	2,6	3	3,1
	<i>Hipotroid</i>	3	3,9	2	2,1
	<i>KOAH*</i>	2	2,6	2	2,1
	<i>Bel Fıtığı</i>	10	13,1	2	2,1
	<i>Migren</i>	-	-	2	2,1
	<i>Ülser</i>	-	-	2	2,1
	<i>Reflü</i>	3	3,9	-	-
	<i>Kolestrol</i>	2	2,6	-	-
	<i>Diğer</i>	7**	9,1	16***	16

* Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.

**1 kişi depresyon, 1 kişi ateroskleroz, 1 kişi kemik erimesi, 1 kişi artrit, 1 kişi immün trombositopenik purpura, 1 kişi meme kanseri ve 1 kişi de multipl skleroz hastalığına sahiptir.

***1 kişi depresyon, 1 kişi epilepsi, 1 kişi akdeniz ateşi, 1 kişi asperger sendromu, 1 kişi guatr, 1 kişi hepatit B, 1 kişi ateroskleroz, 1 kişi hemofili, 1 kişi hipotansiyon, 1 kişi karaciğer hastalığı, 1 kişi akciğer kanseri, 1 kişi koroner arter hastalığı, 1 kişi kemik erimesi, 1 kişi kolestrol, 1 kişi reflü ve 1 kişi uyku apnesidir.

Çalışma-1'e katılanların %27,6'sının, Çalışma-2'ye katılanların %34,2'sinin en az bir kronik hastalığı vardır. Çalışma-1'e katılan ve kronik hastalığı olanların

%38,1'i diyabet, %36,8'i hipertansiyon ve %15,7'si'i kalp rahatsızlığına sahiptir. Çalışma-2'ye katılan ve kronik hastalığı olanların %43,6'sı hipertansiyon, %18,0'i diyabet ve %12,7'si astıma sahiptir (Tablo 4.4.).

Çalışma-1'e katılanların %1,1'i (n=3) fiziksel engele sahiptir. Çalışma-2'ye katılanların %3,6'sı (n=10) fiziksel engele sahiptir.

Çalışma-1'e katılanlardan 3 kişi ve Çalışma-2'ye katılanlardan 10 kişi fiziksel engele sahip olduklarını beyan etmişlerdir. Çalışma-1'de fiziksel engele sahip olan katılımcılar arasında bir kişide doğuştan kalça çıkığı, bir kişide sağ gözde görme kaybı ve kulakta işitme kaybı ve bir kişide tek gözde görme kaybı vardır. Çalışma-2'de fiziksel engele sahip olan katılımcılar arasında iki kişide her iki gözde de belli oranlarda görme kaybı, bir kişide tek gözde görme kaybı, 1 kişide iki gözde de tamamen görme kaybı, bir kişide bel eğriliği, bir kişide kalça çıkığı, bir kişide sağ el olmaması (bilekten kopma), bir kişide sol ayakta topallık, bir kişide sol elde deformasyon ve bir kişide tek böbreğe sahip olma durumu vardır.

4.2.Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

4.2.1.Güvenirlik Analizleri

1.Madde İstatistiklerinin Belirlenmesi

Tablo 4.5. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Madde İstatistikleri-Birinci Örneklem Grubu.

Örneklem 1*	Alt Boyut Toplam Cronbach Alfa	Ortalama± SS	Madde Toplam Korelasyon	Madde Çıkarıldığında Cronbach Alfa Değeri
1.Hastalanırsam, ne kadar çabuk iyileşeceğimi belirleyen kendi davranışımıdır.	İç Kontrol Cronbach Alfa=0,66	4,41±1,47	0,32	0,64
6.Sağlığım kontrolüm altındadır.		4,30±1,42	0,46	0,59
8.Hastalandığımda, benim suçumdur.		3,69±1,75	0,22	0,69
12.Sağlığımı etkileyen temel şey kendi yaptıklarımıdır.		4,58±1,39	0,45	0,59
13.Kendime iyi bakarsam, hastalıkları önleyebilirim		4,73±1,39	0,48	0,58
17.Eğer doğru davranışlarda bulunursam, sağlıklı kalabilirim.		4,82±1,20	0,46	0,59
Toplam		26,56±5,26		
2. Ne yaparsam yapayım eğer hastalanırsam, hastalanırım.	Şans Cronbach Alfa=0,70	3,99±1,73	0,39	0,67
4. Sağlığımı etkileyen çoğu şey tesadüfen gerçekleşir.		3,18±1,64	0,44	0,65
9. Şans, bir hastalıktan ne kadar çabuk iyileşeceğim konusunda büyük rol oynar.		2,77±1,68	0,42	0,66
11. Sağlığımın iyi olması büyük ölçüde kismet işidir.		2,65±1,66	0,41	0,66
15. Ne yaparsam yapayım, büyük olasılıkla hastalanırım.		3,35±1,63	0,43	0,65
16. Eğer olacağı varsa sağlıklı olurum.		3,60±1,68	0,47	0,64
Toplam		19,56±6,35		
3.Hekimimle düzenli temasta olmak benim için hastalıktan kaçınmanın en iyi yoludur.	Güçlü Diğer Kişiler Cronbach Alfa=0,76	3,98±1,65	0,55	0,72
5.Ne zaman kendimi iyi hissetmezsem, bir hekime danışmalıyım.		3,89±1,76	0,52	0,72
7.Hasta olmam ya da sağlıklı kalman konusunda ailemin yapacak çok şeyi vardır.		4,10±1,52	0,38	0,76
10. Sağlığımı, sağlık profesyonelleri kontrol eder.		4,33±1,58	0,58	0,71
14. Hastalıktan iyileştiğimde, bu genellikle başkaları (örneğin; hekimler, hemşireler, aile, arkadaşlar) bana iyi baktığı içindir.		4,12±1,51	0,46	0,74
18.Sağlığım konusunda sadece doktorumun bana yapmamı söylediği şeyleri yapabilirim.		4,25±1,48	0,55	0,72
Toplam		24,69±6,49		

*İlk tura katılan 275 kişi.

ÇBSKOÖ A formu madde toplam korelasyonlarının en düşük 0,22 ile en yüksek 0,58 arasında değiştiği saptanmıştır. Ölçek madde toplam korelasyon katsayılarının 0.25 altında kalan tek maddesi “Hastalandığımda, benim suçumdur” ifadesini içeren ve 0,22 değerini alan 8. maddedir. Madde korelasyon katsayısı düşük olsa da kritik değer olan 0,20 değerinin üstündedir (Bkz. madde istatistiklerinin belirlenmesi, sf. 26). 8. madde silindiğinde ise 0,66 olan Cronbach alfa değerinin 0,69’a yükseleceği (kritik değer olan 0,70’e çok yaklaşması) görülmektedir (Bkz. Cronbach alfa/iç tutarlılık katsayısı, sf. 26) (Tablo 4.5.).

Tablo 4.6. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Madde İstatistikleri-İkinci Örneklem Grubu.

Örneklem 2*	Alt Boyut, Toplam Cronbach Alfa	Ortalama± SS**	Madde Toplam Korelasyon	Madde Çıkarıldığında Cronbach Alfa Değeri
1.Hastalanırsam, ne kadar çabuk iyileşeceğimi belirleyen kendi davranışımdır.	İç Kontrol Cronbach Alfa=0,72	4,64±1,40	0,38	0,76
6.Sağlığım kontrolüm altındadır.		4,52±1,17	0,38	0,76
8.Hastalandığımda, benim suçumdur.		3,72±1,72	0,30	0,76
12.Sağlığımı etkileyen temel şey kendi yaptıklarımdır.		4,49±1,22	0,41	0,76
13.Kendime iyi bakarsam, hastalıkları önleyebilirim		4,93±1,25	0,26	0,77
17.Eğer doğru davranışlarda bulunursam, sağlıklı kalabilirim.		4,76±1,37	0,20	0,77
Toplam		27,06±5,34		
2. Ne yaparsam yapayım eğer hastalanacaksam, hastalanırım.	Şans Cronbach Alfa=0,78	3,80±1,55	0,48	0,75
4. Sağlığımı etkileyen çoğu şey tesadüfen gerçekleşir.		2,82±1,53	0,23	0,77
9. Şans, bir hastalıktan ne kadar çabuk iyileşeceğim konusunda büyük rol oynar.		2,37±1,49	0,21	0,77
11. Sağlığımın iyi olması büyük ölçüde kismet işidir.		2,26±1,51	0,26	0,77
15. Ne yaparsam yapayım, büyük olasılıkla hastalanırım.		3,08±1,65	0,37	0,76
16. Eğer olacağı varsa sağlıklı olurum.		3,00±1,73	0,54	0,74
Toplam		17,34±6,61		
3.Hekimimle düzenli temasta olmak benim için hastalıktan kaçınmanın en iyi yoludur.	Güçlü Diğer Kişiler Cronbach Alfa=0,76	4,06±1,52	0,38	0,76
5.Ne zaman kendimi iyi hissetmezsem, bir hekime danışmalıyım.		3,94±1,60	0,38	0,76
7.Hasta olmam ya da sağlıklı kalmam konusunda ailemin yapacak çok şeyi vardır.		4,22±1,34	0,30	0,76
10. Sağlığımı, sağlık profesyonelleri kontrol eder.		4,32±1,47	0,35	0,76
14. Hastalıktan iyileştiğimde, bu genellikle başkaları (örneğin; hekimler, hemşireler, aile, arkadaşlar) bana iyi baktığı içindir.		4,06±1,55	0,38	0,76
18.Sağlığım konusunda sadece doktorumun bana yapmamı söylediği şeyleri yapabilirim.		4,22±1,57	0,43	0,75
Toplam		24,85±6,16		

*Hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ikinci ölçümleri.

**Standart Sapma.

Örnekleme 2 grubunda ÇBSKOÖ A formu madde toplam korelasyonlarının en düşük 0,20 ile en yüksek 0,54 arasında değiştiği saptanmıştır. Ölçek madde toplam korelasyon katsayılarının 0.25 altında kalan maddeleri “Eğer doğru davranışlarda bulunursam, sağlıklı kalabilirim” ifadesini içeren ve 0,20 değerini alan 17. madde; “Sağlığımı etkileyen çoğu şey tesadüfen gerçekleşir” ifadesini içeren ve 0,23 değerini alan 4. madde; “Şans, bir hastalıktan ne kadar çabuk iyileşeceğim konusunda büyük rol oynar” ifadesini içeren ve 0,21 değer alan 9. maddedir. Bu maddelerde yer alan değerler kritik değer olan 0,20'nin altına düşmemiştir (Bkz. madde istatistiklerinin belirlenmesi, sf. 26).

Örnekleme 1 ve 2'den elde edilen bulgular doğrultusunda elde edilen güvenilirlik değerinin kabul edilebilir sınırlarda bulunması nedeniyle ölçekten madde çıkarılmaksızın analizlere devam edilmesi kararı verilmiştir.

2.İç Tutarlılık (Cronbach Alfa)

ÇBSKOÖ A formu örnekleme 1 alt boyutları Cronbach alfa değerlerine bakıldığında iç kontrol alt boyutu 0,66, şans alt boyutu 0,70 ve güçlü diğer kişiler alt boyutu 0,76 olarak saptanmıştır. Ölçek alt boyutları korelasyon katsayıları incelendiğinde 0,70'in altında kalan boyut sadece iç kontrol alt boyutudur (Tablo 4.5.) (Bkz. Cronbach alfa/iç tutarlılık katsayısı, sf. 26). Bu durum “Hastalandığımda, benim suçumdur” ifadesini kapsayan 8. maddeden kaynaklanmaktadır (Tablo 4.5.). 8. madde ile ilgili bilgi, bulgular kısmında madde istatistiklerinin belirlenmesi başlığı altında verilmiştir (Bkz. madde istatistiklerinin belirlenmesi, sf. 40).

ÇBSKOÖ A formu örnekleme 2 alt boyutları Cronbach alfa değerlerine bakıldığında, iç kontrol alt boyutu 0,72, şans alt boyutu 0,78 ve güçlü diğer kişiler alt boyutu 0,76 olarak bulunmuştur (Tablo 4.6.).

3.Paralel Testler Yöntemi

Tablo 4.7. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu ile İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği Korelasyon Katsayıları-Birinci ve İkinci Örneklem Grubu.

Örneklem 1*		İç Kontrol Alt Boyutu	Şans Kontrol Alt Boyutu	Güçlü Kişiler Boyutu	Diğer Alt Boyutu
Şans Kontrol Alt Boyutu	Korelasyon p değeri	0,01 0,79	1		
Güçlü Diğer Kişiler Alt Boyutu	Korelasyon p değeri	0,34 <0,01	0,20 <0,01	1	
İDKOÖ	Korelasyon p değeri	-0,21 <0,01	0,28 <0,01	-0,08 0,15	
Örneklem 2**					
Şans Kontrol Alt Boyutu	Korelasyon p değeri	0,13 0,25	1		
Güçlü Diğer Kişiler Alt Boyutu	Korelasyon p değeri	0,27 <0,01	0,14 0,20	1	
İDKOÖ	Korelasyon p değeri	-0,24 <0,03	0,40 <0,01	0,18 0,12	

*İlk tura katılan 275 kişinin ölçümleri.

**Hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ikinci ölçümleri.

Örneklem 1 grubunda, ÇBSKOÖ A formu iç kontrol alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, çok zayıf ve negatif yönde ($p<0,01$; $r:-0,21$) şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,28$) bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.7.) (Bkz. paralel testler yöntemi, sf. 27). Örneklem 1 grubu için, ÇBSKOÖ A formu alt boyutlarının İDKOÖ ile oluşturdukları korelasyon kabul edilebilir düzeydedir (Bkz. paralel testler yöntemi, sf. 27).

Örneklem 2 grubunda, ÇBSKOÖ A formu iç kontrol alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, çok zayıf ve negatif yönde ($p<0,03$; $r:-0,24$); şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,40$) bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.7.) (Bkz. paralel testler yöntemi, sf. 27).

Örneklem 2 grubunda elde edilen değerlerin, örneklem 1 grubunda elde edilen değerler (Tablo 4.7.) ile uyumlu olduğu saptanmıştır. Örneklem 2 grubu için, ÇBSKOÖ A formu alt boyutlarının İDKOÖ ile oluşturdukları korelasyon kabul edilebilir düzeydedir (Tablo 4.7.) (Bkz. paralel testler yöntemi, sf. 27).

4.Alt Boyutlar Arasındaki İlişki

Örneklem 1 grubunda, ÇBSKOÖ A formu iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,34$); şans

alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında anlamlı, çok zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,20$) bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.7.) (Bkz. alt boyutlar arasındaki ilişki, sf. 27).

Örneklem 2 grubunda ÇBSKOÖ A formu iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,27$) bir korelasyon bulunmuştur. Diğer alt boyutlar arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir (Tablo 4.7.) (Bkz. alt boyutlar arasındaki ilişki, sf. 27). Örneklem 2 grubunda elde edilen değerlerin, örneklem 1 grubunda elde edilen değerler (Tablo 4.7.) ile uyumlu olduğu saptanmıştır.

5. Test Tekrar Test Yöntemi

Tablo 4.8. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Test Tekrar Test Grubunun Korelasyon Katsayıları-İkinci Örneklem Grubu.

Örneklem 2*		İç Kontrol	Şans Kontrol	Güçlü Diğer Kişiler	İç Kontrol (Tekrar)	Şans Kontrol (Tekrar)
Şans Kontrol	Korelasyon p değeri	-0,05 0,62	1			
Güçlü Diğer Kişiler	Korelasyon p değeri	0,38 <0,01	0,21 0,06	1		
İç Kontrol (Tekrar)	Korelasyon p değeri	0,67 <0,01	0,13 0,26	0,27 0,01	1	
Şans Kontrol (Tekrar)	Korelasyon p değeri	0,04 0,67	0,63 <0,01	0,10 0,35	0,13 0,25	1
Güçlü Diğer Kişiler (Tekrar)	Korelasyon p değeri	0,11 0,33	0,22 0,05	0,77 <0,01	0,27 0,01	0,14 0,20

* Hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ilk ve ikinci ölçümleri.

Tablo 4.8’de örneklem 2 grubunun ilk tur ve ikinci turda ÇBSKOÖ A formu alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar gösterilmiştir. Örneklem 2 grubu ilk tur iç kontrol alt boyutu ile ikinci tur iç kontrol alt boyutu arasında anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,67$); ilk tur şans kontrol alt boyutu ile ikinci tur şans kontrol alt boyutu arasında anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,63$); ilk tur güçlü diğer kişiler alt boyutu ile ikinci tur güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında anlamlı, yüksek ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,77$) bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.8.). Ölçeğin ilk tur ve ikinci tur da elde edilen korelasyon katsayıları kabul edilebilir düzeydedir (Bkz. alt boyutlar arasındaki ilişki sf. 27, Bkz. test tekrar test yöntemi, sf. 28).

4.2.2.Geçerlik Analizleri

1.Kapsam/İçerik Geçerliği

Araştırmada kullanılan ÇBSKOÖ A formu için tanımlanmış olan kapsam ve boyutlandırmanın (Bkz. kapsam/içerik geçerliği, sf. 29) ülkemizde kullanımının uygun olup olmadığı incelenmiştir. Kullanımın uygun olduğuna karar verildikten sonra, dil geçerliği yapılmıştır. Dil geçerliği yapıldıktan sonra ve ölçek kullanılmadan önce ÇBSKOÖ A formunda yer alan üç alt boyutun (iç kontrol, şans kontrol ve güçlü diğer kişiler kontrolü) içeriği ve bu içeriğin ülkemizde kullanımının uygun olup olmadığı halk sağlığı alanından iki uzman ve psikiyatri hemşireliği alanından bir uzman tarafından incelenmiştir.

Bu çalışmada kullandığımız ÇBSKOÖ A formu sosyal öğrenme kuramına dayalı olarak geliştirilmiştir. Araştırmada ölçeğin özgün halinde değişiklik yapılmadığından dayandığı kuramsal yapı geçerlidir. Çalışmada kapsam geçerliği bakımından ölçeğin sadece dil geçerliği çalışılmıştır.

Araştırmada kullanılan ÇBSKOÖ A formu geçerlik çalışması kapsamında öncelikle dil eşdeğerliliği sağlanmıştır. Dil eşdeğerliliği sağlanması için ölçeğin;

- Halk sağlığı alanından 3 uzman ve İngilizce Öğretmenliği alanından bir akademisyen tarafından Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır.
- Araştırmacı ve danışmanları tarafından Türkçe tercüme karşılaştırılarak ortak ve farklı yönleri dikkate alınmıştır ve ölçeğin ilk Türkçe şekli hazırlanmıştır.
- Ölçeğin ilk Türkçe şekli, Türkçe dil yapısına uygunluk bakımından değerlendirilmek üzere bir Türk Dili ve Edebiyatı uzmanının görüşüne sunulmuştur. Uzmandan gelen görüş doğrultusunda önerilen düzeltmeler yapılarak ölçeğin Türkçe hali yeniden düzenlenmiştir.
- Türkçe'ye çevirisi yapılan ölçeğin Mütercim Tercümanlık alanından bir uzman tarafından İngilizce'ye çevirisi yapılmıştır.
- İngilizce'ye tekrar çevirisi yapılan ölçeğin özgün halini karşılayıp karşılamadığını belirlemek üzere dil bilimci bir uzmandan görüş alınmıştır. Uzmandan gelen olumlu görüş sonucunda ölçek araştırmada kullanılmıştır.

Kapsam geçerliği için bir diğer kanıt, aynı kapsamı ölçtüğü bilinen başka bir testle yeni test arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanmasıdır (Bkz. paralel testler

yöntemi, sf. 27). Güvenirlik analizleri arasında yer alan paralel testler yöntemi kısmında değerlendirilen korelasyon katsayıları Örneklem 1 (ilk tura katılan 275 kişinin ölçümleri) için iç kontrol alt boyutu ile İDKOÖ arasında -0,21; şans alt boyutu ile İDKOÖ 0,28 olarak bulunmuştur. Örneklem 2 (hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ölçümleri) için ise, iç kontrol alt boyutu ile İDKOÖ arasında -0,24; şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında 0,40 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.7.). Bulunan değerler sözü edilen tabloların altında yorumlanmıştır.

2.Görünüş Geçerliği

Tablo 4.9. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Uzman Görüşleri.

Maddeler	Birinci Uzman		İkinci Uzman		Üçüncü Uzman		Dördüncü Uzman	
	İç	*Dış	İç	*Dış	İç	*Dış	İç	*Dış
1.Hastalanırsam, ne kadar çabuk iyileşeceğimi belirleyen davranışımıdır.	+		+		+		+	
2.Ne yaparsam yapayım eğer hastalanacaksam, hastalanırım.		+		+		+		+
3.Hekimimle düzenli temasta olmak benim için hastalıktan kaçınmanın en iyi yoludur.	+		+		+			+
4.Sağlığımı etkileyen çoğu şey tesadüfen gerçekleşir.		+		+		+		+
5.Ne zaman kendimi iyi hissetmezsem, bir hekime danışmalıyım.	+		+			+		+
6. Sağlığım kontrolüm altındadır.	+		+		+		+	
7.Hasta olmam yada sağlıklı kalmam konusunda ailemin yapacak çok şeyi vardır.		+		+		+		+
8.Hastalandığımda, benim suçumdur.	+		+		+		+	
9. Şans, bir hastalıktan ne kadar çabuk iyileşeceğim konusunda büyük rol oynar.		+		+		+		+
10. Sağlığımı, sağlık profesyonelleri kontrol eder.		+		+		+		+
11. Sağlığımın iyi olması büyük ölçüde kısmet işidir.		+		+		+		+
12. Sağlığımı etkileyen temel şey kendi yaptıklarımdır.	+		+		+		+	
13. Kendime iyi bakarsam hastalıkları önleyebilirim.	+		+		+		+	
14.Hastalıktan iyileştiğimde, bu genellikle başkaları (örneğin; hekimler, hemşireler, aile, arkadaşlar) bana iyi baktığı içindir.		+		+		+		+
15.Ne yaparsam yapayım, büyük olasılıkla hastalanırım.		+		+		+		+
16. Eğer olacağı varsa sağlıklı olurum.		+		+		+		+
17.Eğer doğru davranışlarda bulunursam, sağlıklı kalabilirim.	+		+		+		+	
18.Sağlığım konusunda sadece doktorumun bana yapmamı söylediği şeyleri yapabilirim.	+			+	+			+
Toplam	9	9	8	10	8	10	6	12

*Dış kontrol, şans alt boyutu ve güçlü diğer kişiler alt boyutu olarak ikiye ayrılmaktadır. İç kontrol alt boyutunda 6, dış kontrol alt boyutunda (şans + güçlü diğer kişiler) 12 madde bulunmaktadır.

ÇBSKOÖ A formunda yer alan şans ve güçlü diğer kişiler alt boyutları, dış kontrol alt boyutunun ikiye bölünmüş şeklidir (Bkz. genel bilgiler, tarihsel gelişim sf. 7, 8). İç kontrol alt boyutunda 1,6,8,12,13,17. maddeler, şans kontrol alt boyutunda 2,4,9,11,15,16. maddeler ve güçlü diğer kişiler kontrol alt boyutunda 3,5,7,10,14,18. maddeler yer almaktadır (Tablo 4.9.).

ÇBSKOÖ A formunun görünüş geçerliğinin sağlanabilmesi için; ölçeğin okunabilirliği, anlaşılabilirliği, uygulanabilirliği, ölçeğin uygulanacağı toplumun kültürel özellikleri ve değer yargıları incelenmiştir. Ölçekte yer alan maddeleri halk sağlığı alanından iki uzman, ölçme değerlendirme alanından bir uzman ve psikiyatri hemşireliği alanından bir uzman olmak üzere toplam dört uzman değerlendirmiştir. Maddeleri değerlendiren birinci uzman ölçeğin özgün şeklinde dış kontrol/güçlü diğer kişiler alt boyutuna ait olan 3. 5. ve 18. maddeleri iç kontrol alt boyutuna ait olabileceği yönünde değerlendirmiştir. Maddeleri değerlendiren ikinci uzman ölçeğin özgün şeklinde dış kontrol/güçlü diğer kişiler alt boyutuna ait olan 3.ve 5. maddeleri iç kontrol alt boyutuna ait olabileceği yönünde değerlendirmiştir. Maddeleri değerlendiren üçüncü uzman ölçeğin özgün şeklinde dış kontrol/güçlü diğer kişiler alt boyutuna ait olan 3. ve 18. maddeleri iç kontrol alt boyutuna ait olabileceği yönünde değerlendirmiştir. Maddeleri değerlendiren dördüncü uzman ise maddeleri ölçeğin özgün şeklinde olduğu gibi 6 madde iç kontrol, 12 madde dış kontrol (şans ve güçlü diğer kişiler) alt boyutuna ait olabileceği yönünde değerlendirmiştir.

Ölçek maddelerinin değerlendirilmesinde iki uzman 3. 5. ve 18. maddenin hangi alt boyuta (iç kontrol alt boyutu ya da güçlü diğer kişiler alt boyutu) ait olduğunu anlayabilmekte zorlanmıştır. Ölçekteki bu maddeler incelendiğinde her üçünün de doktora başvurma ile ilgili olduğu görülmektedir. Maddelerin anlaşılabilirliği açısından da sorun bulunmadığı belirlenmiştir. Ölçeğin kavramsal tanımında sağlık çalışanları da dahil olmak üzere diğer kişilere başvurma dış kontrol odağı içerisinde tanımlandığından bu yapıya uygun biçimde kalmasının uygun olacağına ve bu sebeple ölçeğin özgün şeklinin kullanılarak analiz edilmesine karar verilmiştir.

ÇBSKOÖ A formu geçerlik ve güvenilirliği araştırmasına başlamadan önce 10 kişi ile (20-29 yaş:2 kişi; 30-39 yaş:2 kişi; 40-49 yaş:2 kişi; 50-59 yaş:2 kişi; 60-69 yaş:2 kişi) deneme uygulaması yapılmıştır. Deneme uygulaması katılımcıları, ÇBSKOÖ A formu ölçeğinde yer alan soruları anlamakta zorlandıklarını ve bir sonraki soruyu okuduklarında bir önceki sorunun aynısını okuyormuş gibi hissettiklerini vurgulamışlardır. Ayrıca deneme uygulamasına katılan ve yaşları ilerlemiş olan kişiler soruları anlamakta zorlandıklarını ve soruları kendilerine açıklayan biri olmadığında sonuçların yanlış olabileceğini vurgulamışlardır.

Katılımcılar ÇBSKOÖ A formu 7. (Sağlıklı kalmam ya da hastalığımla mücadelede ailem çok önemlidir) ve 8. (Hastalanırsam, benim suçumdur) soruda kararsız kaldıklarını belirtmişlerdir. 7. soruda sağlıklı kalmak ya da hasta olmak hangisine cevap vereceklerine ilişkin tereddütte kaldıklarını, 8. soruda ise dini inançlarının bir sonucu olan “kader” inancına sahip olduklarını ve bu ifadenin tek başına onların hastalık durumlarını açıklamakta yetersiz kaldığını ifade etmişlerdir. Bu görüşler doğrultusunda önermelerin anlaşılabilirliği yeniden kontrol edilmiştir, fakat maddelerde değişiklik yapılmamıştır.

3.Eş Zaman Geçerliği

Eş zaman geçerliği geçmişte oluşturulan ve benzer yapıyı ölçen bir ölçeğin yeni geliştirilen ya da uyarlanan ölçek ile birlikte uygulanması ve iki ölçek arasındaki ilişkinin yeni ölçekle ilgili tahminlerde bulunmaya katkı sağlamasıdır (96, 97).

ÇBSKOÖ A formunun eş zaman geçerliği için ÇBSKOÖ A formu alt boyutları ile İDKOÖ arasındaki korelasyonlara bakılmış ve korelasyon katsayılarının örneklem 1 grubunda, ÇBSKOÖ A formu iç kontrol alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, çok zayıf ve negatif yönde ($p<0,01$; $r:-0,21$) şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,28$) olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7). Örneklem 2 grubunda ÇBSKOÖ A formu iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,27$) bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.7.). ÇBSKOÖ A formunun yorumlanması için yapılan, güvenilirlik analizleri kısmında yer alan paralel testler yönteminde örneklem 1 (ilk tura katılan 275 kişinin ölçümleri) ve örneklem 2'ye (hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ikinci ölçümleri) ait korelasyon analizi tabloları ve tabloların yorumlamaları yapılmıştır (bkz. Tablo 4.7.). Geçerlik analizleri arasında yer alan kapsam geçerliği kısmında da bu analizlerden bahsedilmiştir (Bkz. ÇBSKOÖ A formu kapsam/içerik geçerliği, sf. 45).

4.Yapı Geçerliği

Tablo 4.10. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Doğrulayıcı Faktör Analizinde Kullanılan Uyum İndeksleri.

Sıra No	Index İsmi	Zayıf Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Mükemmel Uyum	Çalışmadan Elde edilen Değer	Uyum
1	p* değeri		p>0,05	p>0,05	<0,05	*Uygun
2	χ^2/sd		Değer <5 Değer <3	Değer < 3 Değer <2	1,8	Mükemmel Uyum
3	RMSEA	Değer <0,10	Değer <0,08	Değer < 0,05	0,05	Kabul Edilebilir Uyum
4	RMR	Değer <0,10	Değer< 0,08	Değer< 0,05	0,14	Uyumlu Değil
5	SRMR	Değer <0,10	Değer< 0,08 Değer< 0,10	Değer< 0,05	0,05	Kabul Edilebilir Uyum
6	GFI**	Değer> 0,85	Değer> 0,90	Değer > 0,95	0,92	Kabul Edilebilir Uyum
7	AGFI**	Değer> 0,80	Değer> 0,90 Değer> 0,85	Değer > 0,95 Değer> 0,90	0,89	Kabul Edilebilir Uyum
8	NFI**	Değer> 0,85 Değer> 0,80	Değer> 0,90	Değer > 0,95	0,80	Zayıf Uyum
9	NNFI**	Değer> 0,85 Değer> 0,80	Değer> 0,90	Değer > 0,95	0,87	Zayıf Uyum
10	CFI**	Değer> 0,85	Değer> 0,90	Değer > 0,95	0,89	Zayıf Uyum
11	IFI**		Değer> 0,90	Değer > 0,95	0,89	Uyumlu Değil
12	RFI**		Değer> 0,90	Değer > 0,95	0,76	Uyumlu Değil
13	PNFI		Değer>0,50	Değer>0,95	0,68	Kabul Edilebilir Uyum
14	ECVI**		Sabit aralık yok, Ne kadar küçükse o kadar iyi	Sabit aralık yok, Ne kadar küçükse o kadar iyi	1,05 (0,91-1,21 aralığında)	Uygun

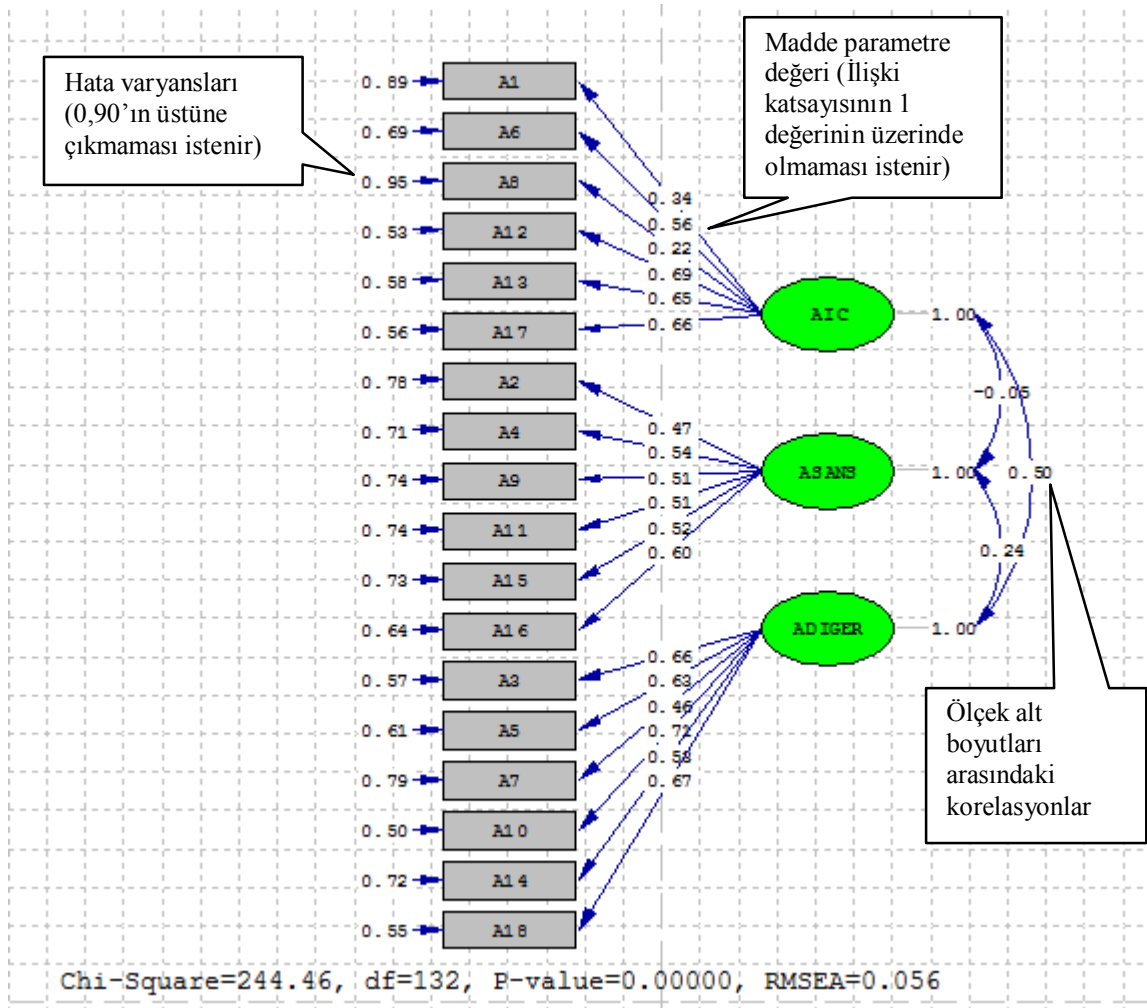
*Ki kare değerinin anlamsız çıkması istenir fakat uygulamada genellikle (çok büyük örneklemeler olmadıkça) anlamlı çıkar. Bu nedenle de χ^2/sd 'nin dikkate alınması daha uygundur.

**0 ve 1 arası değer alır.

ÇBSKOÖ A modeli ile ilgili yapılan doğrulayıcı faktör analizinde $p<0,05$, $\chi^2/sd=1,8$, $RMSEA=0,05$, $SRMR=0,05$, $GFI=0,92$, $AGFI=0,89$, $NFI=0,80$, $NNFI=0,87$, $CFI=0,89$, $PNFI=0,68$ ve $ECVI=1,05$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.10.). Üç faktörden oluşan model uyum istatistiklerinde kabul edilebilir değerlere ve kabul

edilebilir uyuma ulaşmıştır (Bkz. yapı geçerliği, sf. 30-32). Bu modelde modifikasyona gerek duyulmamıştır.

Tablo 4.10.'da yer alan uyum indekslerini açıklamak için kullanılan zayıf, kabul edilebilir ve mükemmel uyum kısımlarında yer alan değerlerin açıklamaları ve kaynakları için Tablo 3.2.'yi inceleyiniz (Bkz. yapı geçerliği, sf. 32).

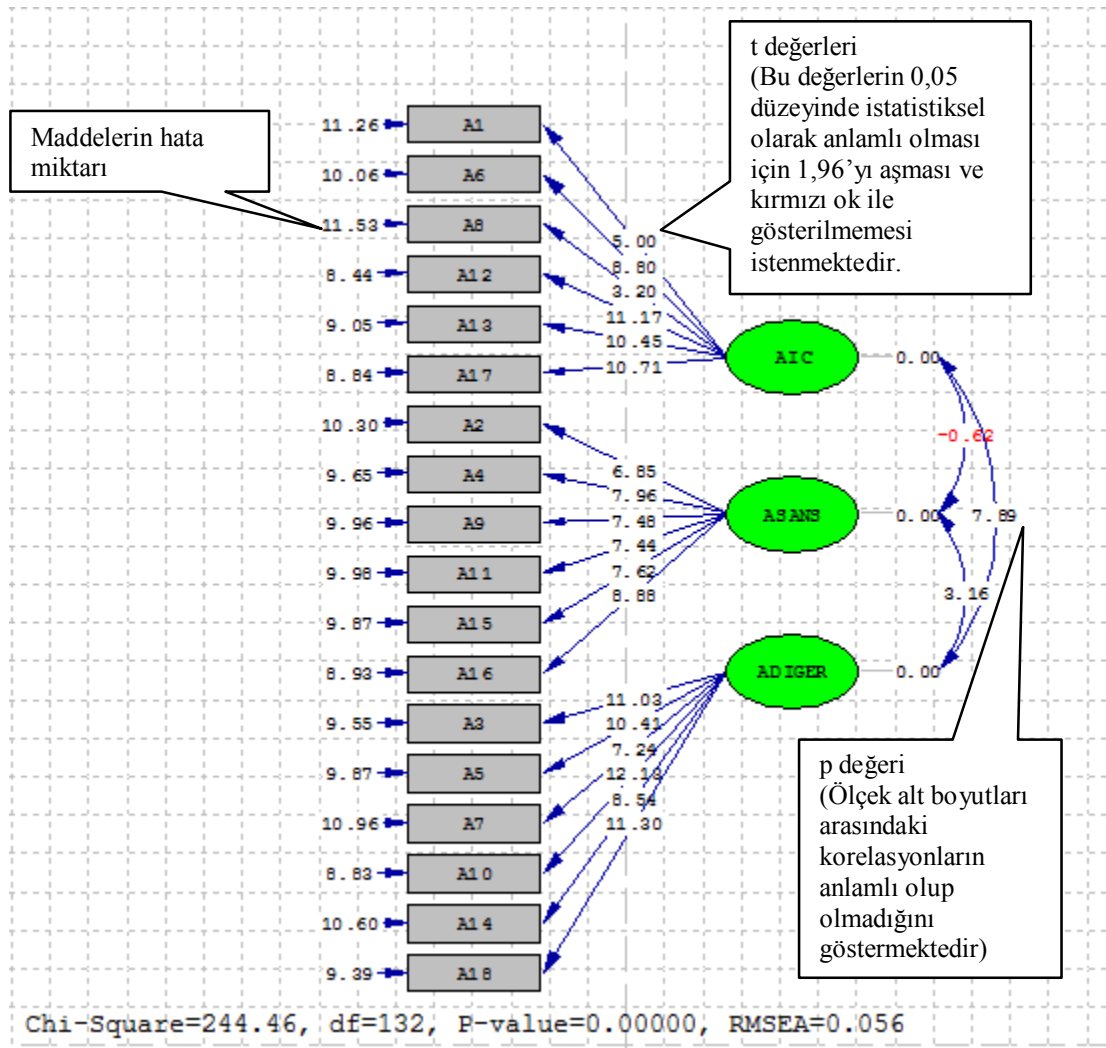


Şekil 4.1. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Doğrulayıcı Faktör Analizi Standartlaştırılmış Çözüm Değerleri-Birinci Örneklem Grubu.

ÇBSKOÖ A formu modeli hata varyanslarını yorumlamak için Şekil 4.1.'de yer alan standartlaştırılmış çözüm değerleri incelendiğinde 10. maddenin hata değeri en düşük 0,50, 8. maddenin hata değeri en yüksek 0,95 bulunmuştur. Hata değeri 0,90'ın üstünde tek madde 8. maddedir (Bkz. yapı geçerliği, sf. 30-32). 8. maddenin hata değeri yüksek olmasına rağmen t değeri istatistiksel olarak anlamlı (Bkz. Şekil

4.2.) bulunduğu için modelde kalmasına karar verilmiştir (Bkz. yapı geçerliği, sf. 30-32).

ÇBSKOÖ A formu modeli faktörler arası sonuçlar incelendiğinde iç kontrol ve şans alt boyutu arasında anlamlı ilişki olmadığı (-0,05); şans alt boyutu ve diğer güçlü kişiler alt boyutu arasında pozitif yönde (0,24), iç kontrol alt boyutu ve güçlü diğer kişiler arasında pozitif yönde (0,50) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Şekil 4.1.).



Şekil 4.2. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Doğrulayıcı Faktör Analizi t Değerleri-Birinci Örneklem Grubu.

ÇBSKOÖ A formu modelinde t değerlerini yorumlamak için Şekil 4.2. incelendiğinde tüm madde değerlerinin 1,96'nın üstünde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Maddelerin t değerlerinde kırmızı oka rastlanmamıştır (Bkz. yapı geçerliği, sf. 30-32). Maddelerde yer alan değerler incelendiğinde en

düşük değerler 3,20 ile 8. maddede, en yüksek değerler 12,1 ile 10. maddede olduğu saptanmıştır. Tüm maddelerde yer alan değerler 1,96'yı aştığı için ve kırmızı okla gösterilen madde olmadığı için tüm maddeler modelde kalmıştır.

4.3.Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

4.3.1.Güvenirlik Analizleri

1.Madde İstatistiklerinin Belirlenmesi

Tablo 4.11. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu Madde İstatistikleri- Birinci Örneklem Grubu.

Örneklem 1*	Alt Boyut Toplam Cronbach Alfa	Ortalama± SS	Madde Toplam Korelasyon	Madde Çıkarıldığında Cronbach Alfa Değeri
1. Hastalanırsam kendimi tekrar iyileştirecek güce sahibim.	İç Kontrol Cronbach Alfa=0,24	4,25±1,59	0,13	0,17
6. Kendi sağlığımdan doğrudan sorumluyum.		4,92±1,40	0,27	0,06
8. Sağlığımla ilgili her şey ters gidiyor.		2,46±1,67	-0,30	0,53
12. Fiziksel olarak iyi durumda olmam, kendime ne kadar iyi baktığıma bağlıdır.		4,86±1,32	0,27	0,07
13. Hasta hissettiğimde, sebebinin kendime doğru düzgün bakmamam olduğunu bilirim.		4,47±1,44	0,16	0,15
17. Kendime iyi bakarak büyük ölçüde sağlıklı kalabilirim.		4,93±1,28	0,27	0,07
Toplam		25,92±3,99		
2.Ne yaparsam yapayım eğer hastalanacaksam hastalanırım, bunu sıklıkla hissediyorum.	Şans Cronbach Alfa=0,59	3,69±1,64	0,36	0,54
4. Öyle görünüyor ki sağlığım büyük ölçüde tesadüfi olaylardan etkileniyor.		3,13±1,68	0,36	0,54
9. Hastalandığımda, hastalığın doğal sürecinde ilerlemesine izin veririm.		3,72±1,69	0,06	0,65
11. Sağlıklı kalıyorsam bu sadece şans eseridir.		2,65±1,80	0,41	0,52
15. Kendi baksam da, hastalanmam kolaydır.		3,31±1,69	0,37	0,53
16. Hastalanıyorsam bu kaderimde vardır.		3,45±1,84	0,43	0,50
Toplam			19,98±5,9	
3. İyi bir doktora düzenli olarak görünürsem, sağlık sorunları yaşama olasılığım düşer.	Güçlü Diğer Kişiler Cronbach Alfa=0,53	4,60±1,47	0,34	0,46
5. Sağlığımı sadece sağlık profesyonellerine danışarak koruyabilirim.		4,30±1,68	0,31	0,47
7. Diğer insanların sağlıklı ya da hasta olmam üzerinde önemli rolleri var.		3,40±1,67	0,18	0,54
10. Sağlık profesyonelleri sağlıklı olmamı sağlar.		4,68±1,51	0,46	0,40
14. Diğer kişilerden aldığım bakımın türü, bir hastalığı nasıl atlatacağımı belirler.		3,58±1,51	0,09	0,57
18. Doktorların talimatlarını harfiyen uygulamak, sağlıklı kalmamın en iyi yoludur.		4,86±1,34	0,34	0,46
Toplam			18,48±4,20	

*İlk tura katılan 275 kişi.

**Standart Sapma.

ÇBSKOÖ B formu madde toplam korelasyonlarının en düşük -0,30 ile en yüksek 0,46 arasında değiştiği saptanmıştır (Tablo 4.11.). Ölçek madde toplam korelasyon katsayılarına göre olması gereken değer 0,25 ve kritik değer 0,20'nin (Bkz. madde istatistiklerinin belirlenmesi sf. 26) altında kalan maddeler 1. (Hastalanırsam kendimi tekrar iyileştirecek güce sahibim), 7. (Diğer insanların sağlıklı ya da hasta olmam üzerinde önemli rolleri var), 8. (Sağlığımla ilgili her şey ters gidiyor), 9. (Hastalandığımda, hastalığım doğal sürecinde ilerlemesine izin veririm), 13. (Hasta hissettiğimde, sebebinin kendime doğru düzgün bakmamam olduğunu bilirim) ve 14. (Diğer kişilerden aldığım bakımın türü, bir hastalığı nasıl atlatacağımı belirler) maddelerdir (Tablo 4.11.). Ölçekte yer alan maddelerin çıkartılması, Cronbach alfa değerini kritik değer olan 0,70'e ulaştıramamaktadır (Bkz. Cronbach alfa/iç tutarlılık katsayısı, sf. 26).

Tablo 4.12. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu Madde İstatistikleri-İkinci Örneklem Grubu.

Örneklem 2*	Alt Boyut, Toplam Cronbach Alfa	Ortalama± SS	Madde Toplam Korelasyon	Madde Çıkarıldığında Cronbach Alfa Değeri
1. Hastalanırsam kendimi tekrar iyileştirecek güce sahibim.	İç Kontrol Cronbach Alfa=0,25	4,50±1,51	0,08	0,23
6. Kendi sağlığımdan doğrudan sorumluyum.		4,94±1,42	0,35	0,01
8. Sağlığımla ilgili her şey ters gidiyor.		2,58±1,77	-0,34	0,60
12. Fiziksel olarak iyi durumda olmam, kendime ne kadar iyi baktığıma bağlıdır.		5,06±1,39	0,31	0,05
13. Hasta hissettiğimde, sebebinin kendime doğru düzgün bakmamam olduğunu bilirim.		4,97±1,22	0,37	0,03
17. Kendime iyi bakarak büyük ölçüde sağlıklı kalabilirim.		5,13±1,18	0,21	0,15
Toplam		27,21±3,95		
2. Ne yaparsam yapayım eğer hastalanacaksam hastalanırım, bunu sıklıkla hissediyorum.	Şans Cronbach Alfa=0,59	3,89±1,65	0,36	0,53
4. Öyle görünüyor ki sağlığım büyük ölçüde tesadüfi olaylardan etkileniyor.		3,34±1,68	0,47	0,49
9. Hastalandığımda, hastalığın doğal sürecinde ilerlemesine izin veririm.		3,97±1,78	0,02	0,66
11. Sağlıklı kalıyorsam bu sadece şans eseridir.		2,77±1,84	0,29	0,56
15. Kendi baksam da, hastalanmam kolaydır.		3,50±1,82	0,39	0,52
16. Hastalanıyorsam bu kaderimde vardır.		3,38±1,86	0,47	0,48
Toplam		20,8±6,12		
3. İyi bir doktora düzenli olarak görünürsem, sağlık sorunları yaşama olasılığım düşer.	Güçlü Diğer Kişiler Cronbach Alfa=0,54	4,78±1,34	0,28	0,50
5. Sağlığımı sadece sağlık profesyonellerine danışarak koruyabilirim.		4,24±1,63	0,25	0,52
7. Diğer insanların sağlıklı ya da hasta olmam üzerinde önemli rolleri var.		3,53±1,56	0,26	0,51
10. Sağlık profesyonelleri sağlıklı olmamı sağlar.		4,73±1,46	0,51	0,38
14. Diğer kişilerden aldığım bakımın türü, bir hastalığı nasıl atlatacağımı belirler.		3,69±1,49	0,08	0,59
18. Doktorların talimatlarını harfiyen uygulamak, sağlıklı kalmamın en iyi yoludur.		5,17±1,09	0,39	0,46
Toplam		26,16±4,79		

* Hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ikinci ölçümleri.

**Standart Sapma.

Örneklem 2 grubunda ÇBSKOÖ B formu madde toplam korelasyonlarının en düşük -0,34 ile en yüksek 0,51 arasında değiştiği saptanmıştır (Tablo 4.12.). Ölçek madde toplam korelasyon katsayılarına göre olması gereken değer 0,25'in (Bkz. madde istatistiklerinin belirlenmesi sf. 26) altında kalan maddeler 1. (Hastalanırsam kendimi tekrar iyileştirecek güce sahibim), 8. (Sağlığımla ilgili her şey ters gidiyor), 9 (Hastalandığımda, hastalığın doğal sürecinde ilerlemesine izin veririm), 14. (Diğer kişilerden aldığım bakımın türü, bir hastalığı nasıl atlatacağımı belirler) ve 17. (Kendime iyi bakarak, büyük ölçüde sağlıklı kalabilirim) maddelerdir (Tablo 4.12.). Kritik değer 0,20'nin altında kalan maddeleri ise 1, 8, 9 ve 14'tür (Bkz. madde

istatistiklerinin belirlenmesi sf. 26). Ölçekten bu maddelerin çıkarılması Cronbach alfa değerini, kritik değer olan 0,70'e ulaşmasını sağlamamaktadır (Bkz. Cronbach alfa/iç tutarlılık katsayısı, sf. 26).

2.İç Tutarlılık (Cronbach Alfa)

ÇBSKOÖ B formu örneklem 1 alt boyutları Cronbach alfa değerlerine bakıldığında iç kontrol alt boyutu 0,24, şans alt boyutu 0,59, güçlü diğer kişiler alt boyutu 0,53 olarak saptanmıştır (Tablo 4.11.). Ölçek alt boyut korelasyon katsayıları incelendiğinde tüm alt boyutlar 0,70'in altında kalmıştır (Bkz. Cronbach alfa/iç tutarlılık katsayısı, sf. 26). Örneklem 1'de yer alan değerler ölçeğin tutarlı kabul edilebilmesi için gereken değer altındadır (Bkz. Cronbach alfa/iç tutarlılık katsayısı, sf. 26).

ÇBSKOÖ B formu örneklem 2 Cronbach alfa değerlerine bakıldığında iç kontrol alt boyutu 0,25, şans alt boyutu 0,59 ve güçlü diğer kişiler alt boyutu 0,54 olarak saptanmıştır (Tablo 4.12.). Bulunan değerler ölçeğin tutarlı kabul edilebilmesi için gereken değer altındadır.

3.Paralel Testler Yöntemi

Tablo 4.13. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu ile İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği Korelasyon Katsayıları-Birinci ve İkinci Örneklem Grubu.

Örneklem 1*		İç Kontrol Alt Boyutu	Şans Kontrol Alt Boyutu	Güçlü Diğer Kişiler Alt Boyutu
Şans Kontrol Alt Boyutu	Korelasyon p değeri	0,01 0,79	1	
Güçlü Diğer Kişiler Alt Boyutu	Korelasyon p değeri	0,28 <0,01	0,24 <0,01	1
İDKOÖ	Korelasyon p değeri	-0,01 0,76	0,14 <0,01	-0,03 0,58
Örneklem 2*				
Şans Kontrol Alt Boyutu	Korelasyon p değeri	-0,06 0,58	1	
Güçlü Diğer Kişiler Alt Boyutu	Korelasyon p değeri	0,35 <0,01	-0,03 0,77	1
İDKOÖ	Korelasyon p değeri	-0,15 0,18	-0,09 0,39	-0,21 0,06

*İlk tura katılan 275 kişi.

** Hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ikinci ölçümleri.

Örneklem 1 grubunda ÇBSKOÖ B formu şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, çok zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,14$) bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.13.) (Bkz. paralel testler yöntemi, sf. 27). Örneklem 1 grubu için, ÇBSKOÖ B formu şans alt boyutunun İDKOÖ ile oluşturduğu korelasyon kabul edilebilir düzeyde değildir (Bkz. paralel testler yöntemi, sf. 27).

Örneklem 2 grubunda ÇBSKOÖ B formu alt boyutları ile İDKOÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır (Bkz. paralel testler yöntemi, sf. 27).

4.Alt Boyutlar Arasındaki İlişki

Örneklem 1 grubunda ÇBSKOÖ B formu iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r: 0,28$), şans alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında anlamlı, çok zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r: 0,24$) bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.13.) (Bkz. alt boyutlar arasındaki ilişki, sf. 27). Şans alt boyutu ile iç kontrol alt boyutu arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p=0,79$; $r=0,01$) (Tablo 4.13).

Örneklem 2 grubunda ÇBSKOÖ B formu iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında anlamlı zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,35$) bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.13.) (Bkz. alt boyutlar arasındaki ilişki, sf. 27). Örneklem 2 grubunda elde edilen değerlerin, örneklem 1 grubunda elde edilen değerler (Tablo 4.13.) ile uyumlu olduğu saptanmıştır.

5.Test-Tekrar Test Yöntemi

Tablo 4.14. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu Test Tekrar Test Grubunun Korelasyon Katsayıları-İkinci Örneklem Grubu.

Örneklem 2*		İç Kontrol	Şans Kontrol	Güçlü Diğer Kişiler	İç Kontrol (Tekrar)	Şans Kontrol (Tekrar)
Şans Kontrol	Korelasyon p değeri	-0,06 0,58	1			
Güçlü Diğer Kişiler	Korelasyon p değeri	0,35 <0,01	-0,03 0,77	1		
İç Kontrol (Tekrar)	Korelasyon p değeri	0,62 <0,01	-0,05 0,65	0,27 0,01	1	
Şans Kontrol (Tekrar)	Korelasyon p değeri	-0,09 0,42	0,86 <0,01	-0,05 0,66	-0,09 0,41	1
Güçlü Diğer Kişiler (Tekrar)	Korelasyon p değeri	0,27 <0,01	0,02 0,82	0,77 <0,01	0,28 0,01	0,02 0,85

* Hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ilk ve ikinci ölçümleri.

Tablo 4.14’te örneklem 2 grubunun ilk tur ve ikinci turda ÇBSKOÖ B formu alt boyutlarından aldıkları korelasyon katsayıları gösterilmiştir. Örneklem 2 grubu ilk tur iç kontrol alt boyutu ile ikinci tur iç kontrol alt boyutu arasında anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,62$); ilk tur şans kontrol alt boyutu ile ikinci tur şans kontrol alt boyutu arasında anlamlı, yüksek ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,86$); ilk tur güçlü diğer kişiler alt boyutu ile ikinci tur güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında anlamlı, yüksek ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,77$) bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.14.). Ölçeğin ilk tur ve ikinci turda elde edilen korelasyon değerleri kabul edilebilir düzeydedir (Bkz. alt boyutlar arasındaki ilişki sf. 27; Bkz. test tekrar test yöntemi, sf. 28).

4.3.2.Geçerlik Analizleri

1.Kapsam/İçerik Geçerliği

Araştırmada kullanılan ÇBSKOÖ B formu için tanımlanmış olan kapsam ve boyutlandırmanın (Bkz. kapsam içerik geçerliği, sf. 29) ülkemizde kullanımının uygun olup olmadığı incelenmiştir. Kullanımın uygun olduğuna karar verildikten sonra, dil geçerliği yapılmıştır. Dil geçerliği yapıldıktan sonra ve ölçek kullanılmadan önce ÇBSKOÖ B formunda yer alan üç alt boyutun (iç kontrol, şans kontrol ve güçlü diğer kişiler kontrolü) içeriği ve bu içeriğin ülkemizde kullanımının uygun olup

olmadığı halk sağlığı alanından iki uzman ve psikiyatri hemşireliği alanından bir uzman tarafından incelenmiştir.

Bu araştırmada kullanılan ÇBSKOÖ B formu sosyal öğrenme kuramına dayalı olarak geliştirilmiştir. Araştırmada ölçeğin özgün halinde değişiklik yapılmamıştır. Bu nedenle de kapsam geçerliği bakımından ölçeğin sadece dil geçerliği yapılmıştır.

ÇBSKOÖ A ve B formlarını geliştiren araştırmacılar bu formların genel popülasyonda ve sağlıklı bireylerde sağlık kontrol odağını ölçmek için kullanılabilceğini, ek olarak ÇBSKOÖ B formunun kronik hastalığı olan kişilerde de kullanılabilceğini fakat bu durumla ilgili güçlü kanıtlar olmadığını vurgulamışlardır (63).

ÇBSKOÖ B formunun kapsam geçerliğinin incelenmesi için yapılan tüm uygulamalar ÇBSKOÖ A formu ile aynı şekilde yapılmıştır (Bkz. ÇBSKOÖ A formu geçerlik analizleri, kapsam/içerik geçerliği, sf. 45).

Kapsam geçerliği için bir diğer kanıt, aynı kapsamı ölçtüğü bilinen başka bir testle yeni test arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanmasıdır (Bkz. paralel testler yöntemi, sf. 27). Güvenirlik analizleri arasında yer alan paralel testler yöntemi kısmında analiz edilen korelasyon değerleri örneklem 1 (ilk tura katılan 275 kişinin ölçümleri) için şans alt boyutu ile İDKOÖ 0,14 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.13.). Örneklem 2 (hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ölçümleri) için ise istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır (Bkz. Tablo 4.13.). Bulunan değerler sözü edilen tabloların altında yorumlanmıştır.

2.Görünüş Geçerliği

Tablo 4.15. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu Uzman Görüşleri.

Maddeler	Birinci Uzman		İkinci Uzman		Üçüncü Uzman		Dördüncü Uzman	
	İç	*Dış	İç	*Dış	İç	*Dış	İç	*Dış
1.Hastalanırsam, kendimi tekrar iyileştirecek güce sahibim.	+		+		+		+	
2.Ne yaparsam yapayım eğer hastalanacaksam hastalanırım, bunu sıklıkla hissediyorum.		+		+		+		+
3.İyi bir doktora düzenli olarak görünürsem, sağlık sorunları yaşama olasılığım düşer.	+		+		+			+
4.Öyle görünüyor ki sağlığım büyük ölçüde tesadüfi olaylardan etkileniyor.		+		+		+		+
5.Sağlığımı sadece sağlık profesyonellerine danışarak koruyabilirim.	+			+		+		+
6. Kendi sağlığımdan doğrudan sorumluyum.	+		+		+		+	
7.Diğer insanların sağlıklı ya da hasta olmam üzerinde önemli rolleri var.		+		+		+		+
8.Sağlığım ile ilgili her şey ters gidiyor.	+		+		+		+	
9. Hastalandığımda, hastalığın doğal sürecinde ilerlemesine izin veririm.		+		+		+		+
10. Sağlık profesyonelleri sağlıklı olmamı sağlar.		+		+		+		+
11. Sağlıklı kalıyorsam bu sadece şans eserdir.		+		+		+		+
12. Fiziksel olarak iyi durumda olmam, kendime ne kadar iyi baktığıma bağlıdır.	+		+		+		+	
13. Hasta hissettiğimde, sebebinin kendime doğru düzgün bakmamam olduğunu bilirim.	+		+		+		+	
14.Diğer kişilerden aldığım bakımın türü, bir hastalığı nasıl atlatacağımı belirler.		+		+		+		+
15.Kendime baksam da, hastalanmam kolaydır.		+		+		+		+
16. Hastalanıyorsam bu kaderimde vardır.		+		+		+		+
17.Kendime iyi bakarak büyük ölçüde sağlıklı kalabilirim.	+		+		+		+	
18.Doktorların talimatlarını harfiyen uygulamak, sağlıklı kalmamın en iyi yoludur.	+		+		+			+
Toplam	9	9	8	10	8	10	6	12

*Dış kontrol, şans alt boyutu ve güçlü diğer kişiler alt boyutu olarak ikiye ayrılmaktadır. İç kontrol alt boyutunda 6, dış kontrol alt boyutunda (şans + güçlü diğer kişiler) 12 madde bulunmaktadır.

ÇBSKOÖ B formunda yer alan şans ve güçlü diğer kişiler alt boyutları dış kontrol alt boyutunun ikiye bölünmüş şeklidir (Bkz. genel bilgiler, tarihsel gelişim sf. 7, 8). İç kontrol alt boyutunda 1,6,8,12,13,17. maddeler, şans kontrol alt boyutunda 2,4,9,11,15,16. maddeler ve güçlü diğer kişiler kontrol alt boyutunda 3,5,7,10,14,18. maddeler yer almaktadır (Tablo 4.15.).

ÇBSKOÖ B formunun görünüş geçerliğinin yapılması için gereken tüm uygulamalar ÇBSKOÖ A formu ile aynı yapılmıştır (Bkz. ÇBSKOÖ A formu geçerlik analizleri, görünüş geçerliği, sf. 47). Ölçekte yer alan maddeleri halk sağlığı alanından iki uzman, ölçme değerlendirme alanından bir uzman ve psikiyatri hemşireliği alanından bir uzman toplam dört uzman değerlendirmiştir. Maddeleri değerlendiren birinci uzman ölçeğin özgün şeklinde dış kontrol/güçlü diğer kişiler alt boyutuna ait olan 3. 5. ve 18. maddeleri iç kontrol alt boyutuna ait olabileceği yönünde değerlendirmiştir. Maddeleri değerlendiren ikinci uzman ölçeğin özgün şeklinde dış kontrol/güçlü diğer kişiler alt boyutuna ait olan 3. ve 18. maddeleri iç kontrol alt boyutuna ait olabileceği yönünde değerlendirmiştir. Maddeleri değerlendiren üçüncü uzman ölçeğin özgün şeklinde dış kontrol/güçlü diğer kişiler alt boyutuna ait olan 3. ve 18. maddeleri iç kontrol alt boyutuna ait olabileceği yönünde değerlendirmiştir. Maddeleri değerlendiren dördüncü uzman ise maddeleri ölçeğin özgün şeklinde olduğu gibi 6 madde iç kontrol, 12 madde dış kontrol (şans ve güçlü diğer kişiler) alt boyutuna ait olabileceği yönünde değerlendirmiştir.

Ölçek maddelerinin değerlendirilmesinde üç uzman 3. ve 18. ve bir uzmanda 5. maddenin hangi alt boyuta (iç kontrol alt boyutu ya da güçlü diğer kişiler alt boyutu) ait olduğunu anlayabilmekte zorlanmıştır. Ölçekteki bu maddeler incelendiğinde her üçünün de doktora başvurma ile ilgili olduğu görülmektedir. Maddelerin anlaşılabilirliği açısından da sorun bulunmadığı belirlenmiştir. Ölçeğin kavramsal tanımında sağlık çalışanları da dahil olmak üzere diğer kişilere başvurma dış kontrol odağı içerisinde tanımlandığından bu yapıya uygun biçimde kalmasının uygun olacağına ve bu sebeple ölçeğin özgün şeklinin kullanılmasına karar verilmiştir.

ÇBSKOÖ B formu geçerlik ve güvenilirliği araştırmasına başlamadan önce 10 kişiye (20-29 yaş:2 kişi; 30-39 yaş:2 kişi; 40-49 yaş:2 kişi; 50-59 yaş:2 kişi; 60-69 yaş:2 kişi) deneme uygulaması yapılmıştır. Deneme uygulaması katılımcıları, ÇBSKOÖ B formu ölçeğinde yer alan soruları anlamakta zorlandıklarını ve soruların çok karmaşık olduğunu ifadeleri anlamadıkları için de ifadeye ne kadar katıldıklarını seçmekte zorlandıklarını vurgulamışlardır. Katılımcılar ÇBSKOÖ B formu 1. (Hastalanırsam kendimi tekrar iyileştirecek güce sahibim), 7. (Diğer insanların sağlıklı ya da hasta olmam üzerinde önemli rolleri vardır), 8. (Sağlığım ile ilgili her

şey ters gidiyor), 9. (Hastalandığımda hastalığım doğal sürecinde ilerlemesine izin veririm), 13. (Hasta hissettiğimde, sebebinin kendime doğru düzgün bakmamam olduğunu bilirim) ve 14. (Diğer kişilerden aldığım bakımın türü, bir hastalığı nasıl atlatacağımı belirler) sorularında kararsız kaldıklarını belirtmişlerdir. 1. soruda dini inançlarının bir sonucu olan “kader” inancına sahip olduklarını ve kendilerinden üstün olan bir gücün varlığına inandıklarını, 7. soruda sağlıklı kalmak ya da hasta olmak hangisine cevap vereceklerine ilişkin tereddütte kaldıklarını, 8. soruda “her şey ters gidiyor” kavramının sağlık üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu ve her şey derken neyin kastedildiğini anlayamadıklarını, 13. soruda yer alan ifadeyi anlamadıklarını ve 14. soruda ise “bakımın türü” kavramının ne ve diğer kişilerin kim olduğunu anlayamadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların tereddütte kaldıkları tüm ifadeler –İngilizce’den Türkçe’ye çeviri yapıldığı göz önünde tutularak- anlam yönünden tekrar incelenmiştir. Dil eşdeğerliliğinin sağlanmasına yönelik sorun saptanmasa da, 7. soruda bir cümlede yer alan iki ifade varlığı ve 8. soruda yer alan ifadenin anlamı ve içinde bulunduğu alt boyuta katkısı konusunda araştırmacılar da çelişki yaşamışlardır. Hem araştırmacılar hem de ön deneme katılımcıları ölçekte yer alan maddelerde bazı anlam güçlükleri yaşamıştır. Buna rağmen bu maddelerin çok sayıda olmaması ve önemli çelişkileri içermemesi nedeniyle araştırmacılar ölçeğin bu şekliyle kullanılmasına karar vermiştir.

3.Eş Zaman Geçerliği

ÇBSKOÖ B formunun eş zaman geçerliği için ÇBSKOÖ B formu alt boyutları ile İDKOÖ arasındaki korelasyonlara bakılmış ve örneklem 1 grubunda ÇBSKOÖ B formu şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, çok zayıf ve pozitif yönde ($p < 0,01$; $r: 0,14$) bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.13.). ÇBSKOÖ B formu iç kontrol ve güçlü diğer kişiler alt boyutları ile İDKOÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon değerine ulaşamamıştır (Tablo 4.13.). ÇBSKOÖ B formunun yorumlanması için yapılan, güvenilirlik analizleri kısmında yer alan paralel testler yöntemi kısmında örneklem 1 (ilk tura katılan 275 kişinin ölçümleri) ve örneklem 2’ye (hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ölçümleri) ait korelasyon analizi tabloları ve tabloların yorumlamaları yapılmıştır (bkz, Tablo 4.13.). ÇBSKOÖ B formu geçerlik analizleri arasında yer alan kapsam/içerik

geçerliği kısmında da bu analizlerden bahsedilmiştir (Bkz. ÇBSKOÖ B formu kapsam/içerik geçerliği, sf. 58).

4.Yapı Geçerliği

Tablo 4.16. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu Doğrulayıcı Faktör Analizinde Kullanılan Uyum İndeksleri Tablosu.

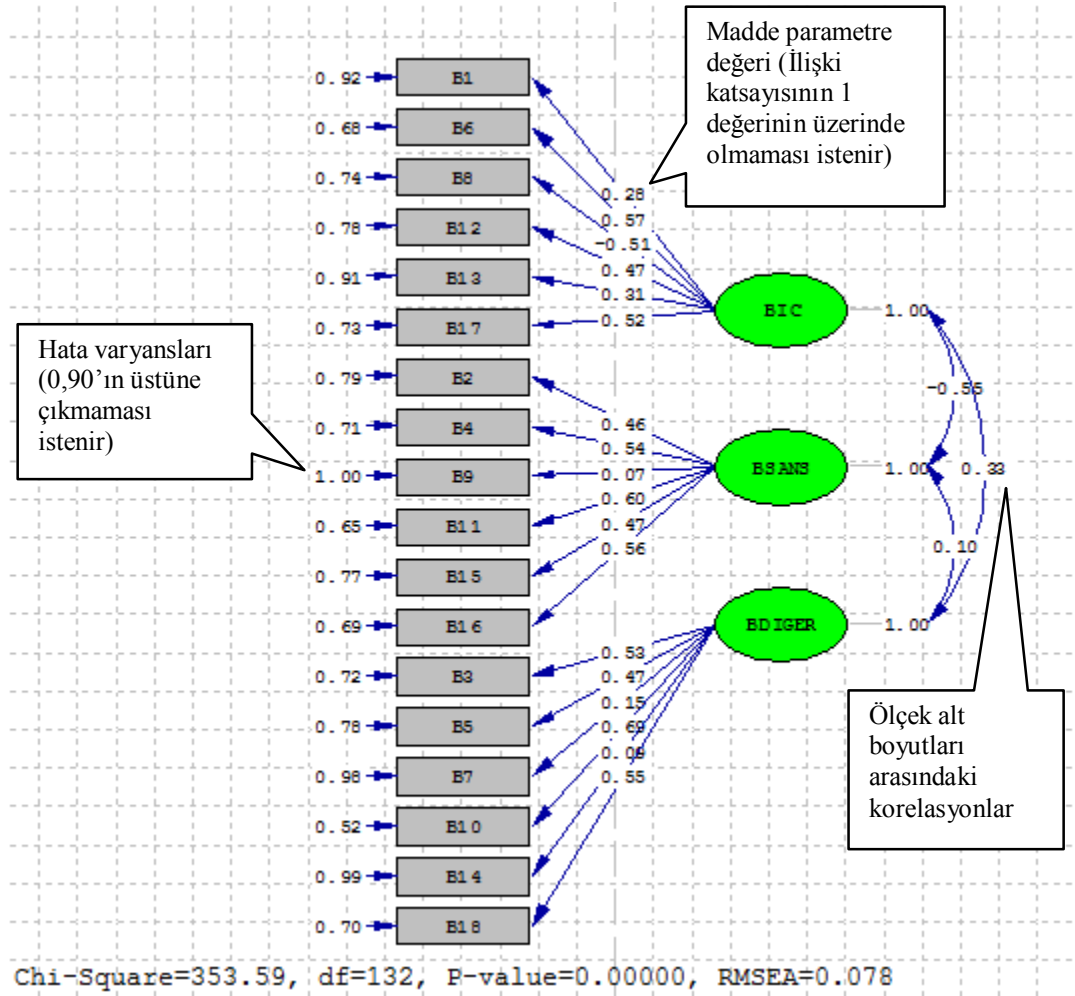
Sıra No	Index İsmi	Zayıf Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Mükemmel Uyum	Çalışmadan Elde Edilen Değer	Uyum
1	p* değeri		p>0,05	p>0,05	<0,05	*Uygun
2	χ^2/sd		Değer <5 Değer <3	Değer < 3 Değer <2	2,6	Mükemmel Uyum
3	RMSEA	Değer <0,10	Değer <0,08	Değer < 0,05	0,07	Kabul Edilebilir Uyum
4	RMR	Değer <0,10	Değer< 0,08	Değer< 0,05	0,22	Uyumlu Değil
5	SRMR	Değer <0,10	Değer< 0,08 Değer< 0,10	Değer< 0,05	0,08	Zayıf Uyum
6	GFI**	Değer> 0,85	Değer> 0,90	Değer > 0,95	0,87	Zayıf Uyum
7	AGFI**	Değer> 0,80	Değer> 0,90 Değer> 0,85	Değer > 0,95 Değer > 0,90	0,84	Zayıf Uyum
8	NFI**	Değer> 0,85 Değer> 0,80	Değer> 0,90	Değer > 0,95	0,56	Uyumlu Değil
9	NNFI**	Değer> 0,85 Değer> 0,80	Değer> 0,90	Değer > 0,95	0,60	Uyumlu Değil
10	CFI**	Değer> 0,85	Değer> 0,90	Değer > 0,95	0,66	Uyumlu Değil
11	IFI**		Değer> 0,90	Değer > 0,95	0,67	Uyumlu Değil
12	RFI**		Değer> 0,90	Değer > 0,95	0,49	Uyumlu Değil
13	PNFI		Değer>0,50	Değer>0,95	0,49	Uyumlu Değil
14	ECVI**		Sabit aralık yok, Ne kadar küçükse o kadar iyi	Sabit aralık yok, Ne kadar küçükse o kadar iyi	1,58 (1,39-1,79 aralığında)	Uygun

*Ki kare değerinin anlamsız çıkması istenir fakat uygulamada genellikle (çok büyük örneklemeler olmadıkça) anlamlı çıkar. Bu nedenle de χ^2/sd 'nin dikkate alınması daha uygundur.

**0 ve 1 arası değer alır.

ÇBSKOÖ B modeli ile ilgili yapılan doğrulayıcı faktör analizinde p<0,05, $\chi^2/sd=2,6$ RMSEA=0,07, SRMR=0,08, GFI=0,87, AGFI=0,84, NFI=0,56, NNFI=0,60, CFI=0,66, PNFI=0,49 ve ECVI=1,58 olarak bulunmuştur (Tablo 4.16.). Üç faktörden oluşan model uyum istatistiklerinde kabul edilebilir değerlere ve kabul edilebilir uyuma ulaşamamıştır (Bkz. yapı geçerliği, sf. 30-32).

Tablo 4.16'da yer alan uyum indekslerini açıklamak için kullanılan zayıf, kabul edilebilir ve mükemmel uyum kısımlarında yer alan değerlerin açıklamaları ve kaynakları için Tablo 3.2. incelenebilir (Bkz. yapı geçerliği, sf. 32).

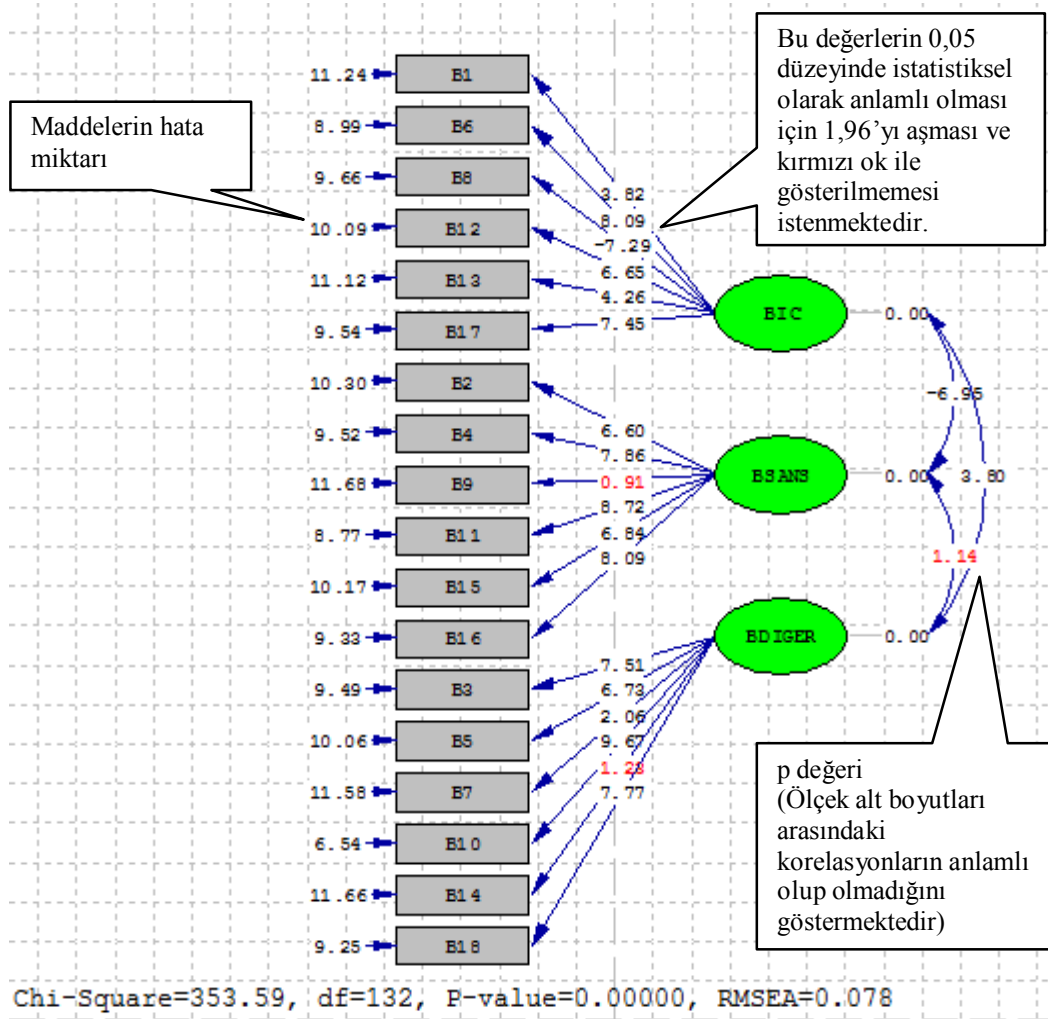


Şekil 4.3. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu Doğrulamalı Faktör Analizi Standartlaştırılmış Çözüm Değerleri-Birinci Örneklem Grubu.

ÇBSKOÖ B formu modeli hata varyanslarını incelemek için Şekil 4.3.'te yer alan standartlaştırılmış çözüm değerlerine bakıldığında 10. maddenin hata değeri en düşük 0,52, 9. maddenin hata değeri en yüksek 1,00 bulunmuştur. Hata değeri 0,90'ın üzerinde olan maddeler 1. 7. 9. 13. ve 14. maddedir (Bkz. yapı geçerliği, sf. 30-32). Ayrıca 8. maddenin de negatif yönde olduğu saptanmıştır. Modele uyum göstermeyen maddelerden ilk önce yalnız 8. madde, ikinci olarak 8. ve 9. madde üçüncü olarak 8. 9. ve 14. madde, dördüncü olarak 8. 9. 14. ve 7. madde ve sonunca olarak ta 8. 9. 14. 7. ve 1. maddenin çıkartılarak analizlerin tekrarlanmasına karar verilmiştir.

ÇBSKOÖ B formu modeli faktörler arası sonuçlar incelendiğinde iç kontrol ve şans alt boyutu arasında negatif yönde ($r=-0,56$), şans alt boyutu ve güçlü diğer

kişiler arasında pozitif yönde ($r=0,10$), iç kontrol alt boyutu ve güçlü diğer kişiler arasında pozitif yönde ($r=0,33$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Şekil 4.3.). Ölçeğin alt boyutları arasındaki ilişkinin yönü ölçeğin özgün şekliyle uyumlu bulunmuştur, korelasyon katsayıları arasında ise farklılık saptanmıştır (Bkz. alt boyutlar arasındaki ilişki, sf. 27).



Şekil 4.4. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu Doğrulayıcı Faktör Analizi t Değerleri-Birinci Örneklem Grubu.

ÇBSKOÖ B formu modelinde t değerlerini yorumlamak için Şekil 4.4 incelendiğinde 9. ve 14. maddelerde madde değerlerinin 1,96'nın altında ve kırmızı ok ile gösterildiği saptanmıştır (Bkz. yapı geçerliği, sf. 30-32). Ayrıca 8. maddenin de negatif yönde olduğu görülmüştür. Maddelerde yer alan değerler incelendiğinde en düşük değer 0,91 ile 9. maddede, en yüksek değer 9,67 ile 10. maddede olduğu saptanmıştır. Maddelerde yer alan değerler arasında negatif yönde ve

1,96'nın altında kalanlar (kırmızı ok ile gösterilenler) olduğu için, modele uyum göstermeyen maddelerden ilk önce yalnız 8. madde, ikinci olarak 8. ve 9. madde üçüncü olarak 8. 9. ve 14. madde, dördüncü olarak 8. 9. 14. ve 7. madde ve sonunca olarak ta 8. 9. 14. 7. ve 1. maddenin çıkartılarak analizlerin tekrarlanmasına karar verilmiştir.

4.4.Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu 1. 7. 8. 9. ve 14. Maddeler Çıkartıldığında Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

ÇBSKOÖ B formu geçerlik ve güvenirlik analizleri sonucunda, modele uyum göstermeyen bazı maddelerin ölçekten sırasıyla (en uyumsuz olandan, en az uyum gösterene kadar) çıkartılarak her çıkartılan maddeden sonra analizlerin tekrarlanmasına karar verilmiştir. Modele uyum göstermeyen maddelerden ilk önce yalnız 8. madde, ikinci olarak 8. ve 9. madde üçüncü olarak 8. 9. ve 14. madde, dördüncü olarak 8. 9. 14. ve 7. madde ve sonunca olarak 8. 9. 14. 7. ve 1. maddenin çıkartılarak analizlerin tekrarlanmasına karar verilmiştir. 8. 9. 14. 7. ve 1. maddeler sırasıyla çıkartıldığında ölçek verilerinin yapı geçerliği açısından en uygun değerler olduğu görülmüştür. Bu nedenle ilk olarak ÇBSKOÖ B formu hiçbir madde çıkarılmadan yapılan geçerlik güvenirlik analizleri (Bkz. ÇBSKOÖ B formu özgün şeklinin geçerlik ve güvenirlik analizleri, sf. 53-65) ikinci olarak da ÇBSKOÖ B formu 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldıktan sonraki şeklinin geçerlik ve güvenirlik analizleri (ÇBSKOÖ B formu 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında geçerlik güvenirlik analizleri, sf. 66-75) sunulmuştur.

4.4.1.Güvenirlilik Analizleri

1.Madde İstatistiklerinin Belirlenmesi

Tablo 4.17. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu 1. 7. 8. 9. ve 14. Maddeler Çıkarıldığında Madde İstatistikleri- Birinci Örneklem Grubu.

Örneklem 1*	Alt Boyut, Toplam Cronbach Alfa	Ortalama± SS	Madde Toplam Korelasyon	Madde Çıkarıldığında Cronbach Alfa Değeri
6. Kendi sağlığımdan doğrudan sorumluyum.	İç Kontrol	4,92±1,40	0,30	0,48
12. Fiziksel olarak iyi durumda olmam, kendime ne kadar iyi baktığıma bağlıdır.	Cronbach Alfa=0,54	4,86±1,32	0,41	0,39
13. Hasta hissettiğimde, sebebinin kendime doğru düzgün bakmamam olduğunu bilirim.		4,47±1,44	0,26	0,52
17. Kendime iyi bakarak, büyük ölçüde sağlıklı kalabilirim		4,93±1,28	0,33	0,46
Toplam		19,20±3,54		
2.Ne yaparsam yapayım eğer hastalanacaksam hastalanırım, bunu sıklıkla hissediyorum.	Şans	3,69±1,64	0,39	0,61
4. Öyle görünüyor ki sağlığım büyük ölçüde tesadüfi olaylardan etkileniyor.	Cronbach Alfa=0,65	3,13±1,68	0,40	0,60
11. Sağlıklı kalıyorsam bu sadece şans eseridir.		2,65±1,80	0,39	0,61
15. Kendime baksam da, hastalanmam kolaydır.		3,31±1,69	0,39	0,61
16. Hastalanıyorsam bu kaderimde vardır.		3,45±1,84	0,45	0,58
Toplam		16,25±5,6		
3. İyi bir doktora düzenli olarak görünürsem, sağlık sorunları yaşama olasılığım düşer.	Güçlü Diğer Kişiler	4,60±1,47	0,41	0,58
5. Sağlığımı sadece sağlık profesyonellerine danışarak koruyabilirim.	Cronbach Alfa=0,64	4,30±1,68	0,37	0,62
10. Sağlık profesyonelleri sağlıklı olmamı sağlar.		4,68±1,51	0,53	0,49
18. Doktorların talimatlarını harfiyen uygulamak, sağlıklı kalmamın en iyi yoludur.		4,86±1,34	0,39	0,59
Toplam		18,48±4,20		

*İlk tura katılan 275 kişi.

**Standart Sapma.

ÇBSKOÖ B formu şeklinde oluşturulmuş modele uyumsuz olduğu düşünülen maddelerden 8 (Sağlığımla ilgili her şey ters gidiyor), 9 (Hastalandığımda, hastalığın doğal sürecinde ilerlemesine izin veririm), 14 (Diğer kişilerden aldığım bakımın türü, bir hastalığı nasıl atlatacağımı belirler) 7 (Diğer insanların sağlıklı ya da hasta olmam üzerinde önemli rolleri var) ve 1 (Hastalanırsam, kendimi tekrar iyileştirecek güce sahibim) çıkarıldığında, madde toplam korelasyonlarının en düşük 0,26 ile en yüksek 0,53 arasında değiştiği bulunmuştur (Tablo 4.17.). 1. 7. 8. 9. ve 14.

maddelerin ölçekten çıkarılması sonucunda, ölçek toplam korelasyon katsayılarının olması gereken değer 0,25 ve kritik değer 0,20'nin altında olan maddesi saptanmamıştır (Bkz. madde istatistiklerinin belirlenmesi sf. 26). Sözü edilen maddelerin çıkartılması hiçbir alt boyutta Cronbach alfa değerini kritik değer olan 0,70'e ulaştıramamıştır (Bkz. Cronbach alfa/iç tutarlılık katsayısı, sf. 26).

Tablo 4.18. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu 1. 7. 8. 9. ve 14. Maddeler Çıkarıldığında Madde İstatistikleri-İkinci Örneklem Grubu.

Örneklem 2*	Alt Boyut, Toplam Cronbach Alfa	Ortalama± SS	Madde Toplam Korelasyon	Madde Çıkarıldığında Cronbach Alfa Değeri
6. Kendi sağlığımdan doğrudan sorumluyum.	İç Kontrol Cronbach Alfa=0,62	4,94±1,42	0,43	0,54
12. Fiziksel olarak iyi durumda olmam, kendime ne kadar iyi baktığıma bağlıdır.		5,06±1,39	0,41	0,55
13. Hasta hissettiğimde, sebebinin kendime doğru düzgün bakmamam olduğunu bilirim.		4,97±1,22	0,44	0,53
17. Kendime iyi bakarak, büyük ölçüde sağlıklı kalabilirim		5,13±1,18	0,34	0,60
Toplam		20,12±3,61		
2.Ne yaparsam yapayım eğer hastalanacaksam hastalanırım, bunu sıklıkla hissediyorum.	Şans Cronbach Alfa=0,66	3,89±1,65	0,41	0,61
4. Öyle görünüyor ki sağlığım büyük ölçüde tesadüfi olaylardan etkileniyor.		3,34±1,68	0,46	0,59
11. Sağlıklı kalıyorsam bu sadece şans eseridir.		2,77±1,84	0,30	0,67
15. Kendime baksam da, hastalanmam kolaydır.		3,50±1,82	0,42	0,61
16. Hastalanıyorsam bu kaderimde vardır.		3,38±1,86	0,51	0,57
Toplam		16,90±5,81		
3. İyi bir doktora düzenli olarak görünürsem, sağlık sorunları yaşama olasılığım düşer.	Güçlü Diğer Kişiler Cronbach Alfa=0,61	4,78±1,34	0,31	0,60
5. Sağlığımı sadece sağlık profesyonellerine danışarak koruyabilirim.		4,24±1,63	0,36	0,58
10. Sağlık profesyonelleri sağlıklı olmamı sağlar.		4,73±1,46	0,57	0,40
18. Doktorların talimatlarını harfiyen uygulamak, sağlıklı kalmamın en iyi yoludur.		5,17±1,09	0,37	0,57
Toplam		14,57±3,81		

*Hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ikinci ölçümleri.

**Standart Sapma.

Örneklem 2 grubu için ÇBSKOÖ B formu şeklinde oluşturulmuş modele uyumsuz olduğu düşünülen 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında, madde toplam korelasyonlarının en düşük 0,30 ile en yüksek 0,57 arasında değiştiği saptanmıştır (Tablo 4.18.). 1. 7. 8. 9. ve 14. maddelerin ölçekten çıkarılması sonucunda, ölçek toplam korelasyon katsayılarının olması gereken değer 0,25 ve kritik değer 0,20'nin

altında olan maddesi kalmamıştır (Bkz. madde istatistiklerinin belirlenmesi sf. 26). Sözü edilen maddelerin çıkartılması hiçbir alt boyutta Cronbach alfa değerini kritik değer olan 0,70'e ulaştıramamıştır (Bkz. Cronbach alfa/iç tutarlılık katsayısı, sf. 26).

2.İç Tutarlılık (Cronbach Alfa)

ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında, örneklem 1 alt boyutları Cronbach alfa değerlerine bakıldığında iç kontrol alt boyutu 0,54, şans alt boyutu 0,65, güçlü diğer kişiler alt boyutu 0,64 olarak saptanmıştır (Tablo 4.17.). Ölçek alt boyut korelasyon katsayıları incelendiğinde tüm alt boyutlar 0,70'in altında kalmıştır (Bkz. Cronbach alfa/iç tutarlılık katsayısı, sf. 26). Örneklem 1'de yer alan değerler ölçeğin tutarlı kabul edilebilmesi için gereken değerlerin altındadır (Bkz. Cronbach alfa/iç tutarlılık katsayısı, sf. 26).

ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında, örneklem 2 Cronbach alfa değerlerine bakıldığında iç kontrol alt boyutu 0,62, şans alt boyutu 0,66 ve güçlü diğer kişiler alt boyutu 0,61 olarak saptanmıştır (Tablo 4.18.).

3.Paralel Testler Yöntemi

Tablo 4.19. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu (1. 7. 8. 9. ve 14. Maddeler Çıkartıldığında) ile İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği Korelasyon Katsayıları- Birinci ve İkinci Örneklem Grubu.

Örneklem 1*		İç Kontrol Alt Boyutu	Şans Kontrol Alt Boyutu	Güçlü Diğer Kişiler Alt Boyutu
Şans Kontrol Alt Boyutu	Korelasyon p değeri	-0,21 <0,01	1	
Güçlü Diğer Kişiler Alt Boyutu	Korelasyon p değeri	0,23 <0,01	0,10 0,08	1
İDKOÖ	Korelasyon p değeri	-0,07 0,22	0,15 <0,01	-0,09 0,12
Örneklem 2*				
Şans Kontrol Alt Boyutu	Korelasyon p değeri	-0,22 0,05		
Güçlü Diğer Kişiler Alt Boyutu	Korelasyon p değeri	0,22 0,05	-0,15 0,19	
İDKOÖ	Korelasyon p değeri	-0,20 0,08	-0,06 0,57	-0,11 0,33

*İlk tura katılan 275 kişinin ölçümleri.

** Hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ikinci ölçümleri.

ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında, örneklem 1 grubu şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, çok zayıf ve pozitif yönde

($p<0,01$; $r:0,15$) bir korelasyon bulunmuş, diğer boyutlar ile İDKOÖ arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.19.) (Bkz. paralel testler yöntemi, sf. 27).

ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında, örneklem 2 grubunda ÇBSKOÖ B formu alt boyutları ile İDKOÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır (Tablo 4.19.) (Bkz. paralel testler yöntemi, sf. 27).

4. Alt Boyutlar Arasındaki İlişki

ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında, örneklem 1 grubu için, iç kontrol alt boyutu ile şans alt boyutu arasında anlamlı, zayıf ve negatif yönde ($p<0,01$; $r:-0,21$), iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r: 0,23$) bir korelasyon bulunmuştur. Şans ve güçlü diğer kişiler boyutları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (Tablo 4.19.) (Bkz. alt boyutlar arasındaki ilişki, sf. 27).

ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında, örneklem 2 grubu alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır (Tablo 4.19.) (Bkz. alt boyutlar arasındaki ilişki, sf. 27).

5. Test Tekrar Test Yöntemi

Tablo 4.20. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu 1. 7. 8. 9. ve 14. Maddeler Çıkartıldığında Test Tekrar Test Grubunun Korelasyon Katsayıları-İkinci Örneklem Grubu.

Örneklem 2*		İç Kontrol	Şans Kontrol	Güçlü Diğer Kişiler	İç Kontrol (Tekrar)	Şans Kontrol (Tekrar)
Şans Kontrol	Korelasyon p değeri	-0,22 0,05	1			
Güçlü Diğer Kişiler	Korelasyon p değeri	0,22 0,05	-0,15 0,19	1		
İç Kontrol (Tekrar)	Korelasyon p değeri	0,67 <0,01	-0,21 0,06	0,24 0,03	1	
Şans Kontrol (Tekrar)	Korelasyon p değeri	-0,18 0,10	0,88 <0,01	-0,17 0,13	-0,21 0,06	1
Güçlü Diğer Kişiler (Tekrar)	Korelasyon p değeri	0,19 0,08	-0,10 0,35	0,72 <0,01	0,37 <0,01	-0,15 0,18

* Hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ikinci ölçümleri.

Tablo 4.20'de ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında örneklem 2 grubunun ilk tur ve ikinci turda ÇBSKOÖ B formu alt

boyutlarından aldıkları korelasyonlar gösterilmiştir. Örneklem 2 grubu ilk tur iç kontrol alt boyutu ile ikinci tur iç kontrol alt boyutu arasında anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,67$); ilk tur şans kontrol alt boyutu ile ikinci tur şans kontrol alt boyutu arasında anlamlı, yüksek ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,88$); ilk tur güçlü diğer kişiler alt boyutu ile ikinci tur güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında anlamlı, yüksek ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,72$) bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.20.). Ölçeğin ilk tur ve ikinci tur değerleri arasında elde edilen korelasyon değerleri kabul edilebilir düzeydedir (Bkz. alt boyutlar arasındaki ilişki sf. 27, Bkz. test tekrar test yöntemi, sf. 28).

4.4.2.Geçerlik Analizleri

1.Eş Zaman Geçerliği

ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında yapılan eş zaman geçerliği için, ÇBSKOÖ B formu 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartılmış alt boyutları ile İDKOÖ arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında modeli yorumlamak için yapılan güvenilirlik analizleri kısmında yer alan paralel testler yöntemi kısmında örneklem 1 (ilk tura katılan 275 kişinin ölçümleri) ve örneklem 2'ye (hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ölçümleri) ait korelasyon analizi tabloları ve tabloların yorumlamaları yapılmıştır (Tablo 4.19.). Örneklem 1 grubunda şans alt boyutu ve İDKOÖ ölçeği arasında bulunan korelasyon çok zayıf düzeydedir. Örneklem 2 grubu için istatistiksel olarak anlamlı ilişkiye sahip korelasyon bulunamamıştır.

2.Yapı Geçerliği

Tablo 4.21. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu 1. 7. 8. 9. ve 14. Maddeler Çıkarıldığında Doğrulatoryı Faktör Analizinde Kullanılan Uyum İndeksleri Tablosu.

Sıra No	Index İsmi	Zayıf Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Mükemmel Uyum	Çalışmadan Elde Edilen Değer	Uyum
1	p* değeri		p>0,05	p>0,05	<0,05	Uygun*
2	χ^2/sd		Değer <5 Değer <3	Değer < 3 Değer <2	2,28	Mükemmel Uyum
3	RMSEA	Değer <0,10	Değer <0,08	Değer < 0,05	0,06	Kabul Edilebilir Uyum
4	RMR	Değer <0,10	Değer< 0,08	Değer< 0,05	0,16	Uyumlu Değil
5	SRMR	Değer <0,10	Değer< 0,08 Değer< 0,10	Değer< 0,05	0,07	Kabul Edilebilir Uyum
6	GFI**	Değer> 0,85	Değer> 0,90	Değer > 0,95	0,93	Kabul Edilebilir Uyum
7	AGFI**	Değer> 0,80	Değer> 0,90 Değer> 0,85	Değer > 0,95 Değer> 0,90	0,89	Kabul Edilebilir Uyum
8	NFI**	Değer> 0,85 Değer> 0,80	Değer> 0,90	Değer > 0,95	0,74	Uyumlu Değil
9	NNFI**	Değer> 0,85 Değer> 0,80	Değer> 0,90	Değer > 0,95	0,79	Uyumlu Değil
10	CFI**	Değer> 0,85	Değer> 0,90	Değer > 0,95	0,83	Uyumlu Değil
11	IFI**		Değer> 0,90	Değer > 0,95	0,84	Uyumlu Değil
12	RFI**		Değer> 0,90	Değer > 0,95	0,68	Uyumlu Değil
13	PNFI		Değer>0,50	Değer>0,95	0,59	Kabul Edilebilir Uyum
14	ECVI**		Sabit aralık yok, Ne kadar küçükse o kadar iyi	Sabit aralık yok, Ne kadar küçükse o kadar iyi	0,72 (0,91-1,21 aralığında)	Uyumlu Değil

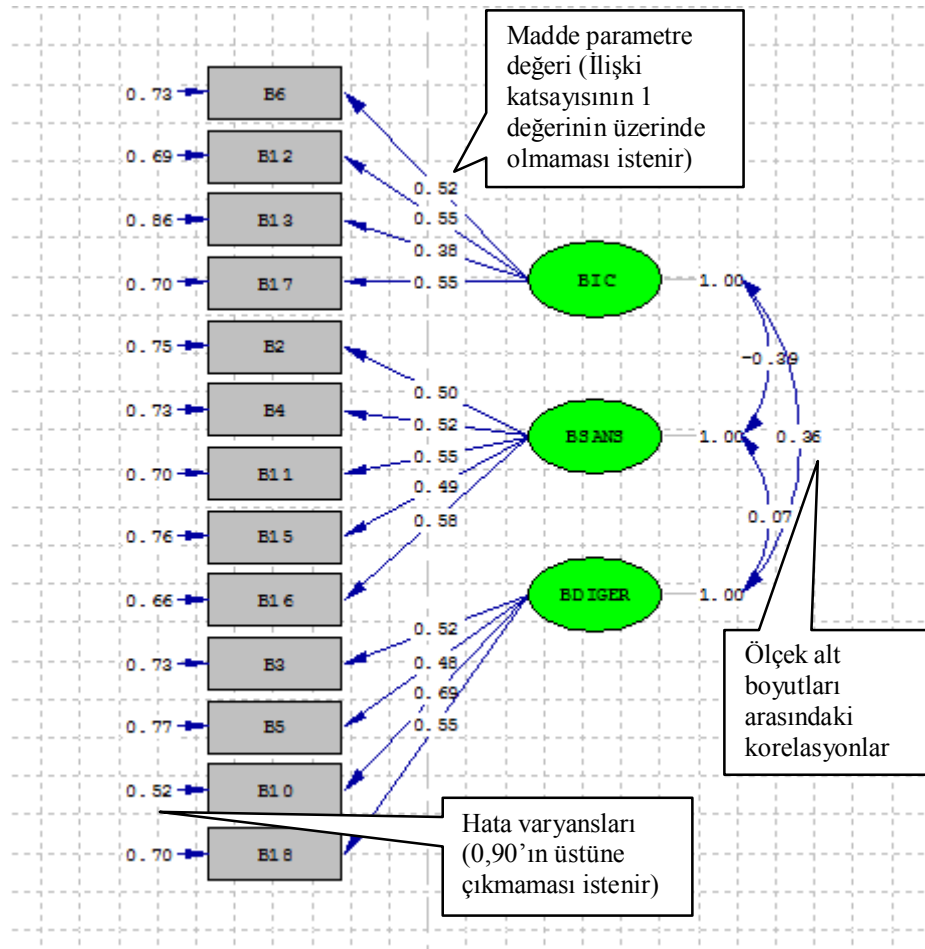
*Ki kare değerinin anlamsız çıkması istenir fakat uygulamada genellikle (çok büyük örneklem olmadıkça) anlamlı çıkar. Bu nedenle de χ^2/sd 'nin dikkate alınması daha uygundur.

**0 ve 1 arası değer alır.

ÇBSKOÖ B modelinden 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında yapılan doğrulatoryı faktör analizinde $p<0,05$, $\chi^2/sd=2,2$ RMSEA=0,06, SRMR=0,07, GFI=0,93, AGFI=0,89, NFI=0,74, NNFI=0,79, CFI=0,83, PNFI=0,59 ve ECVI=0,72

olarak bulunmuştur (Tablo 4.21.). Modele uyumsuz olduğu düşünülen maddeler çıkartılmasına rağmen, üç faktörden oluşan model uyum istatistiklerinde bazı indekslerde kabul edilebilir değerlere ve kabul edilebilir uyuma ulaşamamıştır (Bkz. yapı geçerliği, sf. 30-32).

Tablo 4.21.'de yer alan uyum indekslerini açıklamak için kullanılan zayıf, kabul edilebilir ve mükemmel uyum kısımlarında yer alan değerlerin açıklamaları ve kaynakları için Tablo 3.2.'yi inceleyiniz (Bkz. yapı geçerliği, sf. 32).

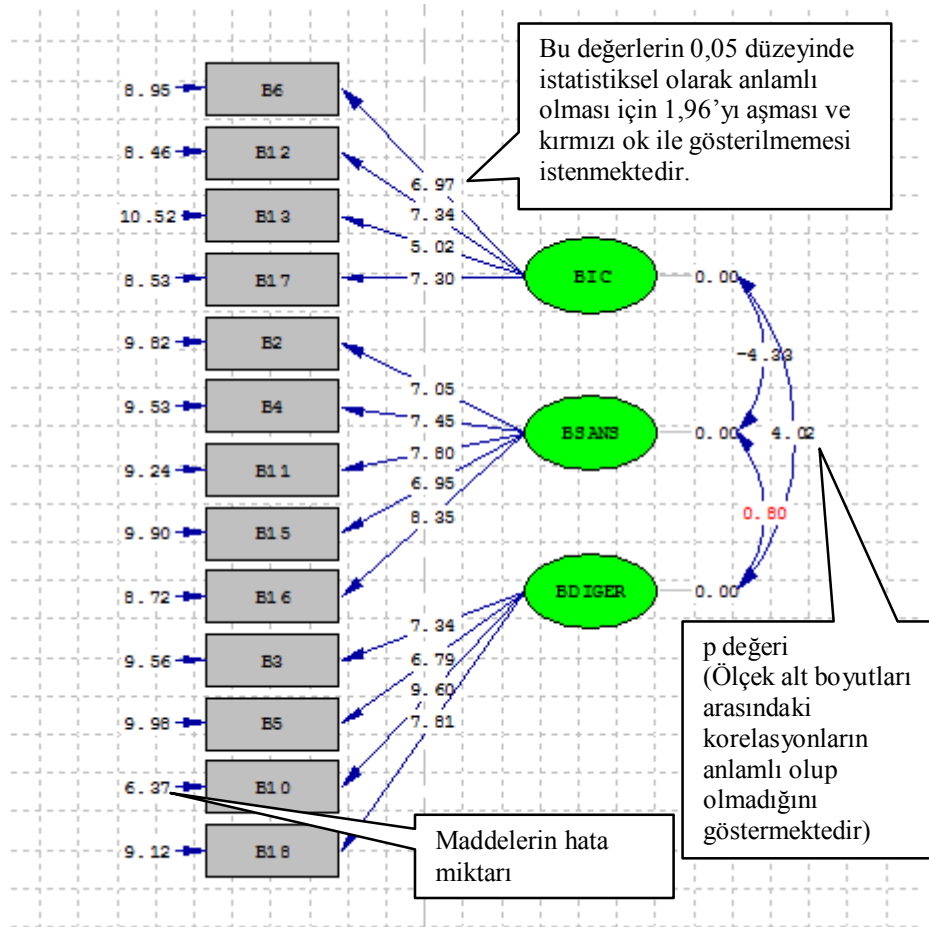


Şekil 4.5. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu 1. 7. 8. 9. ve 14. Maddeler Çıkarıldığında Doğrulayıcı Faktör Analizi Standartlaştırılmış Çözüm Değerleri-Birinci Örneklem Grubu.

ÇBSKOÖ B modelinden 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında hata varyanslarını yorumlamak için Şekil 4.5.'te yer alan standartlaştırılmış çözüm değerleri inceleniğinde 10. maddenin hata değeri en düşük 0,52, 13. maddenin hata değeri en yüksek 0,86 bulunmuştur. Modele uyum göstermediği düşünülen maddeler

modelden çıkartıldığı için hata değeri 0,90'ın üzerinde olan madde saptanmamıştır (Bkz. yapı geçerliği, sf. 30-32).

ÇBSKOÖ B modelinden 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldıktan sonra faktörler arası sonuçlar incelendiğinde iç kontrol ve şans alt boyutu arasında negatif yönde ($r=-0,39$) ve iç kontrol alt boyutu ve güçlü diğer kişiler arasında pozitif yönde ($r=0,36$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Şekil 4.5.). Şans alt boyutu ve güçlü diğer kişiler arasında ($r=0,07$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.



Şekil 4.6. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu 1. 7. 8. 9. ve 14. Maddeler Çıkartıldığında Doğrulamalı Faktör Analizi t Değerleri-Birinci Örneklem Grubu.

ÇBSKOÖ B modelinden 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldıktan sonra kalan maddelerin t değerlerini yorumlamak için Şekil 4.6. incelendiğinde madde değerlerinin 1,96'nın altında olmadığı ve kırmızı ok ile gösterilmediği saptanmıştır

(Bkz. yapı geçerliği, sf. 30-32). Maddeler çıkartıldıktan sonraki kalan modelde t değerleri uygun bulunmuştur.

5.TARTIŞMA

Kişilerin sahip olduğu sağlık kontrol odağı inancı iç kontrol odağı, şans kontrol odağı ve güçlü diğer kişiler kontrol odağı olarak tanımlanırken, sağlık kontrol odağı ölçüm aracı olarak ise özgün adı ‘‘Multidimensional Health Locus of Control Scale’’ olan ‘‘Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği’’ (ÇBSKOÖ) kullanılmaktadır. ÇBSKOÖ A, B ve C formlarından oluşmaktadır ve A ve B formları genel popülasyonda ve sağlıklı bireylerde, C formu kronik hastalığa sahip bireylerde kullanılmaktadır (66). Bu araştırmada ÇBSKOÖ A ve B formlarının 20-69 yaş grubunda Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğini saptamak amaçlanmıştır.

ÇBSKOÖ A ve B formlarının geliştirilmesi amacıyla yapılan özgün çalışma, araştırmaya katılmayı kabul eden 16 yaş ve üstü olan tüm bireylerin dahil edilmesiyle gerçekleştirilmiştir. Özgün çalışma Amerika’da yer alan bir havaalanında gerçekleştirilmiştir ve bu nedenle Amerika’da yer alan farklı yerleşim yerlerinden kişiler araştırmaya dâhil olmuştur (29). Bu çalışmada özgün çalışmaya uygun bir şekilde 20-69 yaş arasında olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırmaya dâhil edilmiştir. Bu çalışmanın özgün çalışmadan farkı örnekleme oluşturan kişilerin 10’ar yıllık aralıklar olacak şekilde yaş gruplarının belirlenmesi ve her yaş grubundan eşit sayıda bireyin araştırmaya dâhil edilmesidir.

ÇBSKOÖ A ve B formlarının geliştirilmesi amacıyla yapılan özgün çalışmaya katılanların %51’inin kadın olduğu belirlenmiştir. TÜİK (119) tarafından 2013 yılında yapılan nüfus sayımında Burdur il ve ilçelerinde ikamet eden toplam kadın yüzdesinin %50,6, toplam erkek yüzdesinin %49,4 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise ÇBSKOÖ A formunun geçerlik ve güvenilirlik analizlerine katılanların %50,5’inin ve ÇBSKOÖ B formunun geçerlik ve güvenilirlik analizlerine katılanların %53,8’inin kadın olduğu saptanmıştır.

ÇBSKOÖ A ve B formlarının geliştirilmesi amacıyla yapılan özgün çalışmaya katılanların %74’ünün kolej eğitimi aldığı belirtilmiştir (29). Bu çalışmada ÇBSKOÖ A formunun geçerlik ve güvenilirlik analizlerine katılanların %25,5’inin lise, %34,5’inin üniversite ve üstü mezun olduğu; ÇBSKOÖ B formunun geçerlik ve güvenilirlik analizlerine katılanların %19,6’sının lise, %38,2’sinin üniversite ve üstü mezun olduğu saptanmıştır.

TÜİK (119) tarafından bir çalışmada Burdur'da 6 yaş ve üzeri grupta okuryazar olmayanların düzeyinin %3,4 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise ÇBSKOÖ A formunun geçerlik ve güvenilirlik analizlerine katılanların %1,8; ÇBSKOÖ B formunun geçerlik ve güvenilirlik analizlerine katılanların %0,7'sinin okuryazar olmadığı saptanmıştır. Araştırma sonucumuz Burdur ili okuryazarlık verileri ile uyumludur.

Bu çalışmaya katılanlara ait yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi bazı sosyodemografik özellikler hem çalışmanın özgün hali hem de Burdur ilinde ikamet eden genel toplum ile uyumludur.

Burdur'da 20 yaş ve üstü 382 kişi ile yapılan bir araştırmada, katılımcıların %67'si genel sağlık durumunu iyi olarak ifade etmiştir ve katılımcıların %34,3'ünde kronik hastalık varlığı saptanmıştır (120). Bu çalışmada ise ÇBSKOÖ A formunun geçerlik ve güvenilirlik analizlerine katılanların %53,1'i ve ÇBSKOÖ B formunun geçerlik ve güvenilirlik analizlerine katılanların %49,8'i genel sağlık durumunu iyi olarak ifade etmiştir. Ayrıca, bu çalışmada ÇBSKOÖ A formunun geçerlik ve güvenilirlik analizlerine katılanların %27,6'sında ve ÇBSKOÖ B formunun geçerlik ve güvenilirlik analizlerine katılanların %34,2'sinde kronik hastalık varlığı tespit edilmiştir. Bu çalışma ile Tekin (120) tarafından yapılan çalışma sonuçları birbiriyle tutarlıdır ve sağlık durumuna ilişkin sonuçlar birbiriyle uyumludur.

ÇBSKOÖ A ve B formları özgün çalışmasında her iki formunda iç, şans ve güçlü diğer kişiler olmak üzere üç alt boyuttan ve 18'er maddeden oluştuğu görülmüştür. Özgün çalışmada A ve B formlarının birbirine paralel olduğu ve tekrarlayan ölçüm gereken çalışmalarda bu paralel formların birbirlerinin yerine kullanılabilmesi ifade edilmiştir. Formların aynı çalışmada paralel test olarak kullanılmasının, tekrarlayan ölçümler sırasında hafıza faktörünün etkisini azaltacağını ve ölçüm aracının duyarlılığını arttıracaklarını vurgulamışlardır (29). Literatür incelendiğinde ÇBSKOÖ A ve B formlarından sıklıkla A formu ile ilgili çalışmalara rastlanmıştır. İncelenen çalışmaların hiçbirisinde bu iki form birbirine paralel olarak düşünülüp paralel test olarak kullanılmamıştır (121-127). Bu çalışmada da literatüre benzer şekilde her iki formun geçerlik ve güvenilirliği için paralel test olarak İDKOÖ kullanılmıştır. Ölçeklerin özgün formunu oluşturan yazarlar ölçeği geliştirdikten sonraki yıllarda ölçeğin A ve B formlarının genel

popülasyonda ve sağlıklı bireylerde sağlık kontrol odağını ölçmek için kullanılabilceğini, B formunun kronik hastalıklı kişilerde de kullanılabilceğini fakat bu durumla ilgili güçlü kanıtlar olmadığını vurgulamışlardır (66). Bu durum literatürde yer alan genel ve sağlıklı popülasyona yönelik çalışmalarda sıklıkla ÇBSKOÖ A formunun tercih edilmesinin nedeni olabilir.

Çalışmanın devam eden bölümlerinde sırasıyla A ve B formu için geçerlik ve güvenilirlik analizinden elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu Geçerlik ve Güvenirliğine Yönelik Tartışma

5.1.1. Güvenirlik Analizlerine Yönelik Tartışma

ÇBSKOÖ A formu güvenilirlik analizlerine yönelik yapılan bu çalışmada ilk olarak madde istatistikleri belirlenmiştir. Araştırmanın özgün çalışmasında madde istatistiklerine yönelik bir bilgi verilmemiştir (29). Kartopu (128) yaptığı bir araştırmada toplumumuzda kader inancının yüksek olduğunu, kader inancı yüksek olan kişilerin de kötü bir olayla karşılaştıklarında kendilerinin sınındığını ve bu olayın üstesinden gelebilecek gücün “Allah” tarafından kendilerine atfedildiğini düşündüklerini vurgulamıştır. Karaca (129) tarafından yapılan bir araştırmada katılımcıların %49,7’si olayların asıl gidiş yönünü kendilerinin belirlediğini, %42,9’u ise olayların asıl gidiş yönünü Allah’ın belirlediğini ifade etmiştir. Bu araştırmalar incelendiğinde toplumumuzun dini inancı gereği kader algısının önem kazandığı ve bireylerin hastalandıkları zaman hastalıklarının sorumluluğunu atfettikleri yapıların belirsizleştiği ve karmaşıklaştığı anlaşılmaktadır. Otto ve ark. (121) tarafından ÇBSKOÖ A formu geçerlik ve güvenilirliğiyle ilgili yapılan bir araştırmada, Asya kadınlarında “Allah” dolayısıyla da kader inancının olduğu ve batı ve doğu toplumlardaki bazı inanç farklılıkları nedeniyle sağlık kontrol odağını ölçen araştırmaların sonuçlarının farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu çalışmada “Hastalandığımda, benim suçumdur” ifadesini içeren ve iç kontrol odağı alt boyutunda yer alan 8. maddenin toplam korelasyon katsayısı düşük bulunmuştur. Bu ifade bir olayın sonucunun kime atfedildiğine yönelik net bir cevap istemektedir. Moshki ve ark. (80) tarafından İran’da ÇBSKOÖ A formu geçerlik ve güvenilirliğiyle ilgili yapılan bir araştırmada da 8. maddenin toplam korelasyon katsayısı iç kontrol

odağı alt boyutunda yer alan diğer maddelerden (1. madde dışında) düşük bulunmuştur. Ross ve ark. (122) tarafından ÇBSKOÖ A formu psikometrik özelliklerini belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada iç kontrol odağı alt boyutu içinde faktör yükü en düşük olan madde 0,29 ile 8. madde olmuştur. ÇBSKOÖ A formunun geçerlik ve güvenilirlik ya da psikometrik özelliklerinin belirlenmesine yönelik araştırma sonuçları bu araştırma sonucuna paralel bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada hastalıkların ortaya çıkmasında yaş, cinsiyet, aile öyküsü vb. gibi birçok faktörün etkili olduğu belirlenmiştir (130). Bu durumda hastalığın nedenini tek bir etkene kişinin kendisine atfetmesine neden olan bu madde iç kontrol odağını ölçmekte sınırlı kalmaktadır.

Tablo 5.1. Bu Çalışma ve Diğer Çalışmalarda Elde Edilen ÇBSKOÖ A Formu Cronbach Alfa Değerleri.

Araştırmacıların İsimleri	Araştırma Tarihi	İç Kontrol Cronbach Alfa	Şans Kontrol Cronbach Alfa	Güçlü Diğer Kişiler Cronbach Alfa
Wallston KA, Wallston BS, De Vellis R. (özgün çalışma)	1978	0,76	0,75	0,67
Kuwahara A, Nishino Y, Ohkubo T, Tsuji I, Hisamichi S, Hosokawa T.	2004	0,69	0,76	0,62
Moshki M, Ghofranipour F, Hajizadeh E, Azadfallah P.	2007	0,68	0,66	0,72
Athale N, Aldridge A, Malcarne VL, Nakaji M, Samady W, Sadler GR.	2010	0,60	0,71	0,68
Hashemian M, Aminshokravi F, Hidarnia A, Lamyian M, Hassanpour K, Akaberi A, Moshki M.	2014	0,61	0,80	0,68
Ross TP, Ross LT, Short SD, Cataldo S.	2015	0,71	0,69	0,72
Bu çalışma (Örneklem 1*)	2017	0,66	0,70	0,76
Bu çalışma (Örneklem 2 **) (test tekrar test sonucu)	2017	0,72	0,78	0,76

*İlk tura katılan 275 kişinin ölçümleri.

**Hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ikinci ölçümleri.

ÇBSKOÖ A formu güvenilirlik analizlerine yönelik yapılan bu çalışmada ikinci olarak iç tutarlılık katsayısı belirlenmiştir. Kuwahara ve ark. (123) tarafından ÇBSKOÖ A formu geçerlik ve güvenilirliği amacıyla Japonya'da 40-79 yaş arasındaki grupla yapılan çalışmada iç kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,69; şans kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,76 ve güçlü diğer kişiler kontrolü alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,62 olarak bulunmuştur (Tablo 5.1.). Araştırmanın başlığı Japonya'da Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği Geçerlik ve Güvenirliği: Demografik Faktörler ve Sağlıkla İlişkili Davranışlar olarak belirlense

de araştırmada geçerlik ve güvenirlik amacıyla sadece Cronbach alfa bakılmıştır (123). Moshki ve ark. (80) tarafından İnan'da ÇBSKOÖ A formu geçerlilik ve gvenirliğiyle ilgili yapılan araştırmada i kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,68; şans kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,66 ve güçlü diğer kişiler kontrolü alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,72 olarak bulunmuştur (Tablo 5.1.). Athale ve ark. (124) tarafından ÇBSKOÖ A formu geçerlik ve gvenirliğiyle ilgili Amerika'da yapılan bir araştırmada i kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,60; şans kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,71 ve güçlü diğer kişiler kontrolü alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,68 olarak bulunmuştur (Tablo 5.1.). Hashemian ve ark. (125) tarafından ÇBSKOÖ A formu geçerlik ve gvenirliğiyle ilgili İnan'da yapılan araştırmada i kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,61; şans kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,80 ve güçlü diğer kişiler kontrolü alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,68 olarak bulunmuştur (Tablo 5.1.). Ross ve ark. (122) tarafından ÇBSKOÖ A formu psikometrik özelliklerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmada iç kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,71, şans kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,69 ve güçlü diğer kişiler kontrolü alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,72 olarak bulunmuştur (Tablo 5.1.). Wallston ve ark. tarafından 1978 yılında yapılan ÇBSKOÖ A formunun geçerlik ve güvenirliği özgün çalışmasında iç kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,76; şans kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,75 ve güçlü diğer kişiler kontrolü alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,67 olarak bulunmuştur (29) (Tablo 5.1.). Bu çalışmada örnekleme 1 iç kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,66; şans kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,70 ve güçlü diğer kişiler alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,76 olarak bulunmuştur (Tablo 5.1.). Bulunan iç kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri diğer alt boyutlardan ve sınır kabul edilen değerden biraz düşüktür. Örnekleme 2 alt boyutları Cronbach alfa değerleri ise, iç kontrol alt boyutu 0,72, şans alt boyutu 0,78 ve güçlü diğer kişiler alt boyutu 0,76 olarak bulunmuştur (Tablo 5.1.). Bu durum madde istatistiklerinin tartışılması kısmında yorumlanan ve iç kontrol alt boyutunda yer alan 8. maddeden kaynaklanmaktadır. ÇBSKOÖ A formunun geçerlik güvenirlik araştırmalarında, Wallston ve ark. (1978) tarafından tasarlanan özgün şeklinde (29) ve bu çalışmada saptanan iç tutarlılık katsayıları birbirine yakın ve genel olarak düşük bulunmuştur. Bu araştırmanın iç tutarlılık katsayısı örnekleme 1'de iç kontrol alt boyutu için düşük

bulunsa da, Örneklem 2’de elde edilen ve araştırmada güvenilirlik için yapılan diğer analizlerden elde edilen bulgular ile birlikte değerlendirildiğinde geçerlik ve güvenilirlik araştırmalarının kabul edilebilmesi için gereken değerleri sağlamaktadır. Literatürde yer alan araştırma sonuçları birbiriyle tutarlıdır.

ÇBSKOÖ A formu güvenilirlik analizlerine yönelik yapılan bu araştırmada üçüncü olarak paralel testler yöntemi belirlenmiştir. Ölçeğin sağlık alanına özel olmayan ve Levenson (1973) tarafından oluşturulan ilk halinde (ÇBKOÖ) paralel form olarak Marlowe - Crowne’s Social Desirability Scale ölçeği kullanılmış ve iki ölçek arasında korelasyon bulunamamıştır (27). Bu araştırmada kullanılan ve sağlık alanına özel olan ÇBSKOÖ A formunun özgün şeklinde ise Wallston ve ark. (1978) ÇBSKOÖ A ve B formlarını özdeş kabul ederek ikisinden elde ettikleri sonuçları birleştirerek/karıştırarak yorumlamışlardır (29). Wallston ve ark. (1978) iç, şans ve güçlü diğer kişiler olmak üzere üç alt boyuttan oluşan birleştirilmiş ÇBSKOÖ A ve B formlarının geçerlik ve güvenilirliğinde paralel test olarak yine iç, şans ve güçlü diğer kişiler olmak üzere üç alt boyuttan oluşan Levenson (1973)’ın ÇBKOÖ’ni kullanmışlardır (29). ÇBSKOÖ A ve B formlarında yer alan iç kontrol alt boyutu ile ÇBKOÖ iç kontrol alt boyutu arasındaki korelasyon orta düzeyde; ÇBSKOÖ A ve B formlarında yer alan şans kontrol alt boyutu ile ÇBKOÖ şans kontrol alt boyutu arasındaki korelasyon yüksek düzeyde ve ÇBSKOÖ A ve B formlarında yer alan güçlü diğer kişiler alt boyutu ile ÇBKOÖ güçlü diğer kişiler alt boyutu arasındaki korelasyon zayıf düzeyde bulunmuştur (29). Bu çalışmanın paralel testler yöntemi kısmında ise 1966 yılında Rotter tarafından oluşturulan, 1991 yılında Dağ tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılan İç Dış Kontrol Odağı Ölçeği (İDKOÖ) kullanılmıştır. Bu ölçek kontrol odağı ile ilgili oluşturulan ve diğer ölçeklerin geliştirilmesine öncülük eden ilk ölçektir. İDKOÖ’de yükselen puanlar dış kontrol odağı inancının arttığını göstermektedir (26). ÇBSKOÖ A formu iç kontrol alt boyutu ile İDKOÖ arasında çok zayıf ve negatif yönde; şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında zayıf ve pozitif yönde korelasyon bulunmuştur. Wallston ve ark. (1978) tarafından geliştirilen üç boyutlu Likert tipli olan ÇBSKOÖ A ve B formlarının özgün geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında yine üç boyutlu Likert tipli olan ÇBKOÖ’nin (Levenson, 1973) paralel test güvenilirliği yapılmıştır (29). Literatürde Levenson’un ÇBKOÖ’nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğine rastlanmadığı için, bu ölçek araştırmada

kullanılmamıştır. Bu nedenle bu araştırmada üç boyutlu Likert tipte bir ölçek (ÇBSKOÖ) ile a ve b maddelerinin puanlandırılmasından oluşan kategorik tipte bir ölçek (İDKOÖ) kullanılmıştır. Bu araştırmada paralel test için kullanılan ölçek diğer araştırmalarda kullanılanlarla aynı olmasa da, Örneklem 1 grubu için, ÇBSKOÖ A formu iç kontrol alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, çok zayıf ve negatif yönde ($p<0,01$; $r:-0,21$) şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,28$) bir korelasyon bulunmuştur. Örneklem 2 grubundan, elde edilen korelasyon katsayıları da benzer doğrultudadır. İDKOÖ’de yükselen puanlar dış kontrol odağı inancının arttığını gösterdiği için, bu çalışmada elde edilen sonuçlarda şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında pozitif yönde ve iç kontrol alt boyutu ile İDKOÖ arasında negatif yönde bir ilişki çıkması beklenen bir durumdur. Güçlü diğer kişiler ile İDKOÖ arasında ilişki belirlenmemiştir. Güçlü diğer kişiler özgün çalışmada dış kontrol odağının içinde bir bölüm gibi düşünülmüş olmakla birlikte bu çalışmada İDKOÖ ile yapılan korelasyon incelemesinde bu yönde bir bulgu elde edilmemiştir.

Tablo 5.2. Bu Çalışma ve Diğer Çalışmalardan Elde Edilen ÇBSKOÖ A Formu Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Katsayıları.

Araştırmacıların İsimleri	Araştırma Tarihi	İç Kontrol ve Güçlü Diğer Kişiler Arasındaki Korelasyon	İç Kontrol ve Şans Kontrol Arasındaki Korelasyon	Şans Kontrol ve Güçlü Diğer Kişiler Arasındaki Korelasyon
Wallston KA, Wallston BS, De Vellis R. (özgün çalışma)	1978	$r=0,15$ p^{***}	$r=-0,34$ p^{***}	$r=0,05$ p^{***}
Hublely AM, Wagner S	2004	$r=-0,12$ $p=\text{ilişki yok}$	$r=-0,32$ $p<0,001$	$r=0,30$ $p<0,001$
Moshki M, Ghofranipour F, Hajizadeh E, Azadfallah P.	2007	$r=0,28$ p^{***}	$r=-0,31$ p^{***}	
Athale N, Aldridge A, Malcarne VL, Nakaji M, Samady W, Sadler GR.	2010	$r=0,13$ $p<0,05$	$r=-0,004$ $p=\text{ilişki yok}$	$r=0,36$ $p<0,01$
Ross TP, Ross LT, Short SD, Cataldo S.	2015	$r=0,14$ $p=0,01$	$r=-0,05$ $p=\text{ilişki yok}$	$r=0,30$ $p<0,01$
Kassianos AP, Symeou M, Loannou M.	2016	$r=0,14$ $p=0,04$	$r=-0,03$ $p=\text{ilişki yok}$	$r=0,39$ $p<0,01$
Bu çalışma (Örneklem 1*)	2017	$r=0,34$ $p<0,01$	$r=0,01$ $p=\text{ilişki yok}$	$r=0,20$ $p<0,01$
Bu çalışma (Örneklem 2**)	2017	$r=0,27$ $p<0,01$		

*İlk tura katılan 275 kişinin ölçümleri.

** Hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ikinci ölçümleri.

***Verilerin alındığı kaynaktan p değerleri açıklanmamıştır.

ÇBSKOÖ A formu güvenilirlik analizlerine yönelik yapılan bu araştırmada dördüncü olarak alt boyutlar arasındaki ilişki belirlenmiştir. Hubley ve Wagner (81) ÇBSKOÖ A formu geçerlik ve güvenilirliği amacıyla yaptıkları bir araştırmada, iç kontrol alt boyutu ile şans kontrol alt boyutu arasında zayıf ve negatif yönde korelasyon ve şans alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında zayıf ve pozitif yönde korelasyon bulmuşlardır. İç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (81) (Tablo 5.2.). Moshki ve ark. (80) ÇBSKOÖ A formu geçerlik ve güvenilirliği amacıyla yaptıkları bir araştırmada iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında zayıf ve pozitif yönde, iç kontrol alt boyutu ile şans kontrol alt boyutu arasında zayıf ve negatif yönde korelasyon bulmuşlardır (Tablo 5.2.). Athale ve ark. (124) ÇBSKOÖ A formu geçerlik ve güvenilirliği amacıyla Amerika’da yaptıkları bir araştırmada iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında çok zayıf ve pozitif yönde korelasyon (ilişki yok denebilecek kadar zayıf), şans kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında orta derecede ve pozitif yönde korelasyon bulmuşlardır. İç kontrol alt boyutu ile şans kontrol alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (124) (Tablo 5.2.). Ross ve ark. (122) ÇBSKOÖ A formu geçerlik ve güvenilirliği amacıyla yaptıkları bir araştırmada iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında çok zayıf ve pozitif yönde korelasyon (ilişki yok denebilecek kadar zayıf), şans alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında zayıf ve pozitif yönde korelasyon bulmuşlardır. İç kontrol alt boyutu ile şans kontrol alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (122) (Tablo 5.2.). Kassianos ve ark. (126) ÇBSKOÖ A formu geçerlik ve güvenilirliği amacıyla yaptıkları bir araştırmada iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında çok zayıf ve pozitif yönde korelasyon (ilişki yok denebilecek kadar zayıf), şans kontrol alt boyutu ve güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında orta derecede ve pozitif yönde korelasyon bulmuşlardır. İç kontrol alt boyutu ile şans kontrol alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (126) (Tablo 5.2.). Wallston ve ark. (1978) ÇBSKOÖ A formu özgün şeklinde iç kontrol ve güçlü diğer kişiler alt boyutlarını birbirinden bağımsız, iç ve şans kontrol alt boyutlarını negatif korelasyona sahip bulmuşlardır (29) (Tablo 5.2.). Wallston ve Wallston (37) yaptıkları başka bir araştırmada kendileri geliştirdikleri ÇBSKOÖ ile ilgili şans ve

güçlü diğer kişiler alt boyutları arasındaki korelasyonun düşük (ilişki yok denecek kadar zayıf) olduğunu vurgulamışlardır. Wallston ve diğerlerinin (1978) ÇBSKOÖ A formu için buldukları korelasyon katsayıları, iç kontrol ve güçlü diğer kişiler alt boyutları arasında çok zayıf (ilişki yok denebilecek kadar zayıf) ve pozitif yönde; iç kontrol ve şans alt boyutları arasında zayıf ve negatif yönde; şans ve güçlü diğer kişiler arasında ilişki yok olarak saptanmıştır (29). Bu çalışmada, ÇBSKOÖ A formu iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında zayıf ve pozitif yönde, şans alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında çok zayıf ve pozitif yönde (ilişki yok denebilecek kadar zayıf) bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 5.2.). Araştırmanın özgün şeklinde, literatürde yer alan araştırmalarda ve bu çalışmada ÇBSKOÖ A formu ölçek alt boyutları arasında farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bu durum araştırma yapılan örneklem gruplarında yaş ve eğitim seviyelerindeki farklılıktan ya da örneklemelerin seçildiği toplumlardaki kültür ve inanç farklılığından kaynaklanabilir. Bu çalışmada ve bazı çalışmalarda iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında pozitif yönde ilişki belirlenmesi (122, 124, 126) ve Wallston (29) tarafından yapılan çalışma dışında birçok çalışmada (81, 122, 124, 126) şans alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında pozitif yönde ilişki belirlenmiş olması başlangıçta öne sürülen güçlü diğer kişiler alt boyutunun dış kontrol odağı inancı içinde olduğuna dair öngörülerini desteklememektedir. Bu alt boyutların faktör yapısına ilişkin bulgular ayrı ölçeklerden oluşan yapıyı doğrulamıştır. Ancak ÇBSKOÖ A formu ve alt boyutlarına yönelik çalışmalarda kültür ve inanç farklılıklarının gözönünde bulundurulması gerektiği düşünülmektedir.

Tablo 5.3. Bu Çalışma ve Diğer Çalışmalardan Elde Edilen ÇBSKOÖ A Formu Test Tekrar Test Değerleri.

Araştırmacıların İsimleri	Araştırma Tarihi	İlk Tur İç Kontrol ve İkinci Tur İç Kontrol Korelasyon	İlk Tur Şans Kontrol ve İkinci Tur Şans Kontrol Korelasyon	İlk Tur Güçlü Diğer Kişiler ve İkinci Tur Güçlü Diğer Kişiler Korelasyon
Wallston KA, Wallston BS, De Vellis R. (özgün çalışma)	1978	Test tekrar test yöntemi kullanılmamıştır.		
Hublely AM, Wagner S.	2004	r=0,75, p<0,001	r=0,73, p<0,001	r=0,63, p<0,001
Moshki M, Ghofranipour F, Hajizadeh E, Azadfallah P.	2007	r=0,60, p<0,001	r=0,58, p<0,002	r=0,74, p<0,0001
Bu çalışma (Örnekleme 2*)	2017	r=0,67, p<0,01	r=0,63, p<0,01	r=0,77, p<0,01

*Hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ölçümleri.

ÇBSKOÖ A formu güvenilirlik analizlerine yönelik yapılan bu çalışmada beşinci olarak test tekrar test yöntemine yönelik bulgular değerlendirilmiştir. Ölçeğin sağlık alanına özel olmayan ve Levenson tarafından oluşturulan ilk halinde (ÇBKOÖ) yarıya bölme yöntemi kullanılmış ve test güvenilirliği 0,70 olarak bulunmuştur (27). Hubley ve Wagner (81) yaptıkları bir çalışmada ilk tur iç kontrol alt boyutu ile ikinci tur iç kontrol alt boyutu arasındaki korelasyonu $r=0,75$ $p<0,001$; ilk tur şans kontrol alt boyutu ile ikinci tur şans kontrol alt boyutu arasındaki korelasyonu $r=0,73$ $p<0,001$; ilk tur güçlü diğer kişiler alt boyutu ile ikinci tur güçlü diğer kişiler alt boyutu arasındaki korelasyonu $r=0,63$ $p<0,001$ bulmuşlardır (81) (Tablo 5.3.). Moshki ve ark. (80) yaptıkları bir çalışmada ilk tur iç kontrol alt boyutu ile ikinci tur iç kontrol alt boyutu arasındaki korelasyonu $r=0,60$ $p<0,001$; ilk tur şans kontrol alt boyutu ile ikinci tur şans kontrol alt boyutu arasındaki korelasyonu $r=0,58$ $p<0,002$; ilk tur güçlü diğer kişiler alt boyutu ile ikinci tur güçlü diğer kişiler alt boyutu arasındaki korelasyonu $r=0,74$ $p<0,0001$ olarak bulmuşlardır (Tablo 5.3.) ve bu değerleri uygun kabul etmişlerdir. ÇBSKOÖ A formunun özgün çalışmasının güvenilirliğinde test tekrar test yöntemi kullanılmamıştır (29). Bu çalışmada Örnekleme 2 grubunda ise ilk tur iç kontrol alt boyutu ile ikinci tur iç kontrol alt boyutu arasındaki korelasyon $r=0,67$ $p<0,01$; ilk tur şans kontrol alt boyutu ile ikinci tur şans kontrol alt boyutu arasında korelasyon $r=0,63$ $p<0,01$; ilk tur güçlü diğer kişiler alt boyutu ile ikinci tur güçlü diğer kişiler alt boyutu arasındaki korelasyon $r=0,77$ $p<0,01$ olarak bulunmuştur (Tablo 5.3.). Bu çalışmanın sonuçları test tekrar test

yöntemi kabul değerleri içinde bulunmuştur (96). Araştırma sonucu literatürde yer alan çalışmalarla uyum göstermiştir.

5.1.2. Geçerlik Analizlerine Yönelik Tartışma

ÇBSKOÖ A formu geçerlik analizlerine yönelik yapılan bu araştırmada ilk olarak kapsam geçerliğine yönelik bulgular değerlendirilmiştir. Yapılan bir araştırmada çeşitli konularda yapılan ölçüm araçlarının her ülke için ayrı ayrı oluşturulması yerine ölçüm aracının özgün dilden çevrilmesinin ve uyarlama çalışmaları yapılmasının ucuz, zaman kazandırıcı ve uluslararası çalışmalarda kullanılması açısından avantajlı olduğu vurgulanmıştır. Özellikle hedef toplum ile ölçeğin özgün şeklinin oluşturulduğu toplumun benzer yapıda olmasının başarıyı arttırdığı saptanmıştır (131). Hashemian ve ark. (125) tarafından İranlı kadınlarla yapılan ÇBSKOÖ A formu geçerlik güvenirlik çalışmasında ölçeğin bir uzman tarafından önce İngilizce'den Farsça'ya çevrildiği sonra iki dil bilen başka bir uzman tarafından tekrar İngilizce'ye çevrildiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada iki dili de bilen çeşitli sağlık profesyonelleri ile halk sağlığı uzmanlarının görüşüne başvurulduğu ve ön test yapıldığı vurgulanmıştır (125). Bu araştırmada ise, kapsam geçerliği kısmında ölçeğin özgün formunda tanımlanan boyutlarında ve kapsamında değişiklik yapılmamış ölçeğin sadece dil geçerliği yapılmıştır. Araştırmanın özgün şeklinin gerçekleştirildiği toplum ile bu araştırmanın gerçekleştirildiği toplum birebir uyum göstermese de Türk toplumu hem batı hem de doğu toplumuna ait özellikler taşımaktadır (132).

Çalışmada dil geçerliği amacıyla ölçeğin Halk Sağlığı alanından 3 uzman ve İngilizce Öğretmenliği alanından bir akademisyen tarafından Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. Araştırmacılar tarafından ölçeğin ilk Türkçe şekli hazırlanmış ve Türkçe dil yapısına uygunluk bakımından değerlendirilmek üzere Türk Dili ve Edebiyatı uzmanının görüşüne sunulmuştur. Uzmandan gelen görüş doğrultusunda önerilen düzeltmeler yapılarak ölçeğin Türkçe hali yeniden düzenlenmiştir. Türkçe'ye çevirisi yapılan ölçeğin Mütercim Tercümanlık alanından bir uzman tarafından İngilizce'ye çevirisi yapılmıştır. İngilizce'ye tekrar çevirisi yapılan ölçeğin özgün şeklini karşılayıp karşılamadığını belirlemek üzere dil bilimci olan bir uzmandan görüş alınmıştır. Uzmandan gelen olumlu görüş sonucunda ölçek araştırmada kullanılmıştır.

Türkçe'ye ve sonrasında tekrar İngilizce'ye çevirisi yapılan ÇBSKOÖ A formunun cümle uyumu ile bağlaç ve edat gibi ekleri açısından bir sorun çıkmamıştır. İfadeler kelime kelime çevrilmemiş anlam bütünlüğünün korunmasına dikkat edilmiştir. Ölçekte yer alan ve bulunduğu alt boyutun içeriğini tam yansıtmayan cümleler olduğu saptanmıştır (Örneğin iç kontrol alt boyutunda yer alan 8. madde). Bu cümleler tekrar tekrar incelenmesine rağmen ölçeğin özgün şeklini korumak için cümlelerde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

ÇBSKOÖ A formu geçerlik analizlerine yönelik yapılan bu çalışmada ikinci olarak görünüş geçerliğine yönelik bulgular değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmalarda görünüş geçerliğinde yer alan uzman sayısının en az üç olması gerektiği vurgulanmıştır (100, 133, 134). Ölçeğin görünüş geçerliği değerlendirmesini halk sağlığı alanından iki, ölçme-değerlendirme alanından bir ve psikiyatri hemşireliği alanından bir uzman toplam dört uzman yapmıştır. Uzmanlar ölçekte yer alan maddeleri iç, şans ve güçlü diğer kişiler alt boyutu yerine iç ve dış kontrol olarak iki boyutlu şekilde değerlendirmiştir. Değerlendirmeyi yapan uzmanlara dış kontrol alt boyutunun şans ve güçlü diğer insanlar olarak ikiye ayrıldığı açıklanmış ve bu şekilde yorumlamaları gerektiği vurgulanmıştır. Araştırmayı yorumlayan uzmanlar arasında maddeleri değerlendiren birinci uzman ölçeğin özgün şeklinde dış kontrol/güçlü diğer kişiler alt boyutuna ait olan 3. 5. ve 18. maddelerin iç kontrol alt boyutuna ait olabileceği yönünde, ikinci uzman ölçeğin özgün şeklinde dış kontrol/güçlü diğer kişiler alt boyutuna ait olan 3. ve 5. maddeleri iç kontrol alt boyutuna ait olabileceği yönünde, üçüncü uzman ölçeğin özgün şeklinde dış kontrol/güçlü diğer kişiler alt boyutuna ait olan 3. ve 18. maddelerin iç kontrol alt boyutuna ait olabileceği yönünde, dördüncü uzman ise maddelerin ölçeğin özgün şeklinde olduğu gibi 6 maddenin iç kontrol, 12 maddenin dış kontrol (şans ve güçlü diğer kişiler) alt boyutuna ait olabileceği yönünde değerlendirmiştir. Ölçeğin görünüş geçerliğinin uzmanlar tarafından farklı değerlendirildiği saptanmıştır. Ölçek maddelerinin değerlendirilmesinde üç uzman 3. maddenin, iki uzman 5. ve 18. maddenin hangi alt boyuta (iç kontrol alt boyutu ya da güçlü diğer kişiler alt boyutu) ait olduğunu anlayabilmekte zorlanmıştır. Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının başında alt boyutların saptanması ve maddelerin anlaşılabilirliği incelenirken karşılaşılan bu sorunlarla ön test sırasında da karşılaşmıştır. Ön teste

katılan kişiler soruları anlamakta zorlandıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılar “Sağlıklı kalmam ya da hastalığımla mücadelede ailem çok önemlidir” ifadesini içeren 7. soru ve “Hastalanırsam, benim suçumdur” ifadesini içeren 8. soruda kararsız kaldıklarını belirtmişlerdir. 7. soruda sağlıklı kalmak ya da hasta olmak şeklinde iki ifade bulunduğunu hangisini göz önünde tutarak cevap vereceklerine ilişkin tereddütte kaldıklarını, 8. soruda ise dini inançlarının bir sonucu olan “kader” inancına sahip olduklarını ve bu ifadenin tek başına onların hastalık durumlarını açıklamakta yetersiz kaldığını ifade etmişlerdir. Elde edilen geçerlik ve güvenirlik bulgularının kabul edilebilir düzeylerde olması nedeniyle ve ölçeğin özgün şeklinin korunması amacıyla ifadelerde değişiklik yapılmamıştır. Çalışma başlamadan önce karşılaşılan bu durum çalışma sonuçlarına da yansımıştır. Bu çalışmada iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında zayıf ve pozitif yönde bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 5.2.). Uzmanlar ve araştırmaya katılanların güçlü diğer kişiler ölçeğinde yer alan maddelere ilişkin kararsızlığı araştırmadan elde edilen bulgularda gözlenmiştir.

Hashemian ve ark. (125) tarafından İran’da yaşayan 18-69 yaş arasında kadınlarla yapılan ÇBSKOÖ A formu geçerlik güvenirlik çalışması için yapılan ön teste katılan kadınlar ölçekte yer alan ifadeleri kolaylıkla anladıklarını ve ifadelerin açık olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmayla karşılaştırıldığında her iki araştırma da benzer yaş gruplarına yapılmıştır; yapılan araştırmada en yüksek eğitim düzeyi seviyesi %34,5 ile üniversite ve üzeri iken İran’da yapılan araştırmanın en yüksek eğitim düzeyi seviyesi %41,5 ile ilkokuldur (125). Eğitim düzeyindeki bu farklılık, maddelerin anlaşılabilirlik düzeyinin bu araştırmada daha yüksek olması gerektiğini düşündürmüştür. Ancak bu çalışmadan elde edilen sonuçlar beklenenin dışında olmuştur.

ÇBSKOÖ A formu geçerlik analizlerine yönelik yapılan bu araştırmada üçüncü olarak eş zaman geçerliğine yönelik bulgular değerlendirilmiştir. Eş zaman geçerliği iki ölçek arasındaki ilişkinin incelenmesi vasıtasıyla yeni ölçeğe yönelik tahminde bulunmayı sağlamaktadır (100, 101, 102). Yapılan araştırmada hem paralel test güvenirliği hem de eş zaman geçerliğine kanıt elde etmek amacıyla İDKOÖ kullanılmıştır. İDKOÖ sonuçları, ÇBSKOÖ A formu geçerlik ve güvenirlik analizleri paralel test güvenirliğinin tartışılması kısmında açıklanmıştır ve araştırmanın eş

zaman geçerliği, Örneklem 1 grubunda ÇBSKOÖ A formu iç kontrol alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, çok zayıf ve negatif yönde ($p<0,01$; $r:-0,21$) şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,28$) bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.7). Örneklem 2 grubunda ÇBSKOÖ A formu iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,27$) bir korelasyon bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.7.).

Tablo 5.4. LISREL Analizi Sonrası Bu Çalışma ve Diğer Çalışmalardan Elde Edilen ÇBSKOÖ A Formu Uyum İndeksleri.

Uyum İndeksleri	Wallston KA, Wallston BS, De Vellis R. (özgün çalışma)	Hubley AM, Wagner S.	Athale N, Aldridge A, Malcarne VL, Nakaji M, Samady W, Sadler GR.	Hashemian M, Aminshokravi F, Hidarnia A, Lamyian M, Hassanpour K, Akaberi A, Moshki M.	Ross TP, Ross LT, Short SD, Cataldo S.	Kassianos AP, Symeou M, Loannou M.	Bu çalışma (Örneklem 1*)
Araştırma Tarihi	1978	2004	2010	2014	2015	2016	2017
p		<0,001	<0,001	0,408	<0,001	<0,001	<0,05
χ^2/sd		203,17	$\chi^2= 544,62$	1,03	460,90/132	314,04/132	1,8
RMSR		0,08					
SRMR			0,066		0,08	0,064	0,05
RMSEA		0,047	0,064	0,013	0,09	0,062	0,05
GFI		0,91				0,90	0,92
AGFI		0,89					0,89
NFI		0,80		0,98			0,80
NNFI		0,90					0,87
CFI				0,99		0,86	0,89
IFI				0,99			0,89
TLI				0,99			
CI					(%90)= 0,07- 0,09		

*İlk tura katılan 275 kişinin ölçümleri.

ÇBSKOÖ A formu geçerlik analizlerine yönelik yapılan bu çalışmada dördüncü olarak yapı geçerliğine yönelik bulgular değerlendirilmiştir. Literatürde yapı geçerliğinde kullanılan indekslerin (χ^2/sd dışında) hangileri olması gerektiği ile ilgili açık bir öneriye rastlanmamıştır (102-107). Hubley ve Wagner (81) ÇBSKOÖ A formu geçerlik güvenirlik çalışmasında yapı geçerliğine yönelik indeksleri $p<0,0001$; $\chi^2=203,17$ $sd=132$; $RMSR=0,08$; $RMSEA=0,047$; $GFI=0,91$; $AGFI=0,89$; $NFI=0,80$ ve $NNFI=0,90$ olarak bulmuşlardır (Tablo 5.4.). Athale ve ark. (124) Amerika'da yaptıkları ÇBSKOÖ A formu geçerlik güvenirlik çalışmasında yapı

geçerliğine yönelik indeksleri $p < 0,001$; $\chi^2=544,62$; SRMR=0,066 ve RMSEA=0,064 olarak bulmuşlardır (Tablo 5.4.). Hashemian ve ark. (125) İranlı kadınlarla yaptıkları ÇBSKOÖ A formu geçerlik güvenirlik çalışmasında yapı geçerliğine yönelik indeksleri $p=0,408$; $\chi^2/sd=1,03$; RMSEA=0,013; CFI=0,99; IFI=0,99; NFI=0,98 ve TLI=0,99 olarak bulmuşlardır (Tablo 5.4.). Ross ve ark. (122) ÇBSKOÖ A formu geçerlik güvenirlik çalışmasında yapı geçerliğine yönelik indeksleri $p < 0,001$; $\chi^2=460,90$ $sd=132$; SRMR=0,08; RMSEA=0,09 ve CI (%90)=0,07-0,09 olarak bulmuşlardır (Tablo 5.4.). Kassianos ve ark. (126) ÇBSKOÖ A formu geçerlik güvenirlik çalışmasında yapı geçerliğine yönelik indeksleri $p < 0,001$; $\chi^2=314,04$ $sd=132$; SRMR=0,064; RMSEA=0,062; GFI=0,90 ve CFI=0,86 olarak bulmuşlardır (Tablo 5.4.). Bu araştırmada yapı geçerliğine yönelik indeksler $p < 0,05$; $\chi^2/sd=1,8$; RMSEA=0,05; SRMR=0,05; CFI=0,89; GFI=0,92; NFI=0,80; NNFI=0,87; PNFI=0,68; AGFI=0,89 ve ECVI=1,05 olarak bulunmuştur (Tablo 5.4.). Literatür incelendiğinde ÇBSKOÖ A formu yapı geçerliğine yönelik farklı araştırmalar için farklı uyum indeksi değerleri sunulmuştur. Yapılan bir araştırmada ise yapı geçerliğinin belirlenmesi için önemli olan indeks değerlerinin RMSE, SRMR, CFI, GFI, NFI ve NNFI olduğu belirtilmiştir (107). Bu araştırmanın sonuçları incelendiğinde sözü edilen değerlerin uyum istatistiklerinin sağlanması için gereken kabul edilebilir değerleri yakaladığı saptanmıştır. Bulgular bölümünde yer alan standartlaştırılmış çözüm değerleri (Bkz. Şekil 4.1.) kısmında hata değerleri incelendiğinde, iç kontrol alt boyutunda yer alan 8. maddenin hata değeri 0,90'm üzerinde (109) olan tek madde olduğu saptanmıştır. Bulgular bölümünde yer alan t değerleri incelendiğinde (Bkz. Şekil 4.2.) ise 3,20 ile en düşük madde değerinin 8. maddede olduğuna karar verilmiştir. 8. maddede yer alan bu olumsuzluklara rağmen, tüm maddelerde yer alan değerlerin 1,96'yı aşması, t değerlerinin incelenmesi kısmında kırmızı oka rastlanmaması (108) ve ölçülen modelin uyum istatistiklerinde kabul edilen değerleri yakalaması nedeniyle 8. madde ölçekten çıkarılmamıştır.

5.2. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu 1. 7. 8. 9. ve 14. Maddeler Çıkartıldığında Geçerlik ve Güvenirliğine Yönelik Tartışma

ÇBSKOÖ B formu geçerlik ve güvenirlik verilerinin sunulduğu bulgular kısmında ilk olarak 18 maddenin tamamının olduğu analizler sonrasında ise 1. 7. 8.

9. ve 14. maddelerin çıkartıldığı analizler verilmiştir. Bu kısımda ise ÇBSKOÖ B formunun en uygun ve son hali olduğu düşünülen 1. 7. 8. 9. ve 14. maddelerin çıkartıldığında elde edilen bulgular birlikte tartışılmıştır.

5.2.1.Güvenirlik Analizlerine Yönelik Tartışma

ÇBSKOÖ B formu güvenilirlik analizlerine yönelik yapılan bu araştırmada ilk olarak madde istatistikleri belirlenmiştir. Araştırmanın özgün çalışmasında madde istatistiklerine yönelik bilgi verilmemiştir (29). Moshki ve Ghofranipour (127) tarafından ÇBSKOÖ B formu psikometrik özelliklerini belirlemeye yönelik İran’da yapılan bir çalışmada madde istatistiklerinden bahsedilmemiştir. Ross ve ark. (122) tarafından ÇBSKOÖ B formu psikometrik özelliklerini belirlemeye yönelik bir çalışmada faktör yükü en düşük olan iki madde 0,19 ile 9. madde ve 0,41 ile 8. madde olarak bulunmuştur. ÇBSKOÖ A formunda sadece “Hastalandığımda benim suçumdur” ifadesini içeren 8. maddede toplam korelasyon katsayısı düşük bulunmuştur. ÇBSKOÖ B formunda ise “Hastalanırsam kendimi tekrar iyileştirecek güce sahibim” ifadesini içeren 1. madde, “Diğer insanların sağlıklı ya da hasta olmam üzerinde önemli rolleri var” ifadesini içeren 7. madde, “Sağlığım ile ilgili her şey ters gidiyor” ifadesini içeren 8. Madde, “Hastalandığımda, hastalığın doğal sürecinde ilerlemesine izin veririm” ifadesini içeren 9. madde, “Hasta hissettiğimde, sebebinin kendime doğru düzgün bakmamam olduğunu bilirim” ifadesini içeren 13. madde ve “Diğer kişilerden aldığım bakımın türü, bir hastalığı nasıl atlatacağımı belirler” ifadesini içeren 14. maddenin toplam korelasyon katsayısı düşük bulunmuştur. Araştırmaya başlamadan önce yapılan ÇBSKOÖ B formu görünüş geçerliği sırasında ön denemeye katılan kişiler, 1. soruda dini inançlarının bir sonucu olan “kader” inancına sahip olduklarını ve kendilerinden üstün olan bir gücün varlığına inandıklarını, 7. soruda sağlıklı kalmak ya da hasta olmak hangisine cevap vereceklerine ilişkin tereddütte kaldıklarını, 8. soruda “her şey ters gidiyor” kavramının sağlık üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu ve her şey derken neyin kastedildiğini anlayamadıklarını, 13. soruda yer alan ifadeyi anlamadıklarını ve 14. soruda ise “bakımın türü” kavramının ne ve diğer kişilerin kim olduğunu anlayamadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların tereddütte kaldıkları tüm ifadeler ve ek olarak 9. maddenin madde toplam korelasyon katsayıları düşük bulunmuştur.

Bu durum ön denemeye katılanların genel toplumu yansıttığını ve araştırmaya katılanların bu ifadeleri anlamakta zorlandıklarına işaret etmektedir. ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında kalan maddelerin madde toplam korelasyon katsayısının kritik değer 0,20'nin üstünde olduğu görülmüştür. Bu maddeler çıkartıldıktan sonra yapılan analizlerde 13. maddenin (hem anlaşılması güç olan hem de madde toplam korelasyon katsayısı düşük olan maddeler arasında yer almaktadır) madde toplam korelasyon değeri 0,26'ya ulaşmıştır.

Tablo 5.5. Bu Çalışma ve Diğer Çalışmalarda Elde Edilen ÇBSKOÖ B Formu Cronbach Alfa Değerleri.

Araştırmacıların İsimleri	Araştırma Tarihi	İç Kontrol Cronbach Alfa	Şans Kontrol Cronbach Alfa	Güçlü Kişiler Cronbach Alfa	Diğer Alfa
Wallston KA, Wallston BS, De Vellis R. (özgün çalışma)	1978	0,71	0,69	0,71	
Hublely ve Wagner	2004	0,72	0,66	0,78	
Moshki M, Ghofranipour F.	2011	0,70	0,76	0,72	
Ross TP, Ross LT, Short SD, Cataldo S.	2015	0,66	0,69	0,72	
Bu çalışma (Örneklem 1*)	2017	0,54	0,65	0,64	
Bu çalışma (Örneklem 2 **) (test tekrar test sonucu)	2017	0,62	0,66	0,61	

*İlk tura katılan 275 kişinin ölçümleri.

**Hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ikinci ölçümleri.

ÇBSKOÖ B formu güvenilirlik analizlerine yönelik yapılan bu araştırmada ikinci olarak iç tutarlılık katsayısı belirlenmiştir. Hubley ve Wagner (81) ÇBSKOÖ B formu geçerlik ve güvenilirliği amacıyla yaptıkları bir araştırmada iç kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,72; şans kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,66 ve güçlü diğer kişiler kontrolü alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,78 olarak bulmuşlardır (Tablo 5.5.). Moshki ve Ghofranipour (127) tarafından İran'da ÇBSKOÖ B formuyla ilgili yapılan çalışmada iç kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,70; şans kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,76 ve güçlü diğer kişiler kontrolü alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,72 olarak bulunmuştur (Tablo 5.5.). Ross ve ark. (123) tarafından ÇBSKOÖ B formu psikometrik özelliklerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmada iç kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,66, şans kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,69 ve güçlü diğer kişiler kontrolü alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,72 olarak bulunmuştur (Tablo 5.5.). Wallston ve ark. (29) tarafından yapılan ÇBSKOÖ B formunun geçerlik ve güvenilirliği özgün çalışmasında iç kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,71; şans kontrol alt boyutu

Cronbach alfa değeri 0,69 ve güçlü diğer kişiler kontrolü alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,71 olarak bulunmuştur (Tablo 5.5.). Bu çalışmada 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında ÇBSKOÖ B formu Örnekleme 1 iç kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,54 şans kontrol alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,65 ve güçlü diğer kişiler alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,64 olarak bulunmuştur. Örnekleme 2 alt boyutları Cronbach alfa değerleri ise, iç kontrol alt boyutu 0,62, şans alt boyutu 0,66 ve güçlü diğer kişiler alt boyutu 0,61 olarak bulunmuştur (Tablo 5.5.). Yapılan araştırmada alt boyutların tamamında Cronbach alfa değeri sınır kabul edilen değerden düşük bulunmuştur. Madde istatistiklerinin tartışılması kısmında yorumlanan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddelerin çıkartılması yapılan araştırmanın iç tutarlık katsayısını geçerlik güvenirlik araştırmalarının kabul edilebilmesi için gereken değerlere ulaştıramamıştır. Literatürde yer alan diğer araştırmalarda ÇBSKOÖ B formu maddelerinin tamamı incelenmiş ve hiçbir madde çıkarılmadan istenilen sonuçlar elde edilmiştir. Wallston ve ark. (1978) yaptıkları araştırmayı havaalanında ve 16 yaş üstü bireylerle (29), Hubley ve Wagner (2004) üniversite öğrencileriyle (81), Moshki ve Ghofranipour (2011) üniversite öğrencileriyle (127), Ross ve ark. (2015) üniversite öğrencileriyle (122) gerçekleştirmiştir. Bu çalışmada ise çalışma grubu genel popülasyonu yansıtabilmesi açısından 20-69 yaş arası ve her yaş grubundan eşit sayıda birey araştırmaya dahil edilmiştir. Diğer araştırmalarda olduğu gibi ÇBSKOÖ B formunun üniversite öğrencileri arasından seçilen örneklem ile tekrarlanması araştırma sonucunun geçerli ve güvenilir olmasını sağlayabilir. Ancak bu aynı zamanda bu ölçeğin eğitim düzeyi düşük olan gruplar tarafından kullanılmasında anlaşılabilirliği açısından sınırlılık olduğuna işaret etmektedir.

ÇBSKOÖ B formu güvenirlik analizlerine yönelik yapılan bu araştırmada üçüncü olarak paralel testler yöntemi belirlenmiştir. Ölçeğin sağlık alanına özel olmayan ve Levenson (1973) tarafından oluşturulan ilk halinde (ÇBKOÖ) paralel form olarak Marlowe - Crowne's Social Desirability Scale ölçeği kullanılmış ve iki ölçek arasında korelasyon bulunamamıştır (27). Bu araştırmada kullanılan ve sağlık alanına özel olan ÇBSKOÖ B formunun özgün şeklinde ise Wallston ve ark. (1978) ÇBSKOÖ A ve B formlarını özdeş kabul ederek ikisinden elde ettikleri sonuçları birleştirerek/karıştırarak yorumlamışlardır (29). Wallston ve ark. (1978) iç, şans ve güçlü diğer kişiler olmak üzere üç alt boyuttan oluşan birleştirilmiş ÇBSKOÖ A ve B

formlarının geçerlik ve güvenilirliğinde paralel test olarak yine iç, şans ve güçlü diğer kişiler olmak üzere üç alt boyuttan oluşan Levenson (1973)'ın ÇBKOÖ'ni kullanmışlardır (29). ÇBSKOÖ A ve B formlarında yer alan iç kontrol alt boyutu ile ÇBKOÖ iç kontrol alt boyutu arasındaki korelasyon orta düzeyde; ÇBSKOÖ A ve B formlarında yer alan şans kontrol alt boyutu ile ÇBKOÖ şans kontrol alt boyutu arasındaki korelasyon yüksek düzeyde ve ÇBSKOÖ A ve B formlarında yer alan güçlü diğer kişiler alt boyutu ile ÇBKOÖ güçlü diğer kişiler alt boyutu arasındaki korelasyon zayıf düzeyde bulunmuştur (29).

Bu çalışmanın paralel testler yöntemi kısmında ise 1966 yılında Rotter tarafından oluşturulan, 1991 yılında Dağ tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılan İç Dış Kontrol Odağı Ölçeği (İDKOÖ) kullanılmıştır. Bu ölçek kontrol odağı ile ilgili oluşturulan ve diğer ölçeklerin geliştirilmesine öncülük eden ilk ölçektir. İDKOÖ'de yükselen puanlar dış kontrol odağı inancının arttığını göstermektedir (26). Wallston ve ark. (1978) tarafından geliştirilen üç boyutlu likert tipli olan ÇBSKOÖ A ve B formlarının özgün geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında yine üç boyutlu Likert tipli olan ÇBKOÖ'nin (Levenson, 1973) paralel test güvenilirliği yapılmıştır (29). Literatürde Levenson'un ÇBKOÖ'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğine rastlanmadığı için, bu ölçek bu çalışmada kullanılamamıştır. Bu nedenle bu çalışmada üç boyutlu Likert tipte bir ölçek (ÇBSKOÖ) ile a ve b maddelerinin puanlandırılmasından oluşan kategorik tipte bir ölçek (İDKOÖ) kullanılmıştır. Bu çalışmada paralel test için kullanılan ölçek diğer çalışmalarda kullanılanlarla aynı olmasa da, ÇBSKOÖ B formu 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında, Örneklem 1 grubu şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, çok zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,15$) bir korelasyon bulunmuştur. Bu korelasyon istatistiksel olarak anlamlı olsa da korelasyon katsayısı kabul edilebilir düzeyde değildir. ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında, Örneklem 2 grubunda ÇBSKOÖ B formu alt boyutları ile İDKOÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. İDKOÖ'de yükselen puanlar dış kontrol odağı inancının arttığını gösterdiği için, bu çalışmada Örneklem 1 grubu için elde edilen sonuçlarda şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında pozitif yönde bir ilişki çıkması istenen bir durumdur. İlişki yönü pozitif olmasına rağmen çalışmada iki ölçek arasında elde

edilen korelasyon katsayısı çok düşüktür ve bu nedenle aralarında korelasyon bulunmamaktadır.

Tablo 5.6. Bu Çalışma ve Diğer Çalışmalardan Elde Edilen ÇBSKOÖ B Formu Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Katsayıları.

Araştırmacıların İsimleri	Araştırma Tarihi	İç Kontrol ve Güçlü Diğer Kişiler Arasındaki Korelasyon	İç Kontrol ve Şans Kontrol Arasındaki Korelasyon	Şans Kontrol ve Güçlü Diğer Kişiler Arasındaki Korelasyon
Wallston KA, Wallston BS, De Vellis R. (özgün çalışma)	1978	r=0,05 p***	r=-0,18 p***	r=0,25 p***
Hublely AM, Wagner S	2004	r=-0,10 p=ilişki yok	r=-0,33 p<0,001	r=0,26 p<0,001
Moshki M, Ghofranipour F.	2011	r=0,15 p=ilişki yok	r=-0,28 p<0,01	r=0,25 p=0,01
Ross TP, Ross LT, Short SD, Cataldo S.	2015	r=0,30 p<0,001	r=-0,07 p=0,20	r=0,12 p=0,04
Kassianos AP, Symeou M, Loannou M.	2016	r=0,22 p=0,001	r=-0,04 p=ilişki yok	r=0,32 p<0,01
Bu çalışma (Örneklem 1*)	2017	r=0,23 p<0,01	r=-0,21 p<0,01	r=0,10 p=ilişki yok
Bu çalışma (Örneklem 2**)	2017			

*İlk tura katılan 275 kişinin ölçümleri.

** Hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ikinci ölçümleri.

***Verilerin alındığı kaynaktan p değerleri açıklanmamıştır.

ÇBSKOÖ B formu güvenilirlik analizlerine yönelik yapılan bu çalışmada dördüncü olarak alt boyutlar arasındaki ilişki belirlenmiştir. Hubley ve Wagner (81) ÇBSKOÖ B formu geçerlik ve güvenilirliği amacıyla yaptıkları bir çalışmada iç kontrol alt boyutu ile şans kontrol alt boyutu arasında zayıf ve negatif yönde, şans kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında zayıf ve pozitif yönde bir korelasyon bulmuşlardır. İç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (Tablo 5.6.) (81). Moshki ve Ghofranipour (127) tarafından ÇBSKOÖ B formu geçerlik ve güvenilirliği amacıyla yapılan bir çalışmada iç kontrol alt boyutu ile şans kontrol alt boyutu arasında zayıf ve negatif yönde, şans kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında zayıf ve pozitif yönde bir korelasyon bulunmuştur. İç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 5.6.) (127). Ross ve ark. (122) ÇBSKOÖ B formu geçerlik ve güvenilirliği amacıyla yaptıkları çalışmalarında iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında zayıf ve pozitif yönde, şans kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında çok zayıf (ilişki yok denebilecek kadar zayıf) ve

pozitif yönde bir korelasyon bulmuşlardır. İç kontrol alt boyutu ile şans kontrol alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (Tablo 5.6.) (122). Kassianos ve ark. (126) ÇBSKOÖ B formu geçerlik ve güvenilirliği amacıyla yaptıkları araştırmalarında iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında zayıf ve pozitif yönde, şans kontrol alt boyutu ve güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında zayıf ve pozitif yönde bir ilişki bulmuşlardır. İç kontrol ve şans kontrol alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (Tablo 5.6.) (126). Wallston ve ark. (1978) ÇBSKOÖ B formu için buldukları korelasyon katsayıları ise iç kontrol ve şans kontrol alt boyutları arasında çok zayıf (ilişki yok denebilecek kadar zayıf) ve negatif yönde; şans ve güçlü diğer kişiler arasında çok zayıf (ilişki yok denebilecek kadar zayıf) ve pozitif yönde olarak saptanmıştır. İç kontrol alt boyutu ve güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (Tablo 5.6.) (29). Bu çalışmada ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında, Örneklem 1 grubu için, iç kontrol alt boyutu ile şans kontrol alt boyutu arasında anlamlı, çok zayıf (ilişki yok denebilecek kadar zayıf) ve negatif yönde, iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında anlamlı, çok zayıf (ilişki yok denebilecek kadar zayıf) ve pozitif yönde bir korelasyon bulunmuştur. Şans kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 5.6.).

Araştırmanın özgün şeklinde, literatürde yer alan araştırmalarda ve bu çalışmada farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bu durum araştırma yapılan örneklem gruplarında yaş ve eğitim seviyelerindeki farklılıktan ya da örneklemin seçildiği toplumlardaki kültür ve inanç farklılığından kaynaklanabilir. Ayrıca yapılan araştırmada şans kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında korelasyon bulunamamıştır. Bu iki boyut, kontrol odağı ölçeğinin ilk ortaya çıktığı zamanlarda kullanılan iç ve dış kontrol odağı kavramlarından dış kontrol odağının ikiye bölünmesiyle oluşturulmuştur. Bu nedenle bu iki boyut arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki çıkması istenmektedir. Literatürde yer alan diğer çalışmalarda bu iki boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı ya da anlamsız fakat pozitif yönde bir ilişki çıkmıştır. Araştırma sonucumuzun diğer araştırma sonuçlarından farklı olmasının nedeni, Hubley ve Wagner'ın (2004) (81), Moshki ve

Ghofranipour'un (2011) (127), Ross ve diğerlerinin (2015) (122) ve Kassianos ve diğerlerinin (2016) (126) üniversite öğrencileriyle gerçekleştirdikleri araştırmanın, bu çalışmada 20-69 yaş arası bireylerle gerçekleştirilmesi olabilir. Ancak sağlık kontrol odağı çalışmalarının üniversite öğrencileri ile sınırlı olması beklenemez. Özellikle kronik hastalık durumlarında sağlık kontrol odağına yönelik çalışmalar için belirli bir eğitim düzeyi dışında farklı düzeylerde kişilerle çalışma yürütmesi gerektiğinden ölçeklerin de bu gereksinimi karşılayacak yapıya uygun olması beklenir. ÇBSKOÖ için yapılan özgün çalışmada 16 yaş üstü kişilerle gerçekleştirilmiştir.

Tablo 5.7. Bu Çalışma ve Diğer Çalışmalardan Elde Edilen ÇBSKOÖ B Formu Test Tekrar Test Değerleri.

Araştırmacıların İsimleri	Araştırma Tarihi	İlk Tur İç Kontrol ve İkinci Tur İç Kontrol Korelasyon	İlk Tur Şans Kontrol ve İkinci Tur Şans Kontrol Korelasyon	İlk Tur Güçlü Diğer Kişiler ve İkinci Tur Güçlü Diğer Kişiler Korelasyon
Wallston KA, Wallston BS, De Vellis R. (özgün çalışma)	1978	Test tekrar test yöntemi kullanılmamıştır.		
Hublely AM, Wagner S.	2004	$r=0,72$ $p<0,001$	$r=0,72$ $p<0,001$	$r=0,72$; $p<0,001$
Moshki M, Ghofranipour F.	2011	$r=0,68$ $p<0,001$	$r=0,65$ $p<0,001$	$r=0,76$ $p<0,001$
Bu çalışma (Örnekleme 2*)	2017	$r=0,67$ $p<0,01$	$r=0,88$ $p<0,01$	$r=0,72$ $p<0,01$

*Hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ölçümleri.

ÇBSKOÖ B formu güvenilirlik analizlerine yönelik yapılan bu çalışmada beşinci olarak test tekrar test yöntemine yönelik bulgular değerlendirilmiştir. Ölçeğin sağlık alanına özel olmayan ve Levenson tarafından oluşturulan ilk halinde (ÇBKOÖ) yarıya bölme yöntemi kullanılmış ve test güvenilirliği 0,70 olarak bulunmuştur (27). Hubley ve Wagner (81) yaptıkları bir çalışmada ilk tur iç kontrol alt boyutu ile ikinci tur iç kontrol alt boyutu arasındaki korelasyonu $r=0,72$ $p<0,001$; ilk tur şans kontrol alt boyutu ile ikinci tur şans kontrol alt boyutu arasındaki korelasyonu $r=0,72$ $p<0,001$; ilk tur güçlü diğer kişiler alt boyutu ile ikinci tur güçlü diğer kişiler alt boyutu arasındaki korelasyonu $r=0,71$ $p<0,001$ olarak bulmuşlardır (Tablo 5.7.). Moshki ve Ghofranipour (127) yaptıkları bir çalışmada ilk tur iç kontrol alt boyutu ile ikinci tur iç kontrol alt boyutu arasındaki korelasyonu $r=0,68$ $p<0,001$; ilk tur şans kontrol alt boyutu ile ikinci tur şans kontrol alt boyutu arasındaki korelasyonu $r=0,65$ $p<0,001$; ilk tur güçlü diğer kişiler alt boyutu ile ikinci

tur güçlü diğer kişiler alt boyutu arasındaki korelasyonu $r=0,76$ $p<0,001$ olarak bulmuşlardır ve bu değerleri uygun kabul etmişlerdir (Tablo 5.7.). ÇBSKOÖ B formunun özgün çalışmasının güvenilirliğinde test tekrar test yöntemi kullanılmamıştır (29). Bu çalışmada ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında Örneklem 2 grubu ilk tur iç kontrol alt boyutu ile ikinci tur iç kontrol alt boyutu arasındaki korelasyon $r=0,67$ $p<0,01$; ilk tur şans kontrol alt boyutu ile ikinci tur şans kontrol alt boyutu arasındaki korelasyon $r=0,88$ $p<0,01$; ilk tur güçlü diğer kişiler alt boyutu ile ikinci tur güçlü diğer kişiler alt boyutu arasındaki korelasyon $r=0,72$ $p<0,01$ olarak bulunmuştur (Tablo 5.7.). Araştırma sonuçları test tekrar test yöntemi kabul değerleri içinde bulunmuştur (96). Araştırma sonuçları literatüre uyum gösterse de bu çalışmada elde edilen şans kontrol alt boyutu ilk tur ve ikinci tur korelasyon katsayısı literatürde yer alan diğer çalışmalardan oldukça yüksektir.

5.2.2.Geçerlik Analizlerine Yönelik Tartışma

ÇBSKOÖ B formu geçerlik analizlerine yönelik yapılan bu araştırmada ilk olarak kapsam geçerliliğine yönelik bulgular değerlendirilmiştir. Araştırma verilerinden elde edilen ve uyumsuzluğa neden olan bazı maddelerin araştırmadan çıkartılması gerekmiştir. Bu nedenle, ÇBSKOÖ B formundan sırasıyla 8. 9. 14. 7. ve 1. maddeler çıkartılmış ve her maddenin çıkartılması sonrasında analizler tekrar edilmiştir. Bu maddelerin çıkartılmasıyla birlikte başlangıçta yapılan kapsam geçerliği olumsuz etkilenmiştir. ÇBSKOÖ B formu alt boyutlarındaki madde sayıları değişmiştir ve ölçme aracının özgün şeklinde değişiklik meydana gelmiştir. Hubley ve Wagner (81), Moshki ve Ghofranipour (127), Ross ve ark. (122), Kassianos ve ark. (126) yaptıkları araştırmalarda hiçbir maddeyi ölçekten çıkarmadan araştırmalarına devam etmiştir. Özellikle Moshki ve Ghofranipour (2011) araştırmalarında seçtikleri örneklem grubu için ÇBSKOÖ B formunun geçerli güvenilir olduğunu ifade etmişlerdir (127). Bu araştırmada bu kadar maddenin çıkartılması ve halen istenilen sonuçlar elde edilememesi araştırmanın bu örneklem için uygun olmadığını göstermektedir.

Çalışmada dil geçerliği amacıyla ölçeğin Halk Sağlığı alanından 3 uzman ve İngilizce Öğretmenliği alanından bir akademisyen tarafından Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. Araştırmacılar tarafından ölçeğin ilk Türkçe şekli hazırlanmış ve Türkçe

dil yapısına uygunluk bakımından değerlendirilmek üzere Türk Dili ve Edebiyatı uzmanının görüşüne sunulmuştur. Uzmanın gelen görüş doğrultusunda önerilen düzeltmeler yapılarak ölçeğin Türkçe hali yeniden düzenlenmiştir. Türkçe'ye çevirisi yapılan ölçeğin Mütercim Tercümanlık alanından bir uzman tarafından İngilizce'ye çevirisi yapılmıştır. İngilizce'ye tekrar çevirisi yapılan ölçeğin özgün şeklini karşılayıp karşılamadığını belirlemek üzere dil bilimci bir uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanın gelen olumlu görüş sonucunda ölçek araştırmada kullanılmıştır. Türkçe'ye ve sonrasında tekrar İngilizce'ye çevirisi yapılan ÇBSKOÖ B formunun cümle uyumu ile bağlaç ve edat gibi ekleri açısından bir sorun çıkmamıştır. İfadeler kelime kelime çevrilmemiş anlam bütünlüğünün korunmasına dikkat edilmiştir. Ölçekte yer alan ve bulunduğu alt boyutun içeriğini tam yansıtmayan cümleler olduğu saptanmıştır (Orneğin 3. 5. 18. madde). Bu cümleler tekrar tekrar incelenmesine rağmen ölçeğin özgün şeklini korumak için cümlelerde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Araştırmanın başlangıcında ÇBSKOÖ B formunun özgün şekli korunsun da araştırmanın ilerleyen süreçlerinde elde edilen istatistiksel analizler sonucunda sırasıyla 8. 9. 14. 7. ve 1. maddeler çıkartılması gerekmiştir. Bu nedenle ölçeğin özgün şekli değişmiş, kapsamı temsil eden maddelerden bazılarının çıkarılması kapsam geçerliğini olumsuz yönde etkilemiştir.

ÇBSKOÖ B formu geçerlik analizlerine yönelik yapılan bu araştırmada ikinci olarak görünüş geçerliğine yönelik bulgular değerlendirilmiştir. ÇBSKOÖ B formunun görünüş geçerliği değerlendirmesini halk sağlığı alanından iki uzman, ölçme-değerlendirme alanından bir uzman ve psikiyatri hemşireliği alanından bir uzman toplam dört uzman yapmıştır. Değerlendirmeyi yapan uzmanlara dış kontrol alt boyutunun şans ve güçlü diğer insanlar olarak ikiye ayrıldığı açıklanmış ve bu şekilde yorumlamaları gerektiği vurgulanmıştır. Araştırmayı yorumlayan uzmanlar arasında maddeleri değerlendiren birinci uzman ölçeğin özgün şeklinde dış kontrol/güçlü diğer kişiler alt boyutuna ait olan 3. 5. ve 18. maddeleri iç kontrol alt boyutuna ait olabileceği yönünde, ikinci uzman ölçeğin özgün şeklinde dış kontrol/güçlü diğer kişiler alt boyutuna ait olan 3. ve 18. maddeleri iç kontrol alt boyutuna ait olabileceği yönünde, üçüncü uzman ölçeğin özgün şeklinde dış kontrol/güçlü diğer kişiler alt boyutuna ait olan 3. ve 18. maddeleri iç kontrol alt boyutuna ait olabileceği yönünde, dördüncü uzman ise maddeleri ölçeğin özgün

şeklinde olduğu gibi 6 madde iç kontrol, 12 madde dış kontrol (şans ve güçlü diğer kişiler) alt boyutuna ait olabileceği yönünde değerlendirmiştir. Ölçeğin görünüş geçerliğinin uzmanlar tarafından farklı değerlendirildiği saptanmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde üç uzman 3. maddenin iki uzman 18. maddenin, bir uzmanda 5. maddenin hangi alt boyuta (iç kontrol alt boyutu ya da güçlü diğer kişiler alt boyutu) dahil olduğunu anlayabilmekte zorlanmıştır. Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında alt boyutların saptanması ve maddelerin anlaşılabilirliği incelenirken karşılaşılan bu sorunlarla ön test sırasında da karşılaşmıştır. Katılımcılar ÇBSKOÖ B formu ölçeğinde yer alan soruları anlamakta zorlandıklarını ve soruların çok karmaşık olduğunu, ifadeleri anlamadıkları için de ifadeye ne kadar katıldıklarını seçmekte zorlandıklarını vurgulamışlardır. Katılımcılar “Hastalanırsam kendimi tekrar iyileştirecek güce sahibim” ifadesini içeren 1. soru, “Diğer insanların sağlıklı ya da hasta olmam üzerinde önemli rolleri vardır” ifadesini içeren 7. soru, “Sağlığım ile ilgili her şey ters gidiyor” ifadesini içeren 8. soru, “Hasta hissettiğimde, sebebinin kendime doğru düzgün bakmamam olduğunu bilirim” 13. soru ve “Diğer kişilerden aldığım bakımın türü, bir hastalığı nasıl atlatacağımı belirler” ifadesini içeren 14. soruda kararsız kaldıklarını belirtmişlerdir. 1. soruda dini inançlarının bir sonucu olan “kader” inancına sahip olduklarını ve kendilerinden üstün olan bir gücün varlığına inandıklarını, 7. soruda sağlıklı kalmak ya da hasta olmak hangisine cevap vereceklerine ilişkin tereddütte kaldıklarını, 8. soruda “her şey ters gidiyor” kavramının sağlık üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu ve her şey derken neyin kastedildiğini anlayamadıklarını, 13. soruda yer alan ifadeyi anlamadıklarını ve 14. soruda ise “bakımın türü” kavramının ne ve diğer kişilerin kim olduğunu anlayamadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların tereddütte kaldıkları tüm ifadeler –İngilizce’den Türkçe’ye çeviri yapıldığı göz önünde tutularak- anlam yönünden tekrar incelenmiştir. Dil eşdeğerliliğinin sağlanmasına yönelik sorun saptanmasa da, 7. soruda bir cümlede yer alan iki ifade varlığı ve 8. soruda yer alan ifadenin anlamı ve içinde bulunduğu alt boyuta katkısı konusunda araştırmacılar da çelişki yaşamışlardır. Ölçeğin, özgün yapısını değiştirmemek amacıyla ölçek sorularında değişiklik yapılmamıştır. Çalışma başlamadan önce karşılaşılan bu durum çalışma sonuçlarına da yansımıştır. ÇBSKOÖ B formu geçerlik ve güvenilirliği amacıyla yapılan istatistiksel analizlerin uyumsuz olması

sonucunda sırasıyla 8. 9. 14. 7. ve 1. maddeler çıkartılmıştır. Bu maddelerin çıkartılmasıyla ölçüm aracı soruları 13 maddeye (iç kontrol alt boyutu 4 madde, şans kontrol alt boyutu 5 madde, güçlü diğer kişiler alt boyutu 4 madde) düşmüştür. Bu durum başlangıçta ölçeğin 18 madde üzerinden yapılan kapsam ve görünüş geçerliğini olumsuz yönde etkilemiştir.

ÇBSKOÖ B formu geçerlik analizlerine yönelik yapılan bu araştırmada üçüncü olarak eş zaman geçerliğine yönelik bulgular değerlendirilmiştir. Eş zaman geçerliği iki ölçek arasındaki ilişkinin incelenmesi vasıtasıyla yeni ölçeğe yönelik tahminde bulunmayı sağlamaktadır (100-102). Yapılan araştırmada hem paralel test güvenilirliği hem de eş zaman geçerliğine kanıt elde etmek amacıyla İDKOÖ kullanılmıştır. İDKOÖ sonuçları, ÇBSKOÖ B formu geçerlik ve güvenilirlik analizleri paralel test güvenilirliğinin tartışılması kısmında açıklanmıştır ve ÇBSKOÖ B formu 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkarıldıktan sonraki eş zaman geçerliği, Örneklem 1 grubu şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, çok zayıf (ilişki yok denebilecek kadar zayıf) ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,15$) bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.19.) ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında, Örneklem 2 grubunda ÇBSKOÖ B formu alt boyutları ile İDKOÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır (Bkz. Tablo 4.19.). İDKOÖ’de yükselen puanlar dış kontrol odağı inancının arttığını göstermektedir. İlerleyen zamanlarda yapılan çalışmalarda ise dış kontrol odağı iki alt boyuta (şans kontrol alt boyutu ve güçlü diğer kişiler alt boyutu) ayrılmıştır. Bu nedenle de İDKOÖ ile ÇBSKOÖ B formu şans kontrol odağı ve güçlü diğer kişiler kontrol odağı arasında pozitif yönde bir korelasyon olması beklenmektedir. Araştırmada bu korelasyonun olmaması araştırma sonucunun istenilen yönde olmadığını göstermektedir.

Tablo 5.8. LISREL Analizi Sonrası Bu Çalışma ve Diğer Çalışmalardan Elde Edilen ÇBSKOÖ B Formu Uyum İndeksleri.

Uyum İndeksleri	Wallston KA, Wallston BS, De Vellis R. (özgün çalışma)	Hubley AM, Wagner S.	Moshki M, Ghofranipour F.	Ross TP, Ross LT, Short SD, Cataldo S.	Kassianos AP, Symeou M, Loannou M.	Bu çalışma (Örnekleme 1*)
Araştırma Tarihi	1978	2004	2011	2015	2016	2017
p		<0,001		<0,001	<0,01	<0,05
χ^2/sd		268,12		356,59/132	395,22/132	2,28
RMSR		0,09				
SRMR				0,07	0,07	0,07
RMSEA		0,07	≤0,85	0,07	0,07	0,06
GFI		0,89			0,88	0,93
AGFI		0,86				0,89
NFI		0,76				0,74
NNFI		0,84				0,79
CFI			≥0,90		0,85	0,83
IFI						0,84
TLI						
CI				0,08		

*İlk tura katılan 275 kişinin ölçümleri.

ÇBSKOÖ B formu geçerlik analizlerine yönelik yapılan bu çalışmada dördüncü olarak yapı geçerliğine yönelik bulgular değerlendirilmiştir. Hubley ve Wagner (81) ÇBSKOÖ B formu geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında yapı geçerliğine yönelik indeksleri $p < 0,001$; $\chi^2 = 268,12$ $sd = 132$; $RMSR = 0,09$; $RMSEA = 0,07$; $GFI = 0,89$; $AGFI = 0,86$; $NFI = 0,76$ ve $NNFI = 0,84$ olarak bulmuşlardır (Tablo 5.8.). Moshki ve Ghofranipour (127) ÇBSKOÖ B formu geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında yapı geçerliğine yönelik indeksleri $RMSA \leq 0,85$ ve $CFI \geq 0,90$ olarak bulmuşlardır (Tablo 5.8.). Ross ve ark. (122) ÇBSKOÖ A formu geçerlik güvenilirlik çalışmasında yapı geçerliğine yönelik indeksleri $p < 0,001$; $\chi^2 = 356,59$ $sd = 132$; $SRMR = 0,07$; $RMSEA = 0,07$ ve $CI (\%90) = 0,08$ olarak bulmuşlardır (Tablo 5.8.). Kassianos ve ark. (126) ÇBSKOÖ A formu geçerlik güvenilirlik çalışmasında yapı geçerliğine yönelik indeksleri $p < 0,01$; $\chi^2 = 395,22$; $sd = 132$; $SRMR = 0,07$; $RMSEA = 0,07$; $GFI = 0,88$ ve $CFI = 0,85$ olarak bulmuşlardır (Tablo 5.8.). ÇBSKOÖ B formu 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında bu çalışmada yapı geçerliğine yönelik indeksler $p < 0,05$; $\chi^2/sd = 2,28$; $RMSEA = 0,06$; $SRMR = 0,07$; $CFI = 0,83$; $GFI = 0,93$; $NFI = 0,74$; $NNFI = 0,87$; $PNFI = 0,59$; $AGFI = 0,89$ ve $ECVI = 1,21$ olarak bulunmuştur (Tablo 5.8.). Literatür incelendiğinde ÇBSKOÖ B formu yapı geçerliliğine yönelik farklı araştırmalar için farklı uyum indeksi değerleri

sunulmuştur. Yapılan bir araştırmada ise yapı geçerliğinin belirlenmesi için önemli olan indeks değerlerinin RMSE, SRMR, CFI, GFI, NFI ve NNFI olduğu belirtilmiştir (107). Araştırma sonuçları incelendiğinde sözü edilen değerlerin uyum istatistiklerinin sağlanması amacıyla kabul edilebilir değerleri yakalayamadığı saptanmıştır. Bulgular kısmında yer alan standartlaştırılmış çözüm değerleri (Bkz. Şekil 4.5.) kısmında hata değerleri incelendiğinde, ÇBSKOÖ B modelinden 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında hata varyansları 10. Maddenin hata değeri en düşük 0,52, 13. maddenin hata değeri en yüksek 0,86 bulunmuştur. Bulgular kısmında yer alan t değerleri incelendiğinde (Bkz. Şekil 4.6.) ise ÇBSKOÖ B modelinden 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldıktan sonra kalan maddelerin madde değerlerinin 1,96'nın altında olmadığı ve kırmızı ok ile gösterilmediği saptanmıştır. Maddeler çıkartıldıktan sonraki kalan modelde t değerleri uygun bulunmuştur. 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldıktan sonra model uyum istatistiklerine yaklaşıp da kabul edilen değerleri yakalayamamıştır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.ÇBSKOÖ A Formu Geçerlik ve Güvenirlik Analizi Sonuçları

6.1.1.Güvenirlik Analizi Sonuçları

1.Madde İstatistiklerinin Belirlenmesi

ÇBSKOÖ A formu madde toplam korelasyonlarının en düşük 0,22 ile en yüksek 0,58 arasında değiştiği saptanmıştır. Ölçek madde toplam korelasyon katsayıları arasında 0,22 değerini alan madde ‘‘Hastalandığımda, benim suçumdur’’ ifadesini içeren 8. maddedir. Bu maddenin madde korelasyon katsayısı düşük olsa da kritik değer olan 0,20 değerinin üstündedir.

2.İç Tutarlılık (Cronbach Alfa)

ÇBSKOÖ A formu örneklem 1 alt boyutları Cronbach alfa değerleri iç kontrol alt boyutu 0,66, şans alt boyutu 0,70 ve güçlü diğer kişiler alt boyutu 0,76 olarak bulunmuştur. Ölçek alt boyutları korelasyon katsayıları incelendiğinde 0,70’in altında kalan boyut sadece iç kontrol alt boyutudur. ÇBSKOÖ A formu örneklem 2 alt boyutları Cronbach alfa değerleri iç kontrol alt boyutu 0,72, şans alt boyutu 0,78 ve güçlü diğer kişiler alt boyutu 0,76 olarak bulunmuştur.

3.Paralel Testler Yöntemi

Örneklem 1 grubunda, ÇBSKOÖ A formu iç kontrol alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, çok zayıf ve negatif yönde ($p<0,01$; $r:-0,21$) şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,28$) bir korelasyon bulunmuştur. Örneklem 2 grubunda, ÇBSKOÖ A formu iç kontrol alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, çok zayıf ve negatif yönde ($p<0,03$; $r:-0,24$); şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,40$) bir korelasyon bulunmuştur.

4.Alt Boyutlar Arasındaki İlişki

Örnekleme 1 grubunda, ÇBSKOÖ A formu iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,34$); şans alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında anlamlı, çok zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,20$) bir korelasyon bulunmuştur. Örnekleme 2 grubunda ÇBSKOÖ A formu iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,27$) bir korelasyon bulunmuştur.

5.Test Tekrar Test Yöntemi

Örnekleme 2 grubunda ilk tur iç kontrol alt boyutu ile ikinci tur iç kontrol alt boyutu arasında anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,67$); ilk tur şans kontrol alt boyutu ile ikinci tur şans kontrol alt boyutu arasında anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,63$); ilk tur güçlü diğer kişiler alt boyutu ile ikinci tur güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında anlamlı, yüksek ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,77$) bir korelasyon bulunmuştur.

6.1.2.Geçerlik Analizi Sonuçları

1.Kapsam/İçerik Geçerliği

Örnekleme 1 (ilk tura katılan 275 kişinin ölçümleri) için iç kontrol alt boyutu ile İDKOÖ arasında $-0,21$; şans alt boyutu ile İDKOÖ $0,28$ olarak bulunmuştur. Örnekleme 2 (hem ilk tura hem de ikinci tura katılan 75 kişinin ölçümleri) için ise; iç kontrol alt boyutu ile İDKOÖ arasında $-0,24$; şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında $0,40$ olarak bulunmuştur.

2.Görünüş Geçerliği

Görünüş geçerliği için maddeleri değerlendiren uzmanlar dış kontrol/güçlü diğer kişiler alt boyutuna ait olan 3. 5. ve 18. maddeleri iç kontrol alt boyutuna ait olabileceği yönünde değerlendirmiştir.

3.Eş Zaman Geçerliği

ÇBSKOÖ A formunun eş zaman geçerliği için ÇBSKOÖ A formu alt boyutları ile İDKOÖ arasındaki korelasyonlara bakılmış ve korelasyon katsayılarının Örneklem 1 grubunda, ÇBSKOÖ A formu iç kontrol alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, çok zayıf ve negatif yönde ($p<0,01$; $r:-0,21$) şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,28$) olduğu bulunmuştur. Örneklem 2 grubunda ÇBSKOÖ A formu iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,27$) bir korelasyon bulunmuştur.

4.Yapı Geçerliği

ÇBSKOÖ A modeli ile ilgili yapılan doğrulayıcı faktör analizinde $p<0,05$, $\chi^2/sd=1,8$, RMSEA=0,05, SRMR=0,05, GFI=0,92, AGFI=0,89, NFI=0,80, NNFI=0,87, CFI=0,89, PNFI=0,68 ve ECVI=1,05 olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak, ÇBSKOÖ A formu özgün şekline yönelik yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizleri incelendiğinde, seçtiğimiz örneklem grubu için ÇBSKOÖ A formu ölçek verilerinde geçerli ve güvenilir olarak kabul edilebilecek değerler elde edilmiştir. ÇBSKOÖ A formu Türkçe versiyonu Türk toplumundaki sağlık kontrol odağı algısını değerlendirmede kullanmak için yeterli psikometrik özelliklere sahip bulunmuştur. Bu nedenle de 20-69 yaş arası genel toplumda kullanılabilir.

6.2.ÇBSKOÖ B Formu Geçerlik ve Güvenirlik Analizi Sonuçları

6.2.1.ÇBSKOÖ B Formu Güvenirlik Analizi Sonuçları

1.Madde İstatistiklerinin Belirlenmesi

ÇBSKOÖ B formu şeklinde oluşturulmuş modele uyumsuz olduğu düşünülen maddelerden 8 (Sağlığım ile ilgili her şey ters gidiyor), 9 (Hastalandığımda, hastalığın doğal sürecinde ilerlemesine izin veririm), 14 (Diğer kişilerden aldığım bakımın türü, bir hastalığı nasıl atlatacağımı belirler) 7 (Diğer insanların sağlıklı ya da hasta olmam üzerinde önemli rolleri var) ve 1 (Hastalanırsam, kendimi tekrar iyileştirecek güce sahibim) çikartıldığında, madde toplam korelasyonlarının en düşük 0,26 ile en

yüksek 0,53 arasında değiştiği bulunmuştur. 1. 7. 8. 9. ve 14. maddelerin ölçekten çıkarılması sonucunda, madde toplam korelasyon katsayıları arasında 0,20'nin altında olan madde saptanmamıştır.

2.İç Tutarlılık (Cronbach Alfa)

ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında, örneklem 1 alt boyutları Cronbach alfa değerleri iç kontrol alt boyutu 0,54, şans alt boyutu 0,65, güçlü diğer kişiler alt boyutu 0,64 olarak saptanmıştır. Ölçek alt boyut korelasyon katsayıları incelendiğinde tüm alt boyutlar kritik değer olan 0,70'in altında kalmıştır. ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında, örneklem 2 Cronbach alfa değerleri iç kontrol alt boyutu 0,62, şans alt boyutu 0,66 ve güçlü diğer kişiler alt boyutu 0,61 olarak saptanmıştır.

3.Paralel Testler Yöntemi

ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında, Örneklem 1 grubu şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, çok zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,15$) bir korelasyon bulunmuş, diğer boyutlar ile İDKOÖ arasında ilişki bulunmamıştır. ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında, Örneklem 2 grubunda ÇBSKOÖ B formu alt boyutları ile İDKOÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.

4.Alt Boyutlar Arasındaki İlişki

ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında, Örneklem 1 grubu için, iç kontrol alt boyutu ile şans alt boyutu arasında anlamlı, zayıf ve negatif yönde ($p<0,01$; $r:-0,21$), iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r: 0,23$) bir korelasyon bulunmuştur. şans ve güçlü diğer kişiler boyutları arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında, Örneklem 2 grubu alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.

5.Test Tekrar Test Yöntemi

Örnekleme 2 grubu ilk tur iç kontrol alt boyutu ile ikinci tur iç kontrol alt boyutu arasında anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,67$); ilk tur şans kontrol alt boyutu ile ikinci tur şans kontrol alt boyutu arasında anlamlı, yüksek ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,88$); ilk tur güçlü diğer kişiler alt boyutu ile ikinci tur güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında anlamlı, yüksek ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,72$) bir korelasyon bulunmuştur.

6.2.2.ÇBSKOÖ B Formu Geçerlik Analizi Sonuçları

1.Kapsam/İçerik Geçerliği

ÇBSKOÖ B formundan sırasıyla 8. 9. 14. 7. ve 1. maddeler çıkartılmış ve her maddenin çıkartılması sonrasında analizler tekrar edilmiştir. Bu maddelerin çıkartılmasıyla birlikte başlangıçta yapılan kapsam geçerliği olumsuz etkilenmiştir.

2.Görünüş Geçerliği

ÇBSKOÖ B formunun görünüş geçerliği değerlendirmesi için maddeleri inceleyen uzmanlar ölçeğin özgün şeklinde dış kontrol/güçlü diğer kişiler alt boyutuna ait olan 3. 5. ve 18. maddeleri iç kontrol alt boyutuna ait olabileceği yönünde görüş bildirmiştir. ÇBSKOÖ B formu geçerlik ve güvenilirliği amacıyla yapılan istatistiksel analizlerin uyumsuz olması sonucunda sırasıyla 8. 9. 14. 7. ve 1. maddeler çıkartılmıştır. Bu maddelerin çıkartılmasıyla ölçüm aracı soruları 13 maddeye (iç kontrol alt boyutu 4 madde, şans kontrol alt boyutu 5 madde, güçlü diğer kişiler alt boyutu 4 madde) düşmüştür. Bu durum başlangıçta ölçeğin 18 madde üzerinden yapılan görünüş geçerliğini olumsuz yönde etkilemiştir.

3.Eş Zaman Geçerliği

ÇBSKOÖ B formunun eş zaman geçerliği için ÇBSKOÖ B formu alt boyutları ile İDKOÖ arasındaki korelasyonlara bakılmış ve ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında örnekleme 1 grubu şans alt boyutu ile İDKOÖ arasında anlamlı, çok zayıf ve pozitif yönde ($p<0,01$; $r:0,15$) bir korelasyon bulunmuş, diğer boyutlar ile İDKOÖ arasında korelasyon bulunmamıştır. ÇBSKOÖ

B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında, Örneklem 2 grubunda ÇBSKOÖ B formu alt boyutları ile İDKOÖ arasında korelasyon bulunamamıştır.

4.Yapı Geçerliği

ÇBSKOÖ B modelinden 1. 7. 8. 9. ve 14. maddeler çıkartıldığında yapılan doğrulayıcı faktör analizinde $p<0,05$, $\chi^2/sd=2,2$ RMSEA=0,06, SRMR=0,07, GFI=0,93, AGFI=0,89, NFI=0,74, NNFI=0,79, CFI=0,83, PNFI=0,59 ve ECVI=0,72 olarak bulunmuştur. ÇBSKOÖ B formundan 1. 7. 8. 9. ve 14. maddelerin çıkartılması uyum değerlerine yaklaşırsa da modeli uyumlu hale getirmemiştir.

ÇBSKOÖ B formu Türkçe versiyonu gerekli psikometrik özellikleri sağlayamadığı belirlenmiştir.

6.3.Öneriler

Sağlığı ilgilendiren konularda düzenlenecek müdahalelerin ve politikaların başarılı olabilmesinde kişilerin ya da grupların iç, şans ve güçlü diğer kişiler kontrol odağı algıları da önemli olabilmektedir. ÇBSKOÖ A formu sağlık kontrol odağı ölçümünde 20-69 yaş arası genel toplumda bedensel yada ruhsal hastalığı olanlarda, hasta yakınlarında ve sağlamalarda kullanılabilir.

ÇBSKOÖ B formununun geçerli ve güvenilir çıkmaması seçilen örneklem grubundan elde edilen verilerden kaynaklanabilir. Bu nedenle de;

- ÇBSKOÖ B formu literatürde yer alan ve ulaşılabilen kaynaklar arasında sadece araştırmanın özgün şeklinde 16 yaş ve üstü grup örnekleme çalışılmıştır. Bu çalışmada ise 20-69 yaş arasındaki örnekleme çalışılmıştır. Fakat literatürde yer alan ve ulaşılabilen diğer araştırmaların tamamında bu araştırma üniversite öğrencileri arasından seçilen bir örnekleme yürütülmüştür. ÇBSKOÖ B formu uyarlama çalışmasının ülkemizde de farklı örneklem gruplarıyla (özellikle üniversite öğrencileriyle) yapılması araştırma sonuçlarının literatürde yer alan diğer araştırmalar gibi olmasını sağlayabilir. Ancak sağlık kontrol odağına yönelik çalışmalar sadece üniversite öğrencileri ile sınırlandırılmayacağından, sağlıklı ve kronik hastalığı olan farklı yaş ve eğitim düzeyine sahip kişiler için de kullanılabilir ölçek araçlarının geliştirilmesine gereksinim vardır. Bu sebeple kültürel farklılıkları da

yansıtacak şekilde özgün formların geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılabilir.

- ÇBSKOÖ B formuna yönelik uyarlama araştırmaları literatürde yer alan ve ulaşılabilen kaynaklar arasında, genel toplumdan alınan örneklem gruplarıyla çalışılmıştır. Araştırmanın özgün şeklini oluşturan yazarlar tarafından sonraki zamanlarda ÇBSKOÖ B formunun, ÇBSKOÖ A formundan farklı olarak kronik hastalıklı bireylerde de kullanılabileceği öngörülmüş fakat kesin kanıtlar olmadığı vurgulanmıştır. ÇBSKOÖ B formunun kronik hastalığı olan bireylerde yapılmış geçerlik ve güvenilirliğine literatürde rastlanmamıştır. Aynı çalışma ülkemizde kronik hastalığı olan genel toplumla ya da kronik hastalığı olan genç nüfusla gerçekleştirilebilir. Bu konuda yapılacak çalışmalar ÇBSKOÖ B formunun kronik hastalıklı bireylerde kullanımına yönelik durumu ve sadece tahmin olarak kalan öngörülerini açıklamaya yardımcı olabilir.

Ayrıca;

- Hem ÇBSKOÖ A formu iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında hem de ÇBSKOÖ B formu iç kontrol alt boyutu ile güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde korelasyon bulunmuştur. Tartışma kısmında bahsedilen ve literatürde yer alan birçok çalışmada da iç kontrol alt boyutu ve güçlü diğer kişiler alt boyutu arasında pozitif yönde bir korelasyon bulunmuştur. Farklı kültürlerde yer alan çalışmalarda farklı yorumlar ortaya çıkmıştır. Bu durum, ölçeklerin özgün şeklinde yer alan dış kontrol alt boyutunun şans kontrol ve güçlü diğer kişiler olarak ikiye bölünmesi şeklinde kurgulanan yapının işleyişini sınırlandırmaktadır. Bu işleyişin belirlenebilmesi için, yaş ve cinsiyet gibi değişkenler dikkate alınarak farklı kültürlerde geçerlik güvenilirlik çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

7.KAYNAKLAR

1. Graffeo LC, Silvestri L. Relationship between locus of control and health-related variables. *Education*. 2006;126(3):593-96.
2. Basım N, Şeşen H. Çalışanların kontrol odaklarının örgüt içi girişimcilik tutumları ile ilişkisi: kamu sektöründe bir araştırma. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. 2008;63(3):50-4.
3. Ayan D, Eser G. Çalışanların iç kontrol odakları, liderleri ile etkileşimleri ve örgüte duygusal bağlılıklarının işten ayrılma niyetine etkisi: kamu çalışanları üzerinde bir araştırma. *PAUSBED*. 2016;25:35-51.
4. Selart M. Understanding the role of locus of control in consultative decision-making: a case study. *Management Decision*. 2005;43(3):397-12.
5. Roddenberry AC. Locus of control and self-efficacy: potential mediators of stress, illness, and utilization of health services in college students [PhD thesis]. Florida: University of Central Florida; 2007.
6. Rotter JB. Internal versus external control of reinforcement. A case history of a variable. *Am Psychol*. 1990;45(4):489-93.
7. Fogel J, Israel S. Consumer attitudes regarding internet health information and communication: Gender, locus of control, and stress implications. *Int J Clin Health Psychol*. 2009;9(2):275-86.
8. Wallston KA, Wallston BS. Who is responsible for your health: the construct of health locus of control. *Social Psychology of Health and Illness*. 1982;65-95.
9. Cobb-Clark DA, Kassenboehmer SC, Schurer S. Healthy habits: the connection between diet, exercise, and locus of control. *J Econ Behav Organ*. 2014;98:1-28.
10. Brincks AM, Feaster DJ, Burns MJ, Mitrani VB. The influence of health locus of control on the patient-provider relationship. *Psychol Health Med*. 2010;15(6):720-28.
11. Sak J, Wiechetek M, Jarosz M, Pawlikowski J, Kapusta A, Rejdak L, Książek P. Health behaviors and psychological health control types among university students. *Zdr Publ*. 2013;123(3):236-40.
12. Theofili P. Self-esteem in greek dialysis patients the contribution of health locus of control. *Iran J Kidney Dis*. 2012;6(2):136-40.
13. Berglund E, Lytsy P, Westerling R. The influence of locus of control on self-rated health in context of chronic disease: a structural equation modeling approach in a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:492.
14. Victor EA, Haruna K. Relationship between health locus of control and sexual risk behaviour. *Retrovirology*. 2012;9(1):62.

15. Acharya S. Professionalization and its effect on health locus of control among Indian dental students. *J Dent Educ.* 2008;72(1):110-15.
16. Helmer SM, Kramer A, Mikolajczyk RT. Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. *BMC Res Notes.* 2012;5(703):1-8.
17. Brown S, Steele K. Nurse-mediated serum cholesterol reduction and health locus of control - a device for targeting health promotion? *Br J. Gen Pract.* 1999;49:467-68.
18. Pereira LSM, Araújo LG, Sampaio RF, Haddad JPA. Factorial analysis of the multidimensional health locus of control scale - form C for elderly. *Rev Bras Fisioter.* 2011;15(5):363-70.
19. Aflakseir AA, Mohammed-Abadi MS. The role of health locus of control in predicting depression symptoms in a sample of Iranian older adults with chronic diseases. *Iranian J Psychiatry.* 2016;11(2):82-6.
20. Keedy NH, Keffala VJ, Altmaier EM, Chen JJ. Health locus of control and self-efficacy predict back pain rehabilitation outcomes. *Iowa Orthop J.* 2014;34:158-65.
21. Sengul Y, Kara B, Arda MN. The relationship between health locus of control and quality of life in patients with chronic low back pain. *Turk Neurosurg.* 2010;20(2):180-85.
22. Thakral S, Bhatia T, Gettig EA, Nimgaonkar VL, Deshpande SN. A comparative study of health locus of control in patients with schizophrenia and their first degree relatives. *Asian J Psychiatr.* 2014;7(1):34-7.
23. Omeje O, Nebo C. The influence of locus control on adherence to treatment regimen among hypertensive patients. *Patient Prefer Adherence.* 2011;5:141-48.
24. Goldbeck L, Bundschuh S. Illness perception in pediatric somatization and asthma: complaints and health locus of control beliefs. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2007;1(5):1-7.
25. Gaber S, Abdel-Latif SH. Effect of education and health locus of control on safe use of pesticides: a cross sectional random study. *J Occup Med Toxicol.* 2012;7(3):1-7.
26. Rotter BJ. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied.* 1966;80(1):1-28.
27. Levenson H. Reliability and validity of the I, P, and C scales - a multidimensional view of locus of control. *American Psychological Association Convention.* 1973;9:1-8.
28. Wallston BS, Wallston KA, Kaplan GD, Maides SA. The development and validation of the health related locus of control (HLC) scale. *J Consult Clin Psychol.* 1976;44:580-85.

29. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*. 1978;6:160-70.
30. Sanberk İ, İnanç BY. Yaşam kalitesinin sağlık denetim odağı, fiziksel belirti ve özyeterlik algısı açısından incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2009;36:92-04
31. Hekimoğlu L, Şensoy N. Aile sağlığı merkezine başvuran hastaların sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkisi. *Euras J Fam Med*. 2014;3(3):157-62.
32. Çepni SA. Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık kontrol odağı ve sağlık öz yeterliği ilişkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2010.
33. Harlak H. Üniversite öğrencilerinin sağlığı koruyucu alışkanlıkları ve belirleyicileri. *TAF Prev Med Bull*. 2014;13(6):469-78.
34. Ulaş B, Özmen D. Bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık kontrol odağı arasındaki ilişki. *Tepecik Eğitim Hast Derg*. 2014;24(2):119-25
35. Ustündağ-Budak M, Mocan-Aydin G. The role of personality factors in predicting the reported physical health symptoms of Turkish College Students. *Adolescence*. 2005;40(159):559-72.
36. Ko NY, Hsu ST. Informational needs, health locus of control and uncertainty among women hospitalized with gynecological diseases. *Chang Gung Med J*. 2005;28(8):559-66.
37. Wallston KA, Wallston BS. Health locus of control scales research with the locus of control construct. Academic Press. 1981;1:189-43.
38. Lumpkin JR. Validity of a brief locus of control scale for survey research. *Psychological Reports*. 1985;57:655-59.
39. Kourmoussi N, Xythali V, Koutras V. Reliability and validity of the multidimensional locus of control IPC scale in a sample of 3668 greek educators. *Soc Sci Med*. 2015;4(4):1067-78.
40. Thege BK, Rafael B, Rohańszky M. Psychometric properties of the multidimensional health locus of control scale form C in a non-western culture. *PLoS One*. 2014;9(9):1-7.
41. Debnam K, Holt CL, Clark EM, Roth DL, Foushee HR, Crowther M, et al. Spiritual health locus of control and health behaviors in african Americans. *Am J Health Behav*. 2012;36(3):360-72.
42. Bayrakçı M. Sosyal öğrenme kuramı ve eğitimde uygulanması. *SAÜ Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2007;14:198-07.
43. Lokan J. Locus of control in relation to super's theory of vocational maturity during adolescence [PhD thesis]. Ottawa: University of Ottawa; 1977.
44. Khan AS. Effects of school systems on locus of control. *Language in India*. 2011;11:57-8.

45. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*. 1988;15(2):175-83.
46. Yatangaç FB. Kişilik özelliklerine bağlı olarak hemşirelik ve tıp fakültesi öğrencilerinin çalışacağı uzmanlık alanlarının belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Adana: Çukurova Üniversitesi; 2010.
47. Seyhan YB. İnanç tarzları ve denetim odağı arasındaki ilişkiler. *Toplum Bilimleri Dergisi*. 2012;6(12):143-62.
48. Akbolat M, Işık O, Uğurluoğlu Ö. Sağlık çalışanlarının kontrol odağı, iş doyumunu, rol belirsizliği ve rol çatışmasının karşılaştırılması. *HÜ İİBF Dergisi*. 2011;29(2):23-48.
49. Dağ İ. Rotter'ın iç-dış kontrol odağı ölçeğinin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Psikoloji Dergisi*. 1991;7(26):10-6.
50. Chatfield H, Wooten A. Who is in control of your employee's behavior? The locus of control impact. *All Star Incentive Marketing*. 2012;1-13.
51. Reese CA. Patients' anxiety, health locus of control, and information seeking style as predictors of information retention [Master Thesis]. Lehigh: University of Lehigh; 1992.
52. Shojaee M, French C. The relationship between mental health components and locus of control in youth. *Psychology*, 2014;5:966-78.
53. Rodin J. Aging and health: effects of the sense of control. *Science*. 1986;233(4770):1271-76.
54. Morowatisharifabad MA, Mahmoodabad SSM, Baghianimoghadam MH, Tonekaboni NR. Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians. *Int J Diabetes Dev Ctries*. 2010;30(1):27-2.
55. Bandura A. Self Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977;84(2):191-15.
56. Wood R, Bandura A. Impact of conceptions of ability on self regulatory mechanism and complex decision making. *J Pers Soc Psychol*. 1989;56:407-15.
57. Gabelman, E. The effects of locus of control and differentiation of self on relationship satisfaction [Honors Research Thesis]. 2012.
58. Deneve KM, Cooper H. The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychol Bull*. 1998; 124(2):197-29.
59. Davidson LA, Boyle C, Lauchlan F. Scared to lose control? General and health locus of control in females with a phobia of vomiting. *J Clin Psychol*. 2007;64(1):30-9.
60. Luszczynska A, Schwarzer R. Multidimensional health locus of control: comments on the construct and its measurement. *J Health Psychol*. 2005;10(5):633-42.

61. Baydoğan M, Dağ İ. Hemodiyaliz hastalarındaki depresiflik düzeyinin yordanmasında kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve sosyotropi-otonomi. *Türk Psikiyatri Derg.* 2007;18(3):1-9.
62. Goldnery D, Smith S, Winefield H, Ticceman M, Winefield HR. Suicidal ideation: its enduring nature and associated morbidity. *Acta Psychiatr Scand.* 1991;83:115-20.
63. Seeman M, Evans JW. Alienation and learning in a hospital setting. *Am Sociol Rev.* 1962;27:772-83.
64. Stapleton P, Smith H. Health locus of control, self awareness, and integrative eating styles in university students. *The International Journal of Healing and Caring.* 2013;13(2):1-23.
65. Wallston KA, Wallston BS, Smith S, Dobbins CJ. Perceived control and health. *Curr Psychol.* 1987;6(1):5-25.
66. Wallston KA. Frequently asked questions [Internet]. 1993 [Erişim Tarihi: 18.03.2017] Erişim Adresi: <http://www.vanderbilt.edu/nursing/kwallston/FAQMHLC.htm>.
67. Krespi MR, Arslan I. Çok boyutlu sağlık denetim odağı ölçeğinin C-formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *PSİDE Psikolojik Danışma ve Eğitim Dergisi.* 2014;1(1):45-67.
68. Baruh L. Risk algılarının, sağlık kontrol odağının ve dini inançların türkiye'de bireylerin kanserden koruyucu davranışta bulunma ve kanser tarama testi yaptırma eğilimleri ile ilişkisi. Ankara: Tübitak; Aralık 2014. Program Kodu: 3501. Proje Numarası: 111K197.
69. Tabak RS, Akköse K. Ergenlerin sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkileri. *TAF Prev Med Bull.* 2006;5 (2):118-30.
70. Elmaz Ö, Saatçı M, Özçelik Metin M, Sipahi C. Burdur İli Süt Sığırcılığı ve Özellikleri, Burdur: Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü; 2010. Sayfa Sayısı: 92. Rapor Numarası: 0038-NAP-08.
71. Frost MH, Reeve BB, Liepa AM, Stauffer JW, Hays RD. What is sufficient evidence for the reliability and validity of patient-reported outcome measures? *Value in Health.* 2007;10(2):94-05.
72. Kline P. *An Easy Guide to Factor Analysis* Paul Kline. First Press. New York: Routledge; 1994.
73. Alpar R. *Uygulamalı istatistik ve geçerlik güvenilirlik.* 2. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık; 2012.
74. Yang K, Banamah A. Quota sampling as an alternative to probability sampling? An experimental study. *Sociological Research Online.* 2013;19(1):29.
75. Luborsky MR, Rubinstein RL. Sampling in qualitative research. *Res Aging.* 1995;17(1):89-13.

76. Doherty M. Probability versus non-probability sampling in sample surveys. *The New Zealand Statistics Review*. 1994;21-8.
77. Wallston KA. Scoring instructions for the MHLC scales [Internet]. 1993 [Erişim Tarihi: 18.03.2017] Erişim Adresi: <http://www.vanderbilt.edu/nursing/kwallston/scoringmhc.htm>.
78. Wallston KA. The validity of the multidimensional health locus of control scales. *J Health Psychol*. 2005;10(5):623-31.
79. Thege BK, Rafael B, Rohańszky M. Psychometric properties of the multidimensional health locus of control scale form C in a non-western culture. *PLoS One*. 2014;9(9):1-7.
80. Moshki M, Ghofranipour F, Hajizadeh E, Azadfallah P. Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC Public Health*. 2007;7:295.
81. Hubley AM, Wagner S. Using alternate forms of the multidimensional health locus of control scale: caveat emptor. *Soc Indic Res*. 2004;65:167-86.
82. Wallston KA, Stein MJ, Smith CA. Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. *J Pers Assess*. 1994;63(3):534-53.
83. LaNoue M, Harvey A, Mautner D, Ku B, Scott K. Confirmatory factor analysis and invariance testing between Blacks and Whites of the multidimensional health locus of control scale. *Health Psychol Open*. 2015;2(2):1-16.
84. Korkmaz M. Psikolojik ölçmenin yeni kuralları ve Türkiye'deki durumu. *Türk Psikoloji Bülteni*. 2007;13(40):8-14.
85. Çatal E. Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2007.
86. Bademci V. Tartışmayı sonlandırmak: Cronbach'ın alfa katsayısı, iki değerli (0,1] ölçümlenmiş maddeler ile kullanılabilir. *KKEFD*. 2006;13:438-46.
87. Kartal SK, Dirlik EM. Geçerlik kavramının tarihsel gelişimi ve güvenirlikte en çok tercih edilen yöntem: Cronbach alfa katsayısı. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2016;16(4):1865-79.
88. Tosun ZD. Biyoloji Dersine Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirilmesi [Doktora Tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2011.
89. Kılıç S. Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayısı. *JMOOD*. 2016;6(1):47-8.
90. Özen Y, Gülaçtı F, Kandemir M. Eğitim bilimleri araştırmalarında geçerlik ve güvenilirlik sorunsalı. *Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2006;8(1):69-9.
91. Dede Y, Yaman S. Fen öğrenmeye yönelik motivasyon ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *NEF EFMED*. 2008;2(1):19-7.
92. Sarıoğlu A. Bireysel yenilikçilik ölçeğinin hemşirelikte geçerlilik ve güvenilirliği [Yüksek Lisans Tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2014.

93. Öztuna D, Elhan AH, Kurşun N. Sağlık araştırmalarında kullanılan ilişki katsayıları. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2008;28:160-65.
94. Yakar M, Saraçlı S. Türkiye’de iller arası net göç ile sosyo-ekonomik gelişmişlik endeksi arasındaki ilişkilerin analizi. Nature Sciences. 2010;5(2):46-9.
95. Türüthan K. kadınların yaş ve eğitim düzeylerine göre doğurganlık özellikleri ve aile planlaması yöntem tercihleri [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2009.
96. Türk Ç, Karataş H, Bektaş M. Tip 1 diyabetli adölesanlarda diyabet bakımında ebeveyn izlemi ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. J Pediat Res. 2016;3(1):35-0.
97. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. 1.Baskı. Ankara: Seçkin Yayınevi; 2005.
98. Karlı F, Ayas A. Fen ve teknoloji dersi öğretmen adaylarının bilimsel süreç becerilerinin ölçülmesine ilişkin bir test geliştirme çalışması. Türk Fen Eğitimi Dergisi. 2013;10(2):66-4.
99. Wallston KA. Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. Cognit Ther Res. 1992;16(2):183-99.
100. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30(3):211-16.
101. Aktürk Z, Acemoğlu H. Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. Dicle Tıp Dergisi. 2012;39(2):316-19.
102. Çakmur H. Araştırmalarda ölçme - güvenilirlik - geçerlilik. TAF Prev Med Bull. 2012;11(3):339-44.
103. Aytaç M, Öngen B. Doğrulamalı faktör analizi ile yeni çevresel paradigma ölçeğinin yapı geçerliliğinin incelenmesi. İstatistikçiler Dergisi. 2012;5:14-2.
104. Aydos EH, Uysal H, Akman B. Sınıfa uyum öğretmen gözlemi-kontrol listesi'nin Türkçeye uyarlama çalışması. K.Ü. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2015;23(2):809-24.
105. Çapık C. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları doğrulamalı faktör analizinin kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;17(3):196-05.
106. Akbıyık A, Coşkun E. Eğitsel sosyal yazılımların kabul ve kullanımına yönelik bir model. AJIT-e. 2013;4(13):39-2.
107. İlhan M, Çetin B. LISREL ve AMOS programları kullanılarak gerçekleştirilen yapısal eşitlik modeli (YEM) analizlerine ilişkin sonuçların karşılaştırılması. EPOD. 2014;5(2):26-2.
108. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik SPSS ve Lisrel uygulamaları. 3. Baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2014.

- 109.Seçer İ. SPSS ve Lisrel ile pratik veri analizi. 2. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık; 2015.
- 110.Şimşek ÖF. Yapısal eşitlik modellemesine giriş temel ilkeler ve Lisrel uygulamaları. Ankara: Ekinoks; 2007.
- 111.Kline Rex B. Structural equation modeling. London: The Guilford Press; 1998.
- 112.Byrne BM. Structural equation modeling with Lisrel, Prelis, and Simplis. Basic concepts, applications, and programming. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1998.
- 113.Hoyle RH. Structural equation modelling. London: SAGE Publications; 1995.
- 114.Özabacı N. İlişki niteliği ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Eğitim ve Bilim. 2011;36(162):159-67.
- 115.Yılmaz V. Hazır yazılımlar ile yapısal eşitlik modellemesi: AMOS, EQS, LISREL. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2015;44:28-4.
- 116.Erkorkmaz İ, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2013;33(1):210-23.
- 117.Güney İE, Hacıhasanoğlu YS, Tümen S. Asgari ücret artışının tüketici kredilerine etkisi. TCMB Ekonomi Dergi Notları. 2016;25:1-3.
- 118.TÜİK. Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması Mikro Veri Seti (Kesit) [internet]. 2012 [Erişim Tarihi: 18.03.2017]. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/GYKA_2012/turkce/metaveri/siiniiflamalar/index.html.
- 119.TÜİK. Seçilmiş göstergelerle Burdur 2013. Ankara: TÜİK Antalya Bölge Müdürlüğü; Eylül 2014. Sayfa Sayısı: 168. Yayın Numarası: 4236.
- 120.Tekin A. Sağlık hastalık olgusu ve toplumsal kökenleri (Burdur örneği) [Yüksek Lisans Tezi]. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi; 2007.
- 121.Otto C, Bischof G, Rumph HJ, Meyer C, Hapke U, John U. Multiple dimensions of health locus of control in a representative population sample: ordinal factor analysis and cross-validation of an existing three and a new four factor model. BMC Med Res Methodol. 2011;11(14):1-3.
- 122.Ross TP, Ross LT, Short SD, Cataldo S. The multidimensional health locus of control scale: psychometric properties and form equivalence. Psychological Rep. 2015;116(3):889-13.
- 123.Kuwahara A, Nishino Y, Ohkubo T, Tsuji I, Hisamichi S, Hosokawa T. Reliability and validity of the multidimensional health locus of control scale in japan: relationship with demographic factors and health-related behavior. Tohoku J Exp Med. 2004;203(1):37-5.
- 124.Athale N, Aldridge A, Malcarne VL, Nakaji M, Samady W, Sadler GR. Validity of the multidimensional health locus of control scales in American sign language. J Health Psychol. 2010;15(7):1064-74.

- 125.Hashemian M, Aminshokravi F, Hidarnia A, Lamyian M, Hassanpour K, Akaberi A, et al. Farsi version of the multidimensional health locus of control and God locus of health control scales: validity and reliability study among Iranian women with a family history of breast cancer. *J Pak Med Assoc.* 2014;64(9):1057-62.
- 126.Kassianos AP, Symeou M, Loannou M. The health locus of control concept: Factorial structure, psychometric properties and form equivalence of the multidimensional health locus of control scales. *Health Psychology Open.* 2016;3:1-0.
- 127.Moshki M, Ghofranipour F. Iranian version of form B of the multidimensional health locus of control scales among the youth. *J Clin Nurs.* 2011;20:1561-67.
- 128.Kartopu S. Kaygının kader algıları ile ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi.* 2013;2(3):238-60.
- 129.Karaca F. Kader algısı-ruh sağlığı ilişkisi üzerine empirik bir araştırma. *İslami Araştırmalar Dergisi.* 2006;19(3):479-89.
- 130.Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı; 2013. Sağlık Bakanlığı Yayın Numarası: 909.
- 131.Korkmaz N. Bel ağrılı hastalarda izokinetik egzersiz programının korku kaçınma tutumları üzerine etkisi [Uzmanlık Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2006.
- 132.Erken B. Türkiye-AB ilişkisinde temel bir etken: Türk'ün Avrupalı kimliği. *Ankara Avrupa Çalışmaları Dergisi.* 2013;12(1):79-04.
- 133.Çankırı B. Çocuk- ergen alay edilme ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi; 2016.
- 134.Altıparmak D, Arslan FT. Aile merkezli bakım ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *J Pediatr Res.* 2016;3(2):97-03.

- 3.Hemen hemen aynı
- 4.Bir yıl öncesinden biraz daha kötü
- 5.Bir yıl öncesinden çok daha kötü

12.Kronik/süreğen bir hastalığınız var mı?

- 1.Hayır 2.Evet (Lütfen belirtiniz).....

13.Fiziksel bir engelliğiniz var mı?

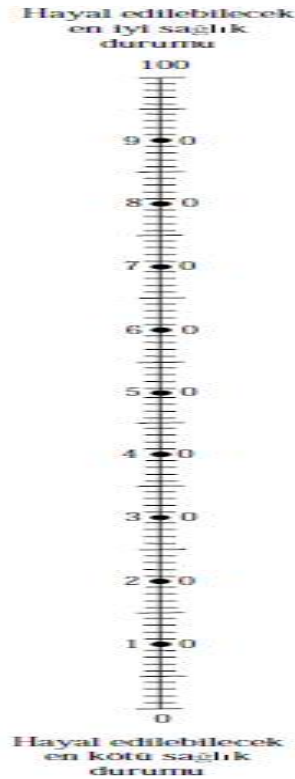
- 1.Hayır2. Evet (Lütfen belirtiniz).....

14.Aşağıdaki ifadelerden, size en yakın gelen ifadeyi işaretleyiniz (sadece birini işaretleyiniz).

1. Olaylar benim kendi kontrolüme bağlı olarak, davranışlarımın sonucunda gelişir ve benim isteklerim doğrultusunda yön bulur.
2. Olaylar benim kendi kontrolüme bağlı olarak gelişmez; benim dışımda şans, kader, Tanrı ve başka insanların kontrolündedir.

Yönerge: Aşağıda sağlık durumunun ne kadar iyi veya kötü olduğunu ifade edebilmede yardımcı olabilmek için hazırlanmış bir ölçek (Termometreye oldukça benzeyen) yer almaktadır. Bu ölçekte en iyi sağlık durumu "100" ve hayal edebilecek en kötü sağlık durumu ise "0" ile gösterilebilmektedir.

- 15.Bugünkü sağlığınızın kendi düşüncenize göre ne kadar iyi veya kötü olduğunu ölçek üzerinde, işaretleyiniz. (Lütfen, bunu bir çizgi çizerek yapınız. Çizginiz ölçek üstündeki sadece **bir** noktayı kesmelidir).



NOT: ÇBSKOÖ A ve B Formlarının geçerlik ve güvenilirliğinde kullanılan kişisel bilgi formu soruları aynıdır ve üstteki gibidir.

EK-2: İç Dış Kontrol Odağı Ölçeği

Yönerge: Aşağıda 34'den başlayıp 62'de son bulan maddeler ile bazı önemli olayların insanları etkileme biçimini bulmayı amaçlanmaktadır. Her maddede 'a' ya da 'b' harfleriyle gösterilen iki seçenek bulunmaktadır. Lütfen, her seçenek çiftinde sizin kendi görüşünüze göre gerçeği yansıttığına en çok inandığınız cümleyi (yalnız bir cümleyi) seçiniz ve bir yuvarlak içine alınız.

Seçiminizi yaparken, seçmeniz gerektiğini düşündüğünüz veya doğru olmasını arzu ettiğiniz cümleyi değil, **gerçekten daha doğru olduğuna inandığınız** cümleyi seçiniz. Bu anket kişisel inançlarla ilgilidir; bunun için 'doğru' ya da 'yanlış' cevap diye bir durum söz konusu değildir.

Bazı maddelerde her iki cümleye de inandığınızı ya da hiç birine inanmadığınızı düşünebilirsiniz. Böyle durumlarda, size en uygun olduğuna inandığınız cümleyi seçiniz. Seçim yaparken her bir cümle için bağımsız karar veriniz; önceki tercihlerinizden etkilenmeyiniz.

34.	a.	Ana-babaları çok fazla cezalandırdıkları için çocuklar problemlili oluyor.
	b.	Günümüz çocuklarının çoğunun problemi, ana-babaları tarafından aşırı serbest bırakılmalarıdır.
35.	a.	İnsanların yaşamındaki mutsuzlukların çoğu, biraz da şanssızlıklarına bağlıdır
	b.	İnsanların talihsizlikleri kendi hatalarının sonucudur.
36.	a.	Savaşların başlıca nedenlerinden biri, halkın siyasetle yeterince ilgilenmemesidir.
	b.	İnsanlar savaşı önlemek için ne kadar çaba harcarsa harcasın, her zaman savaş olacaktır.
37.	a.	İnsanlar bu dünyada hak ettikleri saygıyı er geç görürler.
	b.	İnsan ne kadar çabalarsa çabalasın ne yazık ki değeri genellikle anlaşılmaz.
38.	a.	Öğretmenlerin öğrencilere haksızlık yaptığı fikri saçmadır.
	b.	Öğrencilerin çoğu, notlarının tesadüfi olaylardan etkilendiğini fark etmez.
39.	a.	Koşullar uygun değilse insan başarılı bir lider olamaz.
	b.	Lider olamayan yetenekli insanlar fırsatları değerlendirememiş kişilerdir.
40.	a.	Ne kadar uğraşsanız da bazı insanlar sizden hoşlanmazlar.
	b.	Kendilerini başkalarına sevdiremeyen kişiler, başkalarıyla nasıl geçinileceğini bilmeyenlerdir.
41.	a.	İnsanın kişiliğinin belirlenmesinde en önemli rolü kalıtım oynar.
	b.	İnsanların nasıl biri olacaklarını kendi hayat tecrübeleri belirler.
42.	a.	Bir şey olacaksa eninde sonunda olduğuna sık sık tanık olmuşumdur.
	b.	Ne yapacağıma kesin karar vermek kadere güvenmekten daima iyidir.
43.	a.	İyi hazırlanmış bir öğrenci için, adil olmayan bir sınav hemen hemen söz konusu olamaz.
	b.	Sınav soruları derste işlenenle çoğu kez o kadar ilişkisiz oluyor ki, çalışmanın anlamı kalmıyor.
44.	a.	Başarılı olmak çok çalışmaya bağlıdır.
	b.	İyi bir iş bulmak, temelde, doğru zamanda doğru yerde bulunmaya bağlıdır.
45.	a.	Hükümetin kararlarında sade vatandaşta etkili olabilir.
	b.	Bu dünya güç sahibi bir kaç kişi tarafından yönetilmektedir ve sade vatandaşın bu konuda yapabileceği fazla bir şey yoktur.
46.	a.	Yaptığım planları yürütebileceğimden hemen hemen eminimdir.
	b.	Çok uzun vadeli planlar yapmak her zaman akıllıca olmayabilir, çünkü bir çok şey zaten iyi ya da kötü şansa bağlıdır.

47.	a.	Hiçbir yönü iyi olmayan insanlar vardır.
	b.	Herkesin iyi tarafı vardır.
48.	a.	Benim açımdan istediğimi elde etmenin talihle bir ilgisi yoktur.
	b.	Çoğu durumda, yazı-tura atarak da isabetli kararlar verilebilir.
49.	a.	Kimin patron olacağı, genellikle, doğru yerde ilk önce bulunma şansına kimin sahip olduğuna bağlıdır.
	b.	İnsanlara doğru şeyi yaptırmak bir yetenek işidir; şansın bunda payı ya hiç yoktur ya da çok azdır.
50.	a.	Dünya meseleleri söz konusu olduğunda, çoğumuz anlayamadığımız ve kontrol edemediğimiz güçlerin kurbanıyızdır.
	b.	İnsanlar siyasal ve sosyal konularda aktif rol olarak dünya olaylarını kontrol edebilirler.
51.	a.	Bir çok insan rastlantıların yaşamlarını ne derece etkilediğinin farkında değildir.
	b.	Aslında 'şans' diye bir şey yoktur.
52.	a.	İnsan, hatalarını kabul edebilmelidir.
	b.	Genelde en iyisi insanın hatalarını ispat etmesidir.
53.	a.	Bir insanın sizden gerçekten hoşlanıp hoşlanmadığını bilmek zordur.
	b.	Kaç arkadaşınızın olduğu, ne kadar iyi olduğunuza bağlıdır.
54.	a.	Uzun vadede, yaşamınızdaki kötü şeyler iyi şeylerle dengelenir.
	b.	Çoğu talihsizlikler yetenek eksikliğinin, ihmalin, tembelliğin ya da her üçünün birden sonucudur.
55.	a.	Yeterli çabayla siyasal yolsuzlukları ortadan kaldırabiliriz.
	b.	Siyasetçilerin kapalı kapılar ardında yaptıkları üzerinde halkın fazla bir kontrolü yoktur.
56.	a.	Öğretmenlerin verdikleri notları nasıl belirlediklerini bazen anlayamıyorum.
	b.	Aldığım notlarla çalışma derecem arasında doğrudan bir bağlantı vardır.
57.	a.	İyi bir lider, ne yapacaklarına halkın bizzat karar vermesini bekler.
	b.	İyi bir lider herkesin görevinin ne olduğunu bizzat belirler.
58.	a.	Çoğu kez başıma gelenler üzerinde çok az etkiye sahip olduğumu hissederim.
	b.	Şans ya da talihin yaşamımda önemli bir rol oynadığına inanmam.
59.	a.	İnsanlar arkadaşça olmaya çalışmadıkları için yalnızdırlar.
	b.	İnsanları memnun etmek için çok fazla çabalamanın yararı yoktur, sizden hoşlanırlarsa hoşlanırlar.
60.	a.	Liselerde atletizme gereğinden fazla önem veriliyor.
	b.	Takım sporları kişiliğin oluşumu için mükemmel bir yoldur.
61.	a.	Başıma ne gelmişse, kendi yaptıklarımdandır.
	b.	Yaşamımın alacağı yön üzerinde bazen yeterince kontrolümün olmadığını hissediyorum.
62.	a.	Siyasetçilerin neden öyle davrandıklarını çoğu kez anlayamıyorum.
	b.	Yerel ve ulusal düzeydeki kötü idareden uzun vadede halk sorumludur.

NOT: ÇBSKOÖ A ve B formlarının her ikisinde de İDKOÖ kullanılmıştır.

EK-3: Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu

Yönerge: Aşağıda 16'dan başlayıp 33'de son bulan maddelerde, sağlık durumunuzla ilgili, katılacağınız veya katılmayacağınız bir inanış ifadesi yer almaktadır. Her bir ifadenin yanında, kesinlikle katılmıyorum (1) ile kesinlikle katılıyorum (6) arası bir derecelendirme bulunmaktadır. Sizden her bir madde için, o ifadeye ne derece katıldığınızı veya katılmadığınızı yansıtan rakamı yuvarlak içine almanızı istemekteyiz. İfadeye ne kadar çok katılıyorsanız, daire içine aldığımız rakam o kadar büyük olacaktır. İfadeye ne kadar az katılıyorsanız, yuvarlak içine aldığımız rakam o kadar küçük olacaktır. Lütfen **HER BİR MADDEYİ** yanıtladığınızdan ve her bir madde için **SADECE BİR** rakamı yuvarlak içine aldığınızdan emin olun. Bu ölçek sizin kişisel inanışlarınızı ölçmektedir ve görüldüğü üzere doğru veya yanlış yanıtları yoktur.

1= KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4= ÇOK AZ KATILYORUM

2= KISMEN KATILMIYORUM

5= KISMEN KATILYORUM

3= ÇOK AZ KATILMIYORUM

6= KESİNLİKLE KATILYORUM

16.	Hastalanırsam, ne kadar çabuk iyileşeceğimi belirleyen kendi davranışımıdır.	1	2	3	4	5	6
17.	Ne yaparsam yapayım eğer hastalanacaksam, hastalanırım.	1	2	3	4	5	6
18.	Hekimimle düzenli temasta olmak benim için hastalıktan kaçınmanın en iyi yoludur.	1	2	3	4	5	6
19.	Sağlığımı etkileyen çoğu şey tesadüfen gerçekleşir.	1	2	3	4	5	6
20.	Ne zaman kendimi iyi hissetmezsem, bir hekime danışmalıyım.	1	2	3	4	5	6
21.	Sağlığım kontrolüm altındadır.	1	2	3	4	5	6
22.	Hasta olmam ya da sağlıklı kalmam konusunda ailemin yapacak çok şeyi vardır.	1	2	3	4	5	6
23.	Hastalandığımda, benim suçumdur.	1	2	3	4	5	6
24.	Şans, bir hastalıktan ne kadar çabuk iyileşeceğim konusunda büyük rol oynar.	1	2	3	4	5	6
25.	Sağlığımı, sağlık profesyonelleri kontrol eder.	1	2	3	4	5	6
26.	Sağlığımın iyi olması büyük ölçüde kısmet işidir.	1	2	3	4	5	6
27.	Sağlığımı etkileyen temel şey kendi yaptıklarımdır.	1	2	3	4	5	6
28.	Kendime iyi bakarsam hastalıkları önleyebilirim.	1	2	3	4	5	6
29.	Hastalıktan iyileştiğimde, bu genellikle başkaları (örneğin, hekimler, hemşireler, aile, arkadaşlar) bana iyi baktığı içindir.	1	2	3	4	5	6
30.	Ne yaparsam yapayım büyük olasılıkla hastalanırım.	1	2	3	4	5	6
31.	Eğer olacağı varsa sağlıklı olurum.	1	2	3	4	5	6
32.	Eğer doğru davranışlarda bulunursam, sağlıklı kalabilirim.	1	2	3	4	5	6
33.	Sağlığım konusunda sadece doktorumun bana yapmamı söylediği şeyleri yapabilirim.	1	2	3	4	5	6

EK-4: Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği B Formu

Yönerge: Aşağıda 16'dan başlayıp 33'de son bulan maddelerde, sağlık durumunuzla ilgili, katılacağınız veya katılmayacağınız bir inanış ifadesi yer almaktadır. Her bir ifadenin yanında, kesinlikle katılmıyorum (1) ile kesinlikle katılıyorum (6) arası bir derecelendirme bulunmaktadır. Sizden her bir madde için, o ifadeye ne derece katıldığınızı veya katılmadığınızı yansıtan rakamı yuvarlak içine almanızı istemekteyiz. İfadeye ne kadar çok katılıyorsanız, daire içine aldığımız rakam o kadar büyük olacaktır. İfadeye ne kadar az katılıyorsanız, yuvarlak içine aldığımız rakam o kadar küçük olacaktır. Lütfen **HER BİR MADDEYİ** yanıtladığınızdan ve her bir madde için **SADECE BİR** rakamı yuvarlak içine aldığınızdan emin olun. Bu ölçek sizin kişisel inanışlarınızı ölçmektedir ve görüldüğü üzere doğru veya yanlış yanıtları yoktur.

1= KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4= ÇOK AZ KATILYORUM

2= KISMEN KATILMIYORUM

5= KISMEN KATILYORUM

3= ÇOK AZ KATILMIYORUM

6= KESİNLİKLE KATILYORUM

16	Hastalanırsam, kendimi tekrar iyileştirecek güce sahibim.	1	2	3	4	5	6
17	Ne yaparsam yapayım eğer hastalanacaksam hastalanırım, bunu sıklıkla hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
18	İyi bir doktora düzenli olarak görünürsem, sağlık sorunları yaşama olasılığım düşer.	1	2	3	4	5	6
19	Öyle görünüyor ki sağlığım büyük ölçüde tesadüfi olaylardan etkileniyor.	1	2	3	4	5	6
20	Sağlığımı sadece sağlık profesyonellerine danışarak koruyabilirim.	1	2	3	4	5	6
21	Kendi sağlığımdan doğrudan sorumluyum.	1	2	3	4	5	6
22	Diğer insanların sağlıklı ya da hasta olmam üzerinde önemli rolleri var.	1	2	3	4	5	6
23	Sağlığım ile ilgili her şey ters gidiyor.	1	2	3	4	5	6
24	Hastalandığımda, hastalığım doğal sürecinde ilerlemesine izin veririm.	1	2	3	4	5	6
25	Sağlık profesyonelleri sağlıklı olmamı sağlar.	1	2	3	4	5	6
26	Sağlıklı kalıyorsam bu sadece şans eserdir.	1	2	3	4	5	6
27	Fiziksel olarak iyi durumda olmam, kendime ne kadar iyi baktığıma bağlıdır.	1	2	3	4	5	6
28	Hasta hissettiğimde, sebebinin kendime doğru düzgün bakmamam olduğunu bilirim.	1	2	3	4	5	6
29	Diğer kişilerden aldığım bakımın türü, bir hastalığı nasıl atlatacağımı belirler.	1	2	3	4	5	6
30	Kendime baksam da, hastalanmam kolaydır.	1	2	3	4	5	6
31	Hastalanıyorsam bu kaderimde vardır.	1	2	3	4	5	6
32	Kendime iyi bakarak büyük ölçüde sağlıklı kalabilirim.	1	2	3	4	5	6
33	Doktorların talimatlarını harfiyen uygulamak, sağlıklı kalmamın en iyi yoludur.	1	2	3	4	5	6

EK-5: ÇBSKOÖ A Formu Ankete Katılan Kişileri Bilgilendirme Formu

ÇOK BOYUTLU SAĞLIK KONTROL ÖLÇEĞİ A FORMU TÜRKÇE GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Sayın Katılımcılar,

Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Ölçeği A Formunu Türkçe 'ye uyarlamayı amaçlayan bu çalışma, Burdur İl'inde yapılmaktadır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlar bundan sonraki çalışmalar için yol gösterici olacaktır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz yanıtlamaya son verebilirsiniz.

Araştırmacılar tarafından ve rastgele seçilen kişilere ikinci defa anketi uygulayabilmek için (test tekrar test aşaması), anket formuna **Adınızı, Soyadınızı ve İletişim Bilgilerinizi yazmanızı rica ediyoruz.**

Anket formu toplam 6 sayfada 62 sorudan oluşmaktadır. Yanıtlarınızı, kişisel bilgi formu için soruların altında yer alan seçenekler arasından ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak, verilen diğer üç ölçekte ise yönergeleri doğrultusunda işaretleyerek belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “**diğer**” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Araştırma Ekibi Adına

Öğr. Gör. Dr. Aysun GÜZEL

Not: Herhangi bir sorunuz için lütfen Öğr. Gör. Dr. Aysun Güzel'i (Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi) 0248 213 3548 numaralı telefondan arayınız

Anket No:

Katılımcı Adı-Soyadı:

Katılımcı Telefon Numarası:

Katılımcı Açık Adresi:

Çalışmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve bir sonraki sayfaya geçiniz.

Kabul ediyorum.

Kabul etmiyorum.

EK-6: ÇBSKOÖ B Formu Ankete Katılan Kişileri Bilgilendirme Formu

ÇOK BOYUTLU SAĞLIK KONTROL ÖLÇEĞİ B FORMU TÜRKÇE GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Sayın Katılımcılar,

Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Ölçeği B Formunu Türkçe 'ye uyarlamayı amaçlayan bu çalışma, Burdur İl'inde yapılmaktadır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlar bundan sonraki çalışmalar için yol gösterici olacaktır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz yanıtlamaya son verebilirsiniz.

Araştırmacılar tarafından ve rastgele seçilen kişilere ikinci defa anketi uygulayabilmek için (test tekrar test aşaması), anket formuna **Adınızı, Soyadınızı ve İletişim Bilgilerinizi yazmanızı rica ediyoruz.**

Anket formu toplam 6 sayfada 62 sorudan oluşmaktadır. Yanıtlarınızı, kişisel bilgi formu için soruların altında yer alan seçenekler arasından ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak, verilen diğer üç ölçekte ise yönergeleri doğrultusunda işaretleyerek belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “**diğer**” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Araştırma Ekibi Adına
Öğr. Gör. Dr. Aysun GÜZEL

Not: Herhangi bir sorunuz için lütfen Öğr. Gör. Dr. Aysun Güzel'i (Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi) 0248 213 3548 numaralı telefondan arayınız

Anket No:

Katılımcı Adı-Soyadı:

Katılımcı Telefon Numarası:

Katılımcı Açık Adresi:

Çalışmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve bir sonraki sayfaya geçiniz.

Kabul ediyorum.

Kabul etmiyorum.

EK-7: Etik Kurul Kararı



T.C.
MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU


Toplantı Tarihi: 11.04.2016 Pazartesi

Toplantı No:2016/2

Karar No: GO 2016/14

Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü Öğretim Elemanı Öğr. Gör. Aysun GÜZEL'in sorumlu araştırmacı olduğu, "*Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odacı Ölçeği A ve B formlarının Türkçe'de Geçerlilik ve Güvenilirliği*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.


(Başkan Vekili)
Prof. Dr. Ahmet ÖNAY
(Tıbbiyat Fakültesi Öğretim Üyesi)


(Başkan)
Prof. Dr. Yakup YILDIRIM
(Veteriner Fakültesi Öğretim Üyesi)

Doç. Dr. Emrah ATIL
(Beden Eğitimi ve Spor YO Öğretim Üyesi)

(Üye)
Doç. Dr. Erdoğan KÖSE
(Eğitim Fakültesi Öğretim Üyesi)

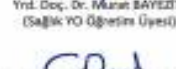
(Üye)
Doç. Dr. Ramazan ADANER
(Veteriner Fakültesi Öğretim Üyesi)


Yrd. Doç. Dr. Altan YILMAZ
(Mühendislik Mimarlık Fakültesi Öğretim Üyesi)


Yrd. Doç. Dr. Canan DEMİR BAKURTCU
(Sağlık YO Öğretim Üyesi)


Yrd. Doç. Dr. Nilara AKÇİRA YILDIZ
(Fen-Edebiyat Fakültesi Öğretim Üyesi)


Yrd. Doç. Dr. Gaye GÖKALP YILMAZ
(Fen-Edebiyat Fakültesi Öğretim Üyesi)


Yrd. Doç. Dr. Murat BAYEZZ
(Sağlık YO Öğretim Üyesi)


Yrd. Doç. Dr. Mustafa LAMBA
(İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Öğretim Üyesi)


Yrd. Doç. Dr. Merve POLAT
(Sağlık YO Öğretim Üyesi)


Yrd. Doç. Dr. Ömer Gürkan DİLEK
(Veteriner Fakültesi Öğretim Üyesi)

EK-8: ÇBSKOÖ A Formu Kullanabilme İzin Yazısı

Thank you very much.
Sincerely yours..

From: ken.wallston@Vanderbilt.Edu
To: aysun_yrdkl@windowslive.com
Subject: Re: Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scale A Form
Date: Sun, 24 May 2015 16:39:27 +0000

Aysun,

You do not need my permission to use the MHLC scales (Form A) in your research, but you certainly have my blessings.

Best wishes,

Ken Wallston

On May 24, 2015, at 12:22 PM, aysun yurdakul <aysun_yrdkl@windowslive.com> wrote:

Dear Kenneth A. Wallston,
I am a lecturer in Burdur Mehmet Akif Ersoy University School of Health. I'm also study public health master at Hacettepe University. Colleagues studying Hacettepe University and I want to do Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales A Form's Turkish Validity and Reliability . I would like your permission to use Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scale A Form. I would be very pleased if you come back to me.
Sincerely yours.

NOT: Araştırmacılar tarafından ilk olarak ÇBSKOÖ A formunun geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması planlanmış ve bu nedenle ölçeği geliştiren yazarlardan Ken Wallston'dan mail yoluyla ÇBSKOÖ A Formu'nun kullanılabilmesi için üstteki izin yazısı istenmiştir (Bkz. EK-8). Araştırmaya daha başlamadan önce ÇBSKOÖ B formunun da geçerlik ve güvenilirliğini yapmaya karar veren yazarlar Wallston'dan gelen bu maile ve EK-9 kısmında ölçeği geliştiren yazarlar tarafından <http://www.vanderbilt.edu/nursing/kwallston/FAQMHLC.htm> (Erişim Tarihi: 01.05.2017) adresinde yayınlanan yazıya istinaden ÇBSKOÖ B formu için tekrar izin almamışlardır.

EK-9: ÇBSKOÖ A ve B Formlarını Kullanabilme İzin Yazısı

You've stated repeatedly that the MHLC scales are "in the public domain." Don't I need your permission to use them in my research?

We've developed the MHLC scales over the years under the auspices of a variety of federally sponsored research grants. Therefore, we have never felt right about charging other researchers a fee for utilizing these scales in their own research. It has been, and will continue to be our policy to place these scales "in the public domain" where they are freely available to the research public. Therefore, although we appreciate it if you acknowledge properly the source of the scales and cite them correctly in your reports, you do not explicitly need our permission to utilize them in your research studies. You do, however, have our blessings.

NOT: Araştırmacılar tarafından ilk olarak ÇBSKOÖ A formunun geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması planlanmış ve bu nedenle ölçęđi geliştiren yazarlardan Ken Wallston'dan mail yoluyla ÇBSKOÖ A Formu'nun kullanılabilmesi için izin istenmiştir (Bkz. Ek-8). Araştırmaya başlamadan önce ÇBSKOÖ B formunun da geçerlik ve güvenilirliğini yapmaya karar veren yazarlar üstteki yazıya ulaştıkları için ÇBSKOÖ B Formu için tekrar izin yazısı almamışlardır. Ölçęđi geliştiren yazarlar üstteki yazıyı <http://www.vanderbilt.edu/nursing/kwallston/FAQMHLC.htm> adresinde yayınlamışlardır (Erişim Tarihi: 01.05.2017).

EK-10: İ Dış Kontrol Odağı Ölçeği Kullanabilme İzin Yazısı

From: aysun_yrdkl@windowslive.com
To: sarpuner@hacettepe.edu.tr; sarpuner@yahoo.com
Subject: FW: Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Algısı
Date: Sun, 28 Jun 2015 20:40:15 +0300

Date: Wed, 27 May 2015 13:58:54 +0300
From: ihsandag@hacettepe.edu.tr
Subject: RE: Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Algısı
To: aysun_yrdkl@windowslive.com

Sayın Yurdakul,

Çalışmanızda gerek uyarladığım Rotter Ölçeğini (RİDKOÖ) gerekse büyük ölçüde ona dayanan likert tipi KOÖ'yü kullanabilirsiniz.

Ekte gönderiyorum.

Sizin uyarladığınız ölçeğin makalesi yayınlandığında haberdar ederseniz memnun olurum.

Başarılar, saygılar...

9.ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler

- Adı Soyadı:** Aysun GÜZEL
- Doğum Yeri ve Tarihi:** Çankırı-1984
- Uyruğu:** T.C.
- İletişim Adresi:** ayurdakul@mehmetakif.edu.tr

II-Eğitimi:

- Doktora:** Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Halk Sağlığı/ 12.05.2016
- Yüksek Lisans:** İstanbul Teknik Üniversitesi Deprem Mühendisliği ve Afet Yönetimi Enstitüsü/ Afet Yönetimi/ 15.06.2012
- Lisans:** Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi/ Çanakkale Sağlık Yüksekokulu/ Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü/ 08.06.2009

III-Mesleki Deneyimi

- Hastane:** Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Teknisyeni/10.03.2009-20.12.2012
- Üniversite:** Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Öğretim Görevlisi/20.12.2012-Halen devam ediyor.

IV-Bilimsel Faaliyetleri

Akademik Başarılar

- 2002, Çankırı Eldivan Sağlık Meslek Lisesi, Okul Birinciliği
- 2009, Çanakkale Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü, Okul ve Bölüm Birinciliği

Yayımlar

SCI, SSCI ve AHCI Dışındaki İndeksler Tarafından Yayımlanan Makaleler

- Yurdakul A, Üner S (2015). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Duygusal Tepkisellik Durumlarının Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull, 14(4): 300-307.

- Cerit GN, Aykal G, Güzel (Yurdakul) A, Kara İ. Bir Hastanede Çalışan Yoğun Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi. 2016; 21(2): 109-118.
- Ergün G, Güzel A. Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İlk ve Son Sınıf Öğrencilerinin Meslek Seçimini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. International Journal of Human Sciences. 2016; 13(1): 1271-1284.

Hakemli Bilimsel Dergilerde Yayımlanan Makaleler

- Yurdakul A, Piroğlu F, Okay N. Zarar Azalma Uygulamalarının Hastane Çalışanları Tarafından Değerlendirilmesi: Kocaeli Derince Örneği. Acil ve Afet Dergisi. 2013; 3(2): 13-25.
- Yurdakul A, Piroğlu F, Okay N. Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mevcut Afet Planı Çerçevesinde, Çalışanların Afete Hazırlığının Değerlendirilmesi”. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2013; 1(2): 75-85.
- Kara F, Yurdakul A, Erdoğan B, Polat E. Hemşirelerin Güncel Temel Yaşam Desteği Bilgilerinin Değerlendirilmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015; 3(2):17-26.
- Hisar KM, Yurdakul A. Bir Üniversitenin Hemşirelik Öğrencilerinin Afetlerde Sağlık Hizmetleri ile ilgili Bilgilerinin Değerlendirilmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015; 3(2):54-65.

Uluslararası Bildiriler

- Yurdakul A. Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hastane Afet ve Acil Yardım Planı. Uluslararası Burdur Deprem ve Çevre Sempozyumu. 7-9 Mayıs 2015, Burdur. Sözel Bildiri. s. 350-360.
- Güzel (Yurdakul) A, Kuş MA, Çelik O. (2016). Küreselleşmenin Afetler Üzerindeki Etkileri. Uluslararası Afet ve Acil Tıp Kongresi. 13-15 Mayıs 2016, Ankara. PS-10. Poster Bildiri. s. 104.
- Güzel (Yurdakul) A, Çelik O, Kuş MA. (2016). Göç Alan Bölgelerde Afet Planlarının Hazırlanması ve Uygulanmasında Ortaya Çıkabilecek Sorunlar. Uluslararası Afet ve Acil Tıp Kongresi. 13-15 Mayıs 2016, Ankara. PS-40. Poster Bildiri. s. 137.

- Kuş MA, Güzel (Yurdakul) A, Çelik O. (2016).Teknolojik Afetler Gerçeği: Tehlikeli Madde Taşımacılığı Kazaları (Derleme). Uluslararası Afet ve Acil Tıp Kongresi. 13-15 Mayıs 2016, Ankara. PS-30. Poster Bildiri. s. 124.
- Çelik O, Güzel (Yurdakul) A, Kuş MA, Kapısız L. (2016). Afetler Sonrası Hasar Tespit ve İyileştirme Çalışmalarında 23 Ekim 2011 Van Depremi Deneyimleri. Uluslararası Afet ve Acil Tıp Kongresi. 13-15 Mayıs 2016, Ankara. SB-50. Poster Bildiri. s. 62.

Ulusal Bildiriler

- Kara F, Yurdakul A. Öğretim Üyelerinin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 27-31 Ekim 2013, Antalya. Poster Bildiri. s. 307.
- Yurdakul A, Piroğlu F, Okay N. Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mevcut Afet Planı Çerçevesinde, Çalışanların Afete Hazırlığının Değerlendirilmesi. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 27-31 Ekim 2013, Antalya. Poster Bildiri. s. 512.
- Hisar KM, Yurdakul A. Hemşirelik Öğrencilerinin Afetlerde Sağlık Hizmetleri Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 27-31 Ekim 2013, Antalya. Poster Bildiri. s. 513.
- Kara F, Uçan S, Yurdakul A. (2015). İlk Kez Bebek Sahibi Olan Babaların Bebek Bakımı Konusundaki Gereksinimleri, Özgüvenleri ve İlişkili Faktörler. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 5-9 Ekim 2015, Konya. Poster Bildiri-136. s. 525-526.
- Kara F, Uçan S, Yurdakul A. (2015). İlk Kez Bebek Sahibi Olan Annelerin Bebeklerinde Karşılaştıkları Sorunlar ve Bu Sorunlara Yönelik Uygulamalarının Değerlendirilmesi. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 5-9 Ekim 2015, Konya. Poster Bildiri-137. s. 527-528.
- Kara F, Yurdakul A, Uçan S. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Kontrol Odağı Algısı ve İlişkili Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 5-9 Ekim 2015, Konya. Poster Bildiri-315. s. 876-877.