

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNME Lİ HASTALARA BAKIM VEREN HASTA YAKINLARININ BAKIMA
HAZIR OLUŞLUK ÖLÇEĞİ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

Seçil KARAMAN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

İZMİR

2014

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı Soyadı

İmza

Başkan (Danışman): Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

Üye : Doç. Dr. Öznur USTA YEŞİLBALKAN

Üye : Doç. Dr. Şafak DAĞHAN



Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih:24..09..2014..

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince ilminden faydalandığım, insani ve ahlaki değerleri ile örnek edindiğim, öğrencisi olmaktan onur duyduğum, tezimin tüm aşamalarında rehberliğini ve desteğini benden esirgemeyen, hoşgörü ve sabırla birikimlerini benimle paylaşan değerli hocam ve danışmanım Sayın Prof Dr. Ayfer KARADAKOVAN'a,

Eğitimimde emeği geçen Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerine,

Çalışmayı uygulama alanı bulduğum Ege Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Kliniği yöneticileri ve çalışanlarına,

Çalışmama gönüllü olarak katılan sevgili hasta yakınlarına,

Her zaman yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini her anımda hissettiğim sevgili babam Abidin KARAMAN, sevgili annem Melek KARAMAN ve sevgili kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İzmir - 2014

Seçil KARAMAN

ÖZET

İNME Lİ HASTALARA BAKIM VEREN HASTA YAKINLARININ BAKIMA HAZIR OLUŞLUK ÖLÇEĞİ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Bu çalışma hasta yakınlarının bakıma hazır olma durumlarını ölçen, Archbold ve Stewart tarafından geliştirilmiş “Preparedness for Caregiving Scale”- “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla metodolojik bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Ege Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Erişkin Servisi’nde 01.08.2013-30.01.2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Ege Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Erişkin Servisi’nde tedavi amacıyla yatmakta olan yeni tanı almış, araştırmanın sınırlılıklarına uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 100 inmeli hasta yakını oluşturmuştur.

Araştırmada veri toplama araçları olarak; Hasta Yakını Tanıtım Formu, Ege Üniversitesi Hastanesi Hasta Bağımlılık Düzeyi Formu ve Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği kullanılmıştır.

Ölçeğin dil eşdeğerliğinin sağlanması için Türkçe’ye çevirisi, geri çevirisi ve ön uygulaması yapılmıştır.

Ölçeğin güvenilirlik çalışmalarında ilk olarak ölçeğin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için birinci uygulamadan iki hafta sonra ölçek tekrar uygulanmış test-tekrar test korelasyon katsayısının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($r=0.74$, $p=0.000$).

Madde analizi sonucunda ölçekteki maddelerin madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0.63-0.84 arasında saptanmış ve hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır. Ölçeğin maddeleri ile ölçeğin toplam madde-puan korelasyonları arasındaki ilişki $p<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Ölçeğin testi yarılama güvenilirlik analizlerinde Spearman-Brown katsayısı 0.90, Gutmann Split-Half katsayısı 0.90 olarak saptanmıştır. Ölçek toplam Cronbach

Alpha katsayısı 0.92 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin testi yarılama analiz sonuçları ve Cronbach Alpha katsayısı istenen düzeylerde dir.

Ölçeğin kapsam geçerliğini sınamak için 10 uzmandan görüş alınarak gerekli değişiklikler yapılmış, Davis kapsam geçerlik indeksi hesaplanmıştır (0.90-1.00).

Ölçeğin ayırt edici geçerliği değerlendirildiğinde ölçek bağımsız ve orta düzey bağımlı hastaları ayırt etmektedir.

Sonuç olarak; “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” Türk toplumu için yeterli güvenilirlik ve geçerliğ e sahip bir ölçek olarak bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: inme; evde bakım; geçerlik; güvenilirlik

ABSTRACT

THE STUDY ON THE VALIDITY AND RELIABILITY OF PREPAREDNESS FOR CAREGIVING SCALE IN FAMILY CAREGIVERS OF STROKE PATIENTS

The aim of this study was to examine validity and reliability of Turkish form of “Preparedness for Caregiving Scale” improved by Archbold and Stewart in order to evaluate the preparedness of family caregivers for stroke patients care. This is a methodologically study.

This study was made in Neurology Clinic for Adults in Ege University Hospital from 01.08.2013 to 30.01.2014.

Sampling group of the study included 100 relatives of the patients of stroke who came to the Neurology Clinic for Adults in Ege University Hospital to be treated.

In the research, Information Form of Family Members, Ege University Hospital Level of Dependency of Patients Form and Preparedness for Caregiving Scale was used.

Forward and backward translation procedure and pretest was made for translation equivalency and linguistic adaptation.

In the reliability study in order to determine the constancy of the scale against time it's applied to two times, second time was two weeks after the first time. The coefficient of the test- repeat test correlation were determined to be statistically significant ($r=0.74$, $p=0.000$).

Item-total point reliability was found to be between in the item analysis it has seen that the item-total correlation coefficients of the scale ranged from 0.63-0.84 and none of the items of scale was deleted. The relationship between the items of scale and the correlations of the total item-points was determined to be significant at the $p<0.01$ level.

In the halfway through the test reliability analysis of the scale was determined that Spearman-Brown coefficient was 0.90, Guttman Split-Half coefficient was 0.90.

Total scale Cronbach Alpha coefficient was calculated as 0.92. The analysis results of halfway through the test of the scale and Cronbach Alpha coefficient were at required levels.

The scale was examined by 10 experts to verify its content validity. According to expert's suggestion modifications was made. Content validity index was calculated with Davis technic (0.90-1.00).

Evaluate the discriminant validity of the scale, the scale discriminate between the independent patients and medium level dependent patients.

As a result it has found that "Preparedness for Caregiving Scale" was a sufficiently valid and reliable instrument in Turkey.

Key Words: stroke; homecare; validity; reliability

İçindekiler

	Sayfa No
Özet.....	i
İngilizce Özet (Abstract).....	iii
İçindekiler	v
Tablolar Listesi	viii
Grafikler Listesi.....	viii
Kısaltmalar.....	ix

BÖLÜM I

1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Önemi.....	3
1.3. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler.....	4
1.4. Tanımlar.....	4
1.5. Hipotezler.....	5
1.6. Araştırmanın Amacı.....	5

BÖLÜM II

2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. İnme.....	6
2.1.1. İnmenin Tanımı.....	6
2.1.2. İnme Epidemiyolojisi.....	6
2.1.3. İnme İnsidansı.....	6
2.1.4. İnme Prevelansı.....	6
2.1.5. İnme Sonrası Yaşam Süresi.....	7
2.1.6. İnme Etiyolojisi ve Sınıflandırması.....	7
2.1.7. İnme Patofizyolojisi.....	8
2.1.8. İnmede Risk Faktörleri.....	9
2.1.9. İnme Geçiren Bireyde Gelişebilecek Komplikasyonlar.....	15
2.2. Hastanın Taburcu Edilmesi.....	21
2.3. Bakım Süreci.....	21
2.3.1. Bakım Verenlerin Bakım Yükü.....	22

2.3.2. Bakım Verenlerin Karşılaştıkları Sorunlar.....	23
2.3.3. Bakım verme ve Hemşirenin Rolü.....	24

BÖLÜM III

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	26
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi.....	26
3.4. Veri Toplama Yöntemi.....	27
3.5. Kullanılan Gereçler.....	27
3.5.1.Hasta Yakını Tanıtım Formu (EK I).....	27
3.5.2.Ege Üniversitesi Hastanesi Hasta Bağımlılık Düzeyi Formu (EK II).....	27
3.5.3. Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği (EK III).....	28
3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri.....	28
3.6.1. Ölçeğin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanması.....	28
3.6.2. Ölçeğin Güvenirlik Çalışmaları.....	29
3.6.3. Ölçeğin Geçerlik Çalışmaları.....	30
3.7. Süre ve Olanaklar.....	31
3.8. Araştırmanın Etiği.....	31

BÖLÜM IV

4. BULGULAR.....	33
4.1. Araştırma Kapsamına Alınan İnmeli Hastasına Bakım Veren Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Bilgileri.....	33
4.1.1. İnmeli Hastasına Bakım Veren Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Özellikleri.....	33
4.1.2. İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Bilgiler	36
4.2.“Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular.....	37
4.2.1.“Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Zamana Karşı Değişmezliğinin İncelenmesi.....	38

4.2.2. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin İç Tutarlılık Analizleri.....	40
4.3. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulgular.....	43
4.3.1. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Kapsam Geçerliğinin Değerlendirilmesi.....	43
4.3.2. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Yapı-Kavram Geçerliğinin Değerlendirilmesi.....	45

BÖLÜM V

5. TARTIŞMA.....	47
5.1.“Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Güvenirliğinin eğerlendirilmesi.....	47
5.1.1.“Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Zamana Karşı Değişmezliğinin Değerlendirilmesi.....	48
5.1.2. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin İç Tutarlılık Analizlerinin Değerlendirilmesi.....	49
5.2.“Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” Geçerlik Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	52
5.2.1. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Kapsam Geçerliğinin Değerlendirilmesi.....	52
5.2.2. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Yapı-Kavram Geçerliğinin Değerlendirilmesi.....	53

BÖLÜM VI

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
6.1. Sonuç	55
6.2. Öneriler	56

BÖLÜM VII

7. KAYNAKLAR.....	57
-------------------	----

Tablolar Listesi

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1: Ölçeğin Güvenilirlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler	30
Tablo 2: Ölçeğin Geçerlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler	31
Tablo 3: Yüksek Lisans Tez Çalışmasının Zamana Göre Dağılımı	31
Tablo 4: İnmeli Hastasına Bakım Veren Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	33
Tablo 5: İnme Tanısı Almış Hastaların Tanıya İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	36
Tablo 6: “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı	38
Tablo 7: “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları.....	39
Tablo 8: “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” Maddelerinin Analiz Sonuçları.....	40
Tablo 9: “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” Madde-Toplam Puan Korelasyonları.....	41
Tablo 10: “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” Testi Yarılama Analizleri ve Cronbach Alpha Katsayıları	42
Tablo 11: “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Uzman Görüşü Madde Kapsam Geçerlik Oranları.....	44
Tablo 12: “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Ayırt Edici Geçerlik ve Kruskal-Wallis Testi Sonucu.....	45
Tablo 13: “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Ayırt Edici Geçerlik ve Mann-Whitney U Testi Sonucu	46

Grafikler Listesi

Grafik 1: “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Zamana Karşı Değişmezlik Grafiği.....	39
---	----

KISALTMALAR

DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
GİA	:	Geçici İskemik Atak
DM	:	Diyabetes Mellitus
OK	:	Oral Kontraseptif
DVT	:	Derin Ven Trombozu

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Dünyada, olumsuz çevre ve sosyal etmenlerin artması sonucunda bütün toplumlarda kronik hastalıklarda artış gözlenmiştir (1,2). Kronik hastalıklar içinde yer alan inme ölümüne neden olan hastalıklar arasında ilk sıralardadır (3,4,5,6). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporuna göre (2008) yüksek gelirli ülkelerde tüm hastalıklardan ölümlerin yaklaşık olarak %9'unu, orta ve düşük gelirli ülkelerde ise yaklaşık olarak % 12'sini oluşturmaktadır (7). İnme, 2010 yılı raporlarına göre ise ölüm nedeni olarak 4. sırada yer almaktadır (8). Dünya'da yaklaşık olarak yılda 15 milyon kişi inme yaşamaktadır (9). Ülkemizde 2000 yılında yapılan Ulusal hastalık yükü ve maliyet-etkililik çalışmasına göre inme ulusal düzeyde ölümüne neden olan ilk 20 hastalık içinde 2. sırada (%15) yer almaktadır (10). 2012 yılında ise 15 yaş ve üzeri bireylerin % 0.9'u hekim tarafından inme tanısı almıştır (11). 2013 yılında ise Türkiye İstatistik Kurumu'nun bildirdiği ölüm nedenleri arasında sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları %4.1 oranla 6. Sırada yer almaktadır (12). ABD'de de ise her yıl 795.000'in üzerinde inme vakası olmakla birlikte her 19 ölümden 1'inin nedeni inmedir (13). Ortalama yaşam süresi uzadıkça inme insidansında da artış görülmektedir (2).

İnme terimi vasküler olaylara bağlı gelişen ani başlangıçlı fokal nörolojik sendrom bulgularını tanımlamakta ve kronik hastalıklar arasında en sık hastaneye başvurma nedenlerinden biri olduğu bilinmektedir (2,14,15). Görme sorunları, duyu-motor bozukluklar, bilişsel bozukluk, tonüs bozuklukları, konuşma güçlüğü, koordinasyon bozukluğu ve yutma sorunu gibi fiziksel düzeyde yetersizliklerle seyreden nörolojik yetersizlikler nedeniyle yatağa bağımlılığa neden olan inme, toplumda sık görülmesi ve ölümüne yol açması nedeniyle tüm dünya da olduğu gibi ülkemiz içinde maliyet, işgücü ve hastanede kalış süresinin artmasına yol açan önemli bir sağlık sorunudur (14,16).

İnmeli hastalarda bakımın sürekliliği, herhangi bir sağlık kurumundan hizmet alan ve o kurumdan taburcu olan birey için hazırlanan taburculuk planlaması ve evde bakım hizmetleri ile sağlanabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin

tedavi ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasına yönelik hizmetler geliştirilerek sürdürülmesine karşın ülkemizde kurum bakımı sonrası bakımın sürekliliğini sağlayacak uygun devlet destekli bir evde bakım hizmet modeli bulunmamaktadır (16,17). İnmeden sonra hayatta kalan bireyler günlük işlerinde başkalarına bağımlı olarak yaşamlarını sürdürebildikleri ve evde bakıma gereksinimleri olduğu için aileler, hasta bireylerin bakımında önemli görevleri üstlenmişlerdir. Bakım verenler becerikli, duygusal açıdan güçlü veya istenen bakım türünü vermeye en uygun birey oldukları için değil, genellikle duygusal ve ekonomik nedenlerden bakım sorumluluğunu üstlenmektedirler (18). Bakım verenin ve hastanın kişisel özellikleri, bakım verme süresi, hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ve tedavi ve bakımla ilgili bilgi alma durumu bakımın niteliğini etkileyen nedenler arasındadır. Bu bağlamda bakım vericilerin hastanın durumuyla ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri, girişimlerin seçeneklerini, her girişimin olası risk ve yararını, tanı ve tedavinin gidişi, bakım için gerekli el becerileri, hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken kolaylaştırıcı yöntemleri ve basit hemşirelik uygulamaları konularını içerecek şekilde tam olarak bilgilendirilmesi, onların da bakıma katılması ve başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi bakıma hazır olmalarında katkı sağlayacaktır (2,15,19).

Uğraş ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada evde bakım konusunda; hastaların %47'sine kullanılacak ilaçların zamanı, miktarı, etkileri ve yan etkileri hakkında bilgi verildiği bulunmuştur (20).

Çavuş'un (2008) yapmış olduğu çalışmada kanser hastalarının % 96.4'ü hastalıkları ile ilgili olarak evde karşılaşılabilecekleri sorunlar hakkında hemşirelerin bilgi vermediğini belirtmişlerdir (21).

Türkoğlu'nun (2010) yaptığı çalışmada bakım verici bireylerin hastasına vereceği bakımın boyutlarına ilişkin bilgi gereksinimleri olduğu belirtilmiştir (19).

King ve arkadaşlarının inmeli hasta yakınlarıyla 2010 ve 2012 yıllarında yaptıkları çalışmalarda hasta yakınlarının kendilerini bakıma hazır hissetmediklerini ve bakıma az hazır oluşluğun depresyon ve olumsuz duygu durum ve stresle ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir (22,23).

Yapılan araştırmalar hastaneden ayrılma sürecindeki bireylerin ve ailelerin hastalıkları ile ilgili bilgi ve destek almalarının anksiyetelerini hafifleteceğini,

hastalıklarına ve bakıma uyum sağlamalarında yardımcı olacağını göstermektedir (16,24). Nurit ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada da hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerinin hastaların tıbbi tedavi ve bakımlarına uyumlarını sağlamada diğer sağlık ekip üyelerine oranla daha etkin olduğunu belirtmişlerdir (25).

İnmeli hasta yakınlarının evde bakıma hazır olma durumları bakımın sürekliliği ve uygun biçimde yürütülmesi açısından önemlidir. Hastaya bakım verenlerin bakıma hazır oluşluk durumlarının belirlenerek, taburcu olmadan önce gereksinim duydukları konularda eğitim ve destek verilmesi hemşirenin sorumluluklarındandır. Bu gerekçelerle inmeli hasta yakınlarının evde bakıma hazır oluşluk durumlarının belirlenmesinde kullanılacak ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılarak kullanıma kazandırılması amaçlanmıştır.

Ülkemizde hasta yakınlarının bakım vermeye hazır olma durumlarını ölçen aracın kültürümüze uyarlanmasından yola çıkarak planlanan bu araştırmada beklenen yarar; ülkemizdeki inmeli hastaların hastaneden taburcu olmadan önce bakım vericilerinin evde bakıma hazır olma durumlarını değerlendirmek amacıyla alana bir ölçüm aracı kazandırılmasıdır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Günümüzde bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde tıp ve sağlık alanında önemli ilerlemeler olmakta ve yaşam süresi uzamaktadır. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı artmakta ve kronik hastalığı olan ve yaşam boyu tedavi ve bakım gereksinimi devam eden birey sayısındaki artış önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir (14,16,26). İnme, 65 yaş üzerinde görülme sıklığı artan motor fonksiyonların zayıflaması, sözel iletişimin bozulması ve sakatlıkla sonuçlanabilmesi nedeniyle uzun dönem bakım gerektiren, toplumda ciddi özürülük ve iş gücü kaybına neden olan kronik hastalıklardan biridir (27,28).

Tıp ve teknolojideki gelişmeler inmeli hastaların sağlık hizmetlerinin evde verilmesine olanak sağlamakta ve hastanede yatış süresinin kısalması ile de evde bakımın önemini arttırmaktadır (29). Toplumumuzda aileye, hastaların evde bakımında önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu sorumlulukları yerine getirirken bireylerin ve ailelerin hastalıkları ile ilgili bilgi ve destek almaları anksiyetelerini

hafifletecek ve hastalıklarına uyum sağlamalarında yardımcı olacaktır (26,30,31). Hasta yakınları evde bakım konusundaki bilgi ve beceri eksiklikleri olduğu için evde bakımda en fazla ağrı yönetimi, hasta mobilizasyonu, günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması, sağlık personeli ile iletişimi sağlama, semptom yönetimi, evde ilaç tedavisini uygulama, hastanın duygusal reaksiyonlarının yönetimi konularında güçlük yaşamaktadırlar (26). Bu nedenle sağlık kurumlarında hemşirenin hastayı değerlendirmesi, hasta ve ailesi ile tedavi seçeneklerini tartışması ve evde bakıma hazırlaması bakımın sürekliliğinin sağlanmasında önemlidir (16,30). Hemşirenin üzerine düşen sorumluluğu yerine getirmesi bakım verenlerin durumla daha kolay başa çıkabilmelerini ve yaşamlarından zevk alarak bu zorlu bakım görevini yerine getirmelerini sağlayacaktır (2).

Bu bağlamda yurt dışında hazırlanmış olan bakım verici aile üyelerinin bakım vermeye hazır oluşluk durumlarının değerlendirilmesi için kullanılan “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin kültürümüze uyarlanması çalışması ile inmeli hastasına bakım veren aile üyelerinin bakıma hazır oluşluk durumlarının belirlenmesi, yetersizliklerin saptanması ve hemşirelik uygulamalarında yol göstermesi açısından önemlidir.

1.3. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmanın yeri Ege Üniversitesi Hastanesi ile sınırlandırılmıştır. Araştırma; veri toplama tarihleri arasında adı geçen hastanenin Nöroloji Kliniği’nde inme tedavisi görmüş taburculuğuna 24-48 saat kalmış, araştırmanın örneklem seçim ölçütlerine uyan, klinikte yatan hastaların hasta yakınlarıyla yürütülmüştür. Araştırmanın zamana karşı değişmezliği değerlendirilirken hasta yakınlarıyla iki hafta arayla tekrar görüşülmüş ve bazı hasta yakınlarına tekrar ulaşmakta güçlük yaşanmıştır. Tekrar görüşülemeyen hasta yakınları ise araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

1.4. Tanımlar

İnme: Hızlı gelişen, serebral işlevlerin fokal veya global bozukluğuna bağlı klinik bulguların 24 saat veya daha uzun sürmesi veya ölümle sonuçlanmasıdır (16,32,33).

Evde bakım: Hastanın kendi evinde sağlık çalışanı tarafından verilen resmi bakım veya aile tarafından verilen resmi olmayan sağlık bakımı veya destekleyici tedavidir (34).

Geçerlik: Bir lme aracının llmek üzere hazırlandığı değişkeni tam olarak ve başka bir özellikle karıştırmadan lme derecesidir (35,36).

Güvenirlik: bir lme aracının hatalardan arınmış olarak ölüm yapabilme yeteneğidir (35,36).

1.5. Hipotezler

H1: “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk leği” Türk toplumu için güvenilir bir lme aracıdır.

H2: “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk leği” Türk toplumu için geçerli bir lme aracıdır.

H2a: “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk leği” hastaların bağımlılık düzeylerine göre bakım verenleri ayırt etmektedir.

1.6. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı: “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk leği (Preparedness for Caregiving Scale)”nin Türk toplumu için güvenilir ve geçerli bir araç olup olmadığının incelenmesidir.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. İnme

2.1.1. İnmenin Tanımı

DSÖ inmeyi; “hızlı gelişen, serebral işlevlerin fokal veya global bozukluğuna bağlı klinik bulgular olup, bu bulguların 24 saat veya daha uzun sürmesi veya ölümle sonuçlanması” olarak tanımlar (32,33,37). Sendrom ağırlığı; bir iki günde tam düzelme, kısmi düzelme, ağır özürlülük ve ölüm olasılıklarını içeren geniş bir değişkenlik gösterir (33). İnme; dünyada ölüm nedeni olarak üçüncü sırada yer alırken özürlülük yapmada birinci sırada olup endüstrileşmiş toplumlarda hastane başvurularında ve sağlık harcamalarında önemli bir yer tutmaktadır (5,33,38,39).

2.1.2. İnme Epidemiyolojisi

Ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, 40-69 yaş arası erkeklerde serebrovasküler olaylar nedeniyle ölüm oranı 40-250/100.000 ve kadınlarda 20-160/100.000’dir. Doğu Avrupa ülkelerinde ve Japonya’da bu oranlar artmaktadır. Kuzey İskandinav ülkeleri, Hollanda, ABD, Kanada ve İsviçre’de oranlar 100/100.000’nin altında olup düşüktür (37).

2.1.3. İnme İnsidansı

Yaşla birlikte hastalık insidansı da aynı oranda artış göstermektedir. 55-64 yaşlarda yıllık inme insidansı 1.3-3.6/1000 kişi, 65-74 yaş arası 4.9-8.9/1000 kişi, 75 yaştan sonra 13.5-17.9/1000 kişidir. 44 yaşından önce görülen inmeler tüm inmelerin ancak %3-5’ini oluşturmaktadır (4,37).

2.1.4. İnme Prevalansı

İNme prevalansı yaşla birlikte artar. İnmeli hastaların %75’i 65 yaş üzerindedir. Coğrafi değişiklikler de gösterebilir. Batı ülkelerinde inme prevalansı 8/1000,

Japonya'da 20/1000'dir (37). 2012 verilerine göre ABD'de 18 yaş ve üzeri %2.9 erkek ve %2.9 kadının bir inme hikayesi vardır (13).

Ülkemizde inme ile ilgili yapılmış Ege İnme Veri Tabanı'nda ortalama yaş 62,3±12 bulunmuş olup erkek hastaların sayısı daha fazladır. İskemik inme tüm inmelerin %77'sini oluşturmakta ve bunun da %37'sini ateroskleroza bağlı inme oluşturmaktadır. Hemorajik inmenin ülkemizde biraz daha fazla görülmesi, hipertansiyonun ve yaşam koşullarının daha kontrolsüz olmasına bağlanabilir (37,40,41).

2.1.5. İnme Sonrası Yaşam Süresi

İnme sonrası yaşam tahmininde en önemli faktörler, lezyonun tipi, yeri, inmenin başlangıçtaki şiddeti ve bilinç bozukluğunun olup olmamasıdır. İnme sonrasında erken dönemde ölüm genellikle altta yatan patolojiye ve lezyonun şiddetine bağlıdır. İnfarktlı hastalarda ilk 30 gün içinde sağkalım oranı %85 iken hemorajik inmeli hastalarda bu oran %20-52'lere kadar düşebilmektedir (3,37,42,43). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, inme sonrası yaşam oranının yükseldiğini göstermektedir. Bunun nedeni, sağaltım yöntemlerinin ve bakım koşullarının gelişmesine bağlanmaktadır. Burada önemli olan ise sekonder komplikasyonların önlenmesi ve iyi bakımın sağlanmasıdır (37,40).

2.1.6. İnme Etiyoloji ve Sınıflandırması

İnme etiyojisine yönelik ilk sınıflandırmalar, genellikle lezyonun patolojisine göre yapılmış olup iskemi ve hemorajik olmak üzere iki ana gruba ayrılmıştır. Daha sonraki çalışmalarda, lezyonun patoloji ile birlikte, lezyon lokalizasyonu ve oluş mekanizması göz önüne alınarak sınıflandırılmıştır.

- Subaraknoid hemoraji (%3-10)
- İntraserebral hemoraji (%10-15)
- Serebral İskemi (%60- 80) (37).

Subaraknoid Hemoraji

Subaraknoid hemoraji, beyni çevreleyen zarlar ve beyin-omurilik sıvısına olan kanamadır. Subaraknoid hemorajinin başlıca nedeni, anevrizmalar olup diğer nedenleri ise, arteriovenöz malformasyonlar, travma, antikoagülasyon ve hemoraji diatezleridir (32,37,44). Ani başlangıçlı şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma ve bilinç bozukluğu olup, fokal nörolojik defisit genellikle bulunmaz. Hastalığa bağlı ölüm oranı %30-70 olup, yaşayan hastalarda önemli sekeller gözlenir (37).

İntraserebral Hemoraji

İntraserebral hemorajide kanama beyin parenkiminde olup, sıklıkla küçük penetran arterlerin hemorajisiyle, bazal ganglion, talamus, pons gibi beynin derin bölgelerinde hematomlar oluşur. Başlıca neden hipertansiyon olmak üzere, diğer nadir nedenler arteriovenöz malformasyonlar, amiloid anjiopati, hemoraji diatezleri, tümör hemorajileri, travma, antikoagülasyon, Moyamoya hastalığı ve sempamimotik ilaç kullanımındadır. Ani gelişen baş ağrısı, bulantı, kusma, bilinç bozukluğu ve fokal nörolojik defisitlerle karakterizedir. Ağır klinik bulgulara yol açmayan küçük hematomlar dışında, mortalite oldukça yüksek olup, %70'lere kadar çıkmaktadır (37).

Serebral İskemi

Etiyolojisinde rol oynayan faktörler tromboz ve emboli olmak üzere iki nedene bağlı olarak gelişir. Büyük arter trombozlarının neden olduğu inmelere arteroskleroz plaklarının karotid arter ya da dallarından birinde meydana getirdiği tıkanmaya bağlı olarak bu bölgede iskemi veya enfarktüs gelişmektedir (32,45). Genellikle pons, bazal ganglionlar ve talamus yakınındaki küçük damarlarda meydana gelen obstrüksiyona bağlı olarak gelişir (45).

2.1.7. İnme Patofizyolojisi

İskemik inmede bir arterin obstrüksiyonu durumunda, obstrüksiyonun distalinde perfüzyon basıncı düşerek bölgesel kan akımı azalır. Serebral kan akımındaki düşme ilk 10-30 saniye nöronal membranda sodyum pompasını bozarak

nöronal işlev bozukluğuna neden olur ve bir dakika içinde oksijen ve glikozdan yoksun kalma sonucu hipoksi ve laktik asit birikimi gerçekleşir. İskeminin dört dakika devam etmesi ile enfarktüs ortaya çıkar. Beyin dokusunda oluşan iskemi hücrelerin ölümüne, enfarktüsüne ve nekrotik dokuların oluşmasına neden olur. (28,45).

Hemorajik inmede ise, kapiller, arterioler ve küçük damarların yırtılması kanın beyin parankimi içine sızmasına yol açar. Oluşan hematom lokal basınçta artışa neden olur ve basıncın etkisiyle kapillerler de doku içine yırtılarak hematomun genişlemesine yol açar. Artmış sistemik kan basıncı ve azalmış kan pıhtılaşma hızı genişlemeye yardım eder. Hematomlar sıklıkla bu bölgeden ilerleyen traktusları kesintiye uğratar ve nörolojik tabloyu oluşturur. Hematomlar ilerleyen dönemlerde ventrikül veya beyin yüzeyindeki spinal sıvıya bası yapacak kadar genişleyebilmektedir (5).

2.1.8. İnmede Risk Faktörleri

İnme vakalarının önlenmesinde en önemli nokta, artmış risk faktörlerini taşıyan kişileri belirlemek ve bu risk faktörlerini en aza indirmeye çalışmaktır. Her ne kadar risk faktörleri azaltılabilsede yaş, cinsiyet, ırk, aile öyküsü ve etnik köken gibi değiştirilmesi mümkün olmayan risk faktörleri de vardır. Bu faktörler değiştirilemeyen risk faktörlerinin varlıkları halinde değiştirilebilen risk faktörlerinin daha sıkı takip ve tedavisinin sağlanması inme riskinin azaltılmasına yardımcı olabilir (40,46,47,48).

I. Değiştirilemeyen risk faktörleri

Değiştirilemeyen risk faktörlerine sahip hastalar en yüksek riske sahip olmakla birlikte, değiştirilebilir risk faktörlerinden korunma ve bu faktörlerin tedavisinden yarar görebilirler.

Yaş: Yaş inme için tek başına en önemli risk faktörüdür, yaş ilerledikçe inme riski artmaktadır. 55 yaşından sonraki her on yılda bu risk iki katına çıkmaktadır (14,37,40,47,44,49).

Cinsiyet: İnme erkeklerde kadınlara göre daha fazla görülmektedir, fakat kadınlarda ölüm hızı daha yüksektir. 35-44 yaş arası ve ≥ 85 yaşındaki kadınlarda inme insidansı erkeklere göre daha yüksek oranlardadır. Gebelik ve oral kontraseptif kullanımı genç kadınlarda riski attırırken, ileri yaşta ise erkeklerin kardiyovasküler hastalıklar nedeni ile daha erken yaşta ölümü neden olarak gösterilmektedir (28,37,49).

İrk: Afrika ve Hispanik kökenli Amerikalılarda, Avrupa kökenli Amerikalılara göre inme insidansı ve ölüm oranı daha yüksektir. Zencilerde hipertansiyon, obezite ve diyabetin daha yaygın oranda bulunması olası faktörler arasındadır. Bazı Asya gruplarında da inme insidans hızı yüksek oranlardadır. Sonuç olarak siyah ve sarı ırkta, beyaz ırka göre inme insidansı daha fazladır (13,49).

Aile öyküsü/genetik: Aile bireylerinin benzer kültürel/çevresel ve yaşam stili faktörlerini paylaşması, bazı genetik özellikleri taşıması kişide inme riskinin artması ile ilişkili bulunmuştur. Monozigot ikizlerde inme riski dizigot ikizlere göre daha yüksek olup, bu fark 5 katına kadar ulaşmaktadır (37). Hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi gibi risk faktörleri de hem genetik hem de çevresel faktörleri içermektedir (49).

Ailede inme ya da geçici iskemik atak öyküsü: Daha önce inme geçirmiş olan bir kişide tekrar inme geçirme riski, geçirmemiş kişiye göre daha fazladır (14). Geçici iskemik atak (GİA) inme habercisi olup, bir ya da daha fazla sayıda GİA geçiren kişi, aynı yaş ve cinsiyetteki bir kişiye göre yaklaşık 10 kat artmış inme riski taşır. GİA'ların tanınması ve tedavisi major inme riskini azaltır (39).

II. Değiştirilebilir risk faktörleri

a. Kesinleşmiş faktörler

İnmedeki risk faktörleri kardiyovasküler hastalıklardaki risk faktörleri ile örtüşmektedir. Bu ortak risk faktörlerinin kontrolü vasküler hastalıkların genel olarak azalmasını sağlayacaktır (50).

Hipertansiyon: Hipertansiyon hem iskemik, hem de hemorajik inme için major risk faktörüdür. Büyük arter tıkanma ve embolizmi kolaylaştırır; doğrudan obstruktif ateroskleroza neden olarak laküner infarkta yol açar. Hipertansiyon idiyopatik atriyal fibrilasyon içinde bir risk faktörüdür (28). Kan basıncı ne kadar yüksekse, inme riski de o kadar artmaktadır (4). Hipertansiyon, antihipertansif tedavilerle yapılan çalışmalar sonucunda farklı antihipertansifler kullanılmış olmasına rağmen, her birinin inme riskinde azaltma sağladığı görülmüştür (4,51,52). Birçok hastada iki ve üzeri antihipertansif ilaçlarla bu kontrol sağlanabilmektedir (53). Tüm antihipertansif tedaviler inme insidansını %35-44 oranında azaltır (54). Diyastolik tansiyon 6 mm Hg düşürüldüğünde inme insidansında %42 azalma görülür (55).

Sigara: Sigara içimi iskemik inme için etkili bir risk faktörü olmakla birlikte hemorajik inme riskini de 2 ile 4 kat arttırmaktadır (32,56,57). Sigara, diğer inme risk faktörlerinin de etkisini tetikleyebilir. Sigara ve oral kontraseptifler birlikte bulduklarında iskemik inme riski 7.2'ye, hemorajik inme riski 3.7'ye çıkmaktadır (50). Sigaranın daralmış damarda trombüs oluşumu üzerine akut, ateroskleroz yükünü arttırıcı olarak da kronik etkisi bulunmaktadır (4).

Diyabetes Mellitus (DM), hiperinsülinemi, glikoz intoleransı: Diyabet, inme için bağımsız bir risk faktörüdür ve diyabetli hastalarda insülin direncinden dolayı plazma insülin düzeyi artarak ateroskleroza neden olur (4,28,47,58). İskemik inmeli olguların %37-42'si tek başına diyabete ya da diyabetle hipertansiyonun birlikte olduğu hastalardır (59). DM ile ilişkili inme, Ege İnme Veri Tabanında %35 ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda %13-28 arasında saptanmıştır (4,40,41).

Kardiyovasküler hastalıklar: Dilate kardiyomiopati, valvüler kalp hastalıkları, intrakardiyak konjenital defektler kardiyovasküler hastalıklar arasında yer almaktadır (50). Serebral infarktların yaklaşık %30'unun kardiyak nedenli olabileceği düşünülmektedir. İskemik nedenli inme ile koroner kalp hastalığı, benzer risk faktörlerine ve patogenetik özelliklere sahiptir. Koroner kalp hastalığı olan hastalarda inme gelişme riski fazladır (60,61). Ülkemizde aterosklerotik

kardiyovasküler hastalık oranı %27.1 oranında ikinci en sık risk faktörü olarak bulunmuştur (49).

Asemptomatik karotis stenozu: 65 yaşın üzerinde %50'den fazla asemptomatik karotis stenozunun %4-5 oranında görüldüğü ve bu olgularda inme riskinin %1-2 olduğu ve inme riskinin stenozun artmasıyla yükseldiği ileri sürülmektedir (28).

Orak hücreli anemi: Otozomal resesif olarak kalıtılan bir hastalık olup anormal gen ürünü değişmiş bir hemoglobin zinciridir. Homozigot hastalarda inme riski yüksektir ve 20 yaş civarında inme prevalansı en az %11 oranındadır (28).

Dislipidemi: Yüksek kolesterol düzeyi ateroskleroz gelişimini hızlandırdığından inmeye neden olan önemli risk faktörlerindedir (14). “The Eurostroke Project”te ise düşük LDL’si olan erkek hastalarda daha az iskemik inmeye rastlanırken, kadınlar da bu oran daha yüksek bulunmuştur (62).

Obezite ve vücut yağ dağılımı: Son dönemlerde abdominal obezite kavramı; bel-kalça oranı ya da bel çevresi ölçümü yaygın olarak kullanılmaktadır. Erkeklerde bel çevresi >102cm, kadınlarda >88 cm’in üzerinde olma abdominal obezite olarak kabul edilmektedir. Artmış kilo ve abdominal yağ dokusu inme riskinde artmaya yol açmaktadır (49). Kilo vermenin inme riskini azaltmadaki etkisi klinik gözlemlerle kanıtlanmamış olup, kilo vermenin kan basıncını düşürdüğü ve indirekt olarak inme riskini azalttığı gösterilmektedir (50).

Diyet ve beslenme: Artmış meyve ve sebze, düşük yağ tüketiminin inme riskinde azalma sağladığı belirtilmiştir (63). Sodyum ve potasyum alımı ise kan basıncında değişime yol açarak inme riskini etkilemektedir. Yüksek sodyum alımı inme riskini arttırmakta ve yüksek potasyum alımı ise azaltmaktadır (50,64).

Fiziksel inaktivite: Düzenli fiziksel aktiviteyle kan basıncı düşmekte, kardiyovasküler hastalıklar için diğer risk faktörlerinin kontrolü sağlanabilmektedir. Aynı zamanda plazma fibrinojen ve platelet aktivitesini azaltmakta, plazma doku plazminojen aktivatörlerinin ve HDL kolesterolünün artmasını sağlamaktadır (49).

Post-menopozal hormon tedavisi: Laboratuvar ve gözlemsel çalışmalar post-menopozal hormon tedavisinin kardiyovasküler hastalıklardan korunmada ve inmenin ciddiyetini azaltmada yararlı etkilerinin olduğunu göstermesine rağmen randomize çalışmalar bu tedavilerin zararlı olduğu sonucuna ulaşmıştır (65). İkincil korumada estradiol ile hormon tedavisinin tekrarlayan inme ve ölüm riskini azaltmadığı, ilk 6 ayda riskin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (49). Önceden histerektomi olup da aktif östrojen tedavisi alan kadınlarda da inme riskinin arttığı saptanmıştır (66).

b. Kesinleşmemiş faktörler veya potansiyel olarak değiştirilebilir risk faktörleri

Metabolik sendrom: “The National Cholesterol Education Program” metabolik sendromu abdominal obezite, trigliserid seviyesinin ≥ 150 mg/dl, HDL kolesterol erkekler için < 40 mg/dl, kadınlar için < 50 mg/dl, kan basıncı $\geq 130/85$ mmHg, açlık glukozunun ≥ 110 mg/dl olması durumlarından 3 veya daha fazlasının olması olarak tanımlamıştır (67). DSÖ epidemiyolojik çalışmalar doğrultusunda tanımlamaya hiperinsülinemi de eklemiştir. Obezite ve sedanter yaşam stili, diyet ve diğer faktörlerle birleşince metabolik sendromu oluşturmaktadır (68).

Alkol kullanımı: Hafif ve orta düzeyde alkol tüketenlerde (kadınlar için ≤ 1 kadeh (12 g alkol), erkekler için ≤ 2 kadeh) alkolün HDL kolestrolü arttırıcı, platelet agregasyonunu ve plazma fibrinojen konsantrasyonunu azaltıcı etkisi vardır. Ağır alkol tüketimi ise hipertansiyona, hiperkoagülabiteye neden olup serebral kan akımını azaltabilir. Günde 5 kadehten fazla alkol tüketenlerde inme riskinin %69 oranındadır. Tüketilen alkol miktarının yanında alkolün cinsinin de risk üzerinde etkisi bulunmaktadır. Copenhagen City Heart çalışması, günde 3-5 kadeh şarap tüketiminin, inme ile ilişkili mortalite riskini azalttığını göstermiştir (49).

Hiperhomosisteinemi: Homosistein yüksekliğinin inme ile güçlü bir ilişkisinin olduğu, iskemik kalp hastalığı ve ekstrakranial karotis stenozu ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir. Diyetle alınan B6, B12 ve folik asit orta derecede yükselmiş plazma homosistein düzeyini düzeltebilir (28,69).

İlaç kullanımı ve bağımlılığı: Kokain, amfetamin, eroin gibi ilaç bağımlılığının inme riskini arttırdığı bilinmektedir. Amfetamin ve psikostimülan ilaçlar vaskülitte yol açarak inmeye neden olurken kokain ise hemorajik inme ve iskemik inmeye yol açarak kognitif bozulma ve beyin atrofisine neden olabilmektedir (28,69).

Hiperkoagülabite: Hiperkoagülabiteye yol açan durumlar venöz trombozlara yol açmakla birlikte iskemik inmelere de neden olabilirler. Antifosfolipid antikör sendromu, yüksek t-pA, fibrin D-dimer, von Willebrand faktör ve faktör VIIIc'nin inme riskini artıran faktörlerdir (70).

Oral kontraseptif (OK) kullanımı: Oral kontraseptifler, içerdikleri östrojen miktarı ile trombositler ve koagülasyon faktörlerini etkileyerek tromboza eğilimi artırır. 50 mikrogramdan fazla estradiol içeren ilaçların düşük estradiollü kombine preparatlara oranla riski daha çok artırdığı, ilacın bırakılması ile riskin azalacağı belirtilmektedir (14,70).

İnflamasyon: Serebral kan damarlarının endotel yüzeyindeki hasar intralüminal tromboz ve inme için bir risk faktörüdür (49). Aterosklerotik bölgelerde, endotelin intrasellüler adezyon molekülleri eksprese etmesi, endarterektomi preparatlarında aktif T lenfositleri ve makrofajların bulunması, inme gelişiminde inflamasyonun rolünü düşündürmektedir. İskemik inme geçirenlerde akut faz reaktanı olan C-reaktif protein ve serum amiloid A yüksek olarak bulunmaktadır (69).

Uykuda solunum bozuklukları: Horlama hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, obezite ve yaştan bağımsız olarak iskemik inme için bir risk faktörüdür. Horlama uykuda solunum bozukluklarının bir işaretçisi olup ikincil olarak inme riskini arttırabilir. Uyku sırasında ortaya çıkan apneik süreçler hipertansiyonu arttırır, noktürnal oksijen saturasyonunu düşürür. İleri derecede uykuda solunum bozukluğu olan hastalarda, oksijen saturasyonu <%65'te, kardiyak aritmiler, AV blok ve AF atakları görülebilir (49).

2.1.9. İnme Geçiren Bireyde Gelişebilecek Komplikasyonlar

İnmenin fonksiyonel ve nörolojik kayıplar nedeniyle hastanede yatış süresi açısından 3. sırada yer aldığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sağlık problemi olduğu bilinmektedir (39,71,72,73). İnmeli hastaların %30'u bir yıl içinde, bunların ise %20'si erken dönemde ölmekte, yaşayanların üçte biri de günlük işlerinde başkalarına muhtaç olarak yaşamlarını sürdürebilmektedir (74). Hipertansiyon, DM, kalp hastalığı ve hiperlipidemi gibi değiştirilebilir risk faktörleri inme etiyojisinde olduğu kadar, inme sonrası prognozda da etkilidir. Medikal ve destek tedaviyle serebral hasarın en aza indirilmesi, enfeksiyonun etkili ve hızlı tedavisi, vital fonksiyonların regülasyonu mortalitenin azaltılmasına katkı sağlayacaktır (75). İnme sonrası komplikasyon gelişme riski % 40-96 oranları arasında değişiklik göstermektedir. Komplikasyon gelişimi, mortaliteyi, rehabilitasyon sürecini etkilemektedir ve ilk günlerde meydana gelen ölümler genellikle beyin ödemi ve transtenterioyal herniasyona bağlı gerçekleşmektedir. Subakut dönemdeki ölümler ise genellikle inme komplikasyonları sonucu meydana gelir. Bu nedenle inme sonrası gelişebilecek komplikasyonların bilinmesi ve erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi önemlidir (5,37).

Aspirasyon ve Pnömoni

Bakteriyal pnömoni inme hastalarında en önemli komplikasyonlardan biridir (76). Genellikle yutma bozukluğu olan ve bilinci azalmış hastalarda aspirasyona bağlı pnömoni gelişmektedir. Oral beslenme, hastaların az miktarda suyu yutabildiği ve istek üzerine öksürebildiği ana kadar durdurulmalıdır. Sıvı gıdaların reflüsü, hipostaz, öksürük refleksinde azalma ve immobilizasyon aspirasyon riskini

arttırmakta, nazogastrik ya da perkütan enteral gastrostomi ile beslenme aspirasyon pnömonisini önleyebilmektedir. Yatakta hasta pozisyonunun sık değiştirilmesi ve pulmoner fizyoterapi aspirasyon pnömonisini önleyebilmektedir (77).

Malnütrisyon

Oral alımın durdurulması ya da kısıtlanması katabolik durumu daha da kötüleştirebilmektedir (77). Malnütrisyon kötü fonksiyonel prognoz ve mortalitede artış belirteçidir (78). Bilinç bozukluğu, çiğneme güçlüğü, disfaji, kol ve yüz kaslarında güçsüzlük, duysal algılama bozukluğu, azalmış mobilite, depresyon, yeme isteğinde azalma gibi nedenler malnütrisyonu neden olabilir. Hastaların günlük takibinde erken beslenme, kilo ve aldığı çıkardığı tespiti, kalori, protein, kan ve elektrolit takibi önlemler açısından önemli olup, yetersizlik durumunda erken dönemde destek tedavisi yapılmalıdır (76,79).

Disfaji

Disfaji inme sonrası sık karşılaşılan, yaşam kalitesi ve mortaliteyi etkileyen önemli bir komplikasyondur (80,81). Serebral ve beyin sapı lezyonlarının yutma fizyolojisini bozması sonucu oluşur ve aspirasyon pnömonisi gibi ciddi bir enfeksiyona ve malnütrisyonu yol açtığı için kötü prognoz üzerinde etkilidir (4,58). İnme geçirmiş hastalarda disfajinin erken tanı ve tedavisi sadece komplikasyonları azaltmakla kalmamakta, aynı zamanda fonksiyonel durumu iyileştirmekte ve hastanede kalış süresini kısaltmaktadır (82).

Kaslarda Katılık (Spastisite)

Spastisite, üst motor nöron lezyonlarından kaynaklanan hıza bağlı tonik germe reflekslerinde artma, germe reflekslerindeki hipereksitabilite sonucu artmış tendon refleksi ile karakterize bir durumdur ve inmeli hastalarda üst ve alt ekstremitelerde kaslarında sık görülür. Spastisite, inmeli hastalarda günlük yaşam aktivitelerinde zorluğa neden olur ve fonksiyonel iyileşmeyi geciktirir, sekonder komplikasyonlara ve ağrıya yol açar, bakım sorunlarını artırır. Spastisite inmeli hastada omuzda addüksiyon, dirsek ve el bileğinde fleksiyon, el parmaklarında fleksiyon, kalça ve

dizde ekstansiyon, ayak bileğinde plantar fleksiyon ile görülür (83). Sommerfeld ve arkadaşları (2004) inmeden sonraki üçüncü ayda %19 hastada spastisite saptamışlardır (84). İyi bir bakımla nosiseptif uyarılar önlenerek spastisite azaltılabilir. Enfeksiyon kontrolü, tırnak batması, bası yarası ve kontraktürlerin önlenmesi, bacakları sıkın veya vuran giysi-atel kullanılmaması, iyi bir barsak ve mesane bakımı, ağrı kontrolü spastisitenin azaltılmasına yardımcı olabilir (85).

Afazi ve Dizartri

Afazi dil fonksiyonundan sorumlu olan beyin alanlarının hasarına bağılı olarak gelişen, kavrama ve ifade etmeye yönelik dil fonksiyonlarının sonradan edinilen fokal nörolojik bozukluğudur (86). İnme geçiren hastaların yaklaşık üçte birinde afazi geliştiğı ve bunların %32 ile %50'sinde, inmeden 6 ay sonra da afazinin devam ettiğı gözlenmektedir. Afazinin derecesi, klinik özellikleri ve iyileşmesi hastadan hastaya değışiklik göstermektedir (71). Afazi bireyin kişiliğini, sosyal yaşantısını engellediğı gibi ailesi ve diğeri bireylerle olan iletişimini ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Dizartri de inmede görülebilen bir konuşma bozukluğudur ve konuşmanın içeriğinden çok kas zayıflığı ya da koordinasyon güçlüğü nedeniyle konuşma şekli bozulmuştur (87).

Bası yarası

Hastanedeki inme hastalarının %9'unda, bakım evlerindeki %23'ünde bası yarası gelişmektedir. Bası yarası tedavisi pahalı, ağrılı ve uzun süre yatış gerektiren bir komplikasyondur ve ağrıya, spastisitede artışa, enfeksiyona, ateşe ve hatta ölüme neden olabilir. İmmobilite, diabetes mellitus, periferik vasküler hastalık, inkontinans, düşük vücut kitle indeksi, son dönem hastası olması bası yarası açısından riskli durumlardır (4,37,79). Uzun süreli yatak istirahatine yol açarak rehabilitasyon sürecini olumsuz etkiler (4). Bası yarası gelişme riski yüksek hastalarda, destek yüzeylerin kullanımı, pozisyonun sık değıştirilmesi, beslenme durumunun optimize edilmesi ve sakral cildin nemlendirilmesi yapılabilecek uygun önlemler arasındadır (88). İdrarını tutamayan hastaların cildinin kuru tutulması gerekmektedir. Yüksek riskli hastalarda havalı yataklar ya da su yatakları kullanılması önerilmektedir (77).

Derin Ven Trombozu (DVT) ve Pulmoner Emboli

Venöz tromboembolizm akut iskemik inme sonrası yaygın görülen bir komplikasyondur. Hastanın uzun süreli immobilizasyonu tromboembolizm gelişme riskini artırır. DVT hastaların %30'unda gelişir, çoğunlukla tutulan taraftadır ve alt ekstremitede daha fazla görülür (4). Asemptomatik DVT, ölümcül pulmoner emboliye yol açması nedeni ile önemlidir ve venöz tromboemboliye bağlı gelişen pulmoner emboli insidansı %10-13 bulunmuştur (89).

Mesane-barsak problemleri

İnmeli hastaların yaklaşık %50'sinde idrar inkontinansı görülmekte ve 6 ay sonrasında bu oran %20'lere düşmektedir (80). Pettersen ve arkadaşları (2007) mesane fonksiyon bozukluğunun ilk bir yıl içerisinde mortalite ve prognoz ile ilgili önemli bir belirteç olduğunu ileri sürmüştür (90). Kuptniratsaikul ve arkadaşları (2009) çalışmalarında, mesane fonksiyon bozukluklarının inme geçirmiş hastalarda, hastanede kalma süresini uzattığını ve anksiyete düzeyini artırdığını ileri sürmüşlerdir (91). Akçalı ve arkadaşları (2010) çalışmalarında, üriner ve fekal inkontinans, ihmal sendromu sıklığı ve depresyon düzeylerini sol hemiparezisi olan hastalarda, sağ hemiparezisi olan hastalara göre daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (3). Üriner inkontinans inme sonrasında, özellikle de yaşlı, özürüllüğü ve bilişsel bozukluğu fazla olan hastalarda yaygın olarak görülmektedir (77). İnmeli hastalarda fekal inkontinans da görülebilmekte ve ortalama 2 haftada hala düzelmemişse kötü prognoz ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (3,80). Barsak fonksiyon bozuklukları fonksiyonel iyileşme üzerine negatif etkisi olan önemli bir komplikasyondur (92). Yine bu hastalarda konstipasyon da sık bir problemdir. İmmobilite, inaktivite, yetersiz beslenme, depresyon, nörojenik durum, kognitif bozukluklar gibi nedenlerle ilişkili olabileceği belirtilmiştir (79).

Ağrı

Duysal defisit olan beyinde, spinotalamik yolları etkileyen bir lezyona bağlı santral ağrı veya etkilenen taraf omuzda parezi ve güçsüzlüğe bağlı nosiseptif ağrı olabilir. %72 hastada ilk yıl, en az bir defa omuz ağrısı görülmektedir ve üst ekstremitelerde sensorimotor disfonksiyonuna bağlıdır. İnmeli hastada omuz ağrısı

geliştiğinde, rehabilitasyon inhibisyonu olmakta, motor iyileşmeyi maskelemekte ve %67 oranında omuz-el ağrı sendromu gelişmektedir (79).

Üst Ekstremitte Komplikasyonları

İnme sonrası omuz subluksasyonu sık bir komplikasyon olup %17-81 arasındadır. Omuz subluksasyonu inme sonrası ortaya çıkan, tüm plan ve yönlerde skapula ve humerus arasındaki ilişkinin total veya kısmi değişimidir (49). İnme sonrası hemiplejik omuz ağrısı genellikle ilk haftalar içinde gelişmekte ve nörolojik hasardan daha ciddi sorun oluşturabilmektedir (93). Hemiplejik omuz ağrısı ile uzamış hastanede yatış süresi, kol güçsüzlüğü, günlük yaşam aktiviteleri ve kol fonksiyonlarındaki kötü düzelme arasında ilişki vardır. Ağrının kendisi aktiviteleri kısıtladığı gibi, depresyonla da ilişkilidir. Sol hemiplejiklerde omuz ağrısı daha fazladır ve ihmal ile ilişkili bulunmuştur (94). Gamble ve arkadaşları (2002) inme sonrası izleme aldıkları hastaların %55'inde ilk iki haftada, %87'sinde ilk iki ayda, %16'sında ise sonraki dört ay içinde hemiplejik omuz ağrısının ortaya çıktığını bildirmişlerdir (95).

Nöbetler

İnme nöbetlere yol açan önemli nedenlerden birtanesidir. Erken nöbetler, beyin damar hastalıkları sonrası ilk iki hafta içinde nöronal iskemi, ödem, sitotoksik madde ve metabolitlerin birikimi gibi akut değişiklikler sonucu ortaya çıkar. Geç başlangıçlı nöbetler ise inmeden iki hafta sonra yapısal değişiklikler ve skar dokusu oluşumu sonrası ortaya çıkar (96).

Ajitasyon

Ajitasyon ve konfüzyon; akut inmeyi takiben gelişebildiği gibi ateş, dehidratasyon ya da infeksiyon gibi komplikasyonlara bağlı da olabilmektedir (77).

Enfeksiyon

İnme geçirmiş bireylerde üriner sistem enfeksiyonları, solunum sistemi enfeksiyonları, bası yarası enfeksiyonları, enfekte olmuş kateter ya da intravenöz kanül, infektif endokardit ve sepsis görülebilir. Enfeksiyonlar, mortaliteyi arttırmakla birlikte subakut ve kronik dönemde morbiditeyi de arttırmaları. En sık solunum sistemi ve üriner sistem enfeksiyonları görülmektedir. Üriner sistem enfeksiyonlarının en önemli nedeni mesaneyi boşaltmada yaşanan güçlük sonrası sık idrar retansiyonu gelişmesi ve üriner kateter gereksinimi olmasıdır. Solunum sistemi enfeksiyonu oluşmasında ise bilinç bozukluğu ve disfajisi olan hastalarda yüksek aspirasyon riskinin olması, immobilizasyona bağlı bronşlarda sekresyon birikiminin artmasıyla akciğerlerde atelektazi gelişmesi, hemiparetik hastalarda ise aynı tarafta göğüs duvarı hareketlerinde azalmanın olması etkilidir (37).

Düşmeler

İnme sonrası akut süreçte, hastane rehabilitasyonu sırasında ve uzun vadede düşmeler yaygın olabilmektedir (77). İnme geçirmiş bireylerin %46'sında düşme olayının gerçekleştiği ve büyük çoğunluğunun da taburculuktan sonraki ilk iki ay içinde gerçekleştiği belirtilmiştir (97). Düşmeler genellikle transferler sırasında veya hasta yalnızken olabilmektedir (49). İnme geçirmiş bireylerde düşmeye bağlı ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (98). İnme geçirmiş hastalarda sağ hemisfer lezyonları, görme-algılama sorunları, bilateral inme, konfüzyon, erkek hastalar, günlük yaşam aktivitelerinde belirgin yetersizlik, üriner inkontinans, sedatif ve diüretik kullanımı, çoklu ilaç kullanımı, depresyon ve kognitif tutulum düşme riskini arttırmaktadır (77,98).

Depresyon

İnme geçiren hastalarda en önemli komplikasyonlardan biri psikososyal sorunlar doğrultusunda gelişen duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, psikoseksüel bozukluklar ve uyum bozukluğu gibi ruhsal bozukluklardır ve bu bozukluklar arasında en fazla görülen ise depresyondur (39). İlaç, ek hastalık, fonksiyonel kayıp, çevre, kişinin öz saygı ve beğenisinin zedelenmesi, organik

nedenlere bağlı olabilir. Depresyonu olan hastalarda, fonksiyonel iyileşme ve sosyal fonksiyonların olumsuz yönde etkilendiği görölmüştür (79,99).

Yorgunluk

Yorgunluk, inme sonrası önemli bir bozukluktur (100). İnme sonrası ilk yıl yorgunluk oranları %39-72'dir. Azalmış enerji kapasitesi, artmış yürüme enerji ihtiyacı, uyku problemleri, beslenme, diğer hastalık ve ilaçlar, psikolojik faktörler yorgunluğa neden olmaktadır (80).

2.2. Hastanın Taburcu Edilmesi

Hastaneden taburcu olma durumu hem hasta hem de hasta yakını için rahatlatıcı bir durum olduğu kadar korku ve anksiyete yaratan bir olay olabilir. Bu geçiş sırasında hemşireler, bireysel hasta gereksinimlerinin farkında olarak bu süreci kolaylaştırabilirler (101).

Taburculuk süreci sırasında hastanın ve ailesinin fiziksel, emosyonel ve psikososyal gereksinimleri göz önünde bulundurulmalıdır. Hastanın hastaneden çıktıktan sonraki gereksinimlerinin tanınması ve taburculuk gereksinimlerinin hasta ve ailesi ile birlikte planlanması, hasta-hemşire ilişkisinin sonlandırılması ve taburculuk sürecinin değerlendirilmesi gerekmektedir (101).

2.3. Bakım Süreci

İnmenin, tüm dünyada uzun dönem sakatlıkların en önemli nedeni olduğu ve inme geçiren çoğu insanın görme problemleri, duyu-motor bozukluklar, kognitif bozukluk, tonüs bozuklukları, konuşma güçlüğü, koordinasyon bozukluğu ve yutma güçlüğü gibi fiziksel düzeyde yetersizlik yaşadığı bilinmektedir (43,102). İnme, mortalite ve morbititeye neden olan önemli bir hastalık olup inme sonrası yaşamını sürdüren hastaların yaklaşık yarısından fazlası kalıcı fiziksel yetersizliklerin yanında anksiyete ve depresyon gibi psikolojik problemler de yaşamaktadırlar (39,43). İnme sonrası yaşayan hastaların üçte biri günlük işlerinde başkalarına muhtaç olarak yaşamlarını sürdürebilmektedir (43). İnmede birey nörolojik defisitler nedeniyle çeşitli sorunlarla karşı karşıya olduğundan akut tedavi sonrası bakımının

sürekliğinin sağlanabilmesi için taburculuk eğitimi ve evde bakım hizmetlerinin planlanması önemlidir (14).

Bakım hastada oluşan inme lokalizasyonuna göre değişiklik göstermektedir. Sol hemisferde gelişen inmede afazi, sağ taraf hemiparazi, sağ taraf duyu kaybı, sağ görsel alan yetersizliği, okuma ve yazmada güçlük; sağ hemisferde inme geliştiğinde ise, sol görsel alanda yetersizlik, sol hemiparazi, sol duyu kaybı, sol taraftaki uyaranların kaybolması, disoryantasyon, konuşma bozuklukları görülmektedir. Bakımın temel noktaları nörolojik değişikliklerin erken fark edilmesi ve komplikasyonların erken önlenmesidir (103,104).

İnme sonrası hastaların bakımda bağımlı olması nedeniyle uzun dönem bakım gereksinimi artmakta ve bakım genellikle aile üyeleri tarafından üstlenilmektedir (27). Ülkemizde de bireyin bakımı genellikle aileler tarafından verilmekte ve bakım verme aile içi sorumluluk olarak algılanmaktadır (16,103). İnmeli hastaların bakım verenleriyle yapılan çalışmalarda bakım veren bireylerin çoğunlukla kadın ve eşlerden oluştuğu ve eşlerin bakım yükünün diğer bakım verenlerden daha fazla olduğu gösterilmiştir (27). Hastalık uzun süreli bakımı gerektirdiğinden hasta ve ailesi, evde bakımı gerektiren konularda desteğe gereksinim duymaktadırlar (16). Ferri ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada hastaların %97.6'sının bakım ihtiyacı olduğu belirlenmiştir (105). Ülkemizde Akdemir ve arkadaşları tarafından inmeli hastaların evde bakım gereksinimlerinin belirlendiği bir çalışmada inmeli hastaların %94.7'sinin hijyenik bakım ihtiyacı olduğu belirlenmiştir (16).

2.3.1. Bakım Verenlerin Bakım Yükü

İnme, kronik hastalık olması, motor fonksiyonların zayıflaması, sözel iletişimi bozması ve sakatlıkla sonuçlanabilmesi nedeniyle uzun dönem bakım gerektirmektedir (27). Bakım verme, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğün de yaşanmasına yol açabilmektedir (19,43).

Bakım verenin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik ve sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif

sonuçlar bakım yükünü oluşturmaktadır (27,106). Bakım verenin ve hastanın kişisel özellikleri, hastanın ek hastalığı, unutkanlık ve fiziksel aktivite sorunu olma durumu, hasta ile bakım veren arasındaki ilişkinin niteliği, bakım verme süresi, bakımla ilgili bilgi alma durumu, bakım verenlerde rol değişiklikleri, bakım veren kişinin sağlık sorunu olması hastanın günlük yaşam aktivitelerinde ki bağımlılık durumu ve bakım sırasında yapılan işler, bakım verenin ve hasta bireyin ekonomik durumu bakım yükünü etkileyen faktörlerdir (22,23,27).

Pinquart ve Sorensen (2007), bakım verenlerin bakım verme rollerini ne kadar zamandır srdrdklerinin önemli olduğunu vurgulayarak bakım verenlerin bakım verme süreleri uzadıkça yaşadıkları yükün arttığını belirtmişlerdir (107). Hastaya bakım vermek için ayrılan günlük bakım verme süresi de yaşanan bakım yükünü etkilemektedir (108). Türkoğlu'nun yaptığı çalışmada da bakım vericilerin bakım verme yükü ile bakım verdikleri süre arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmuştur (19).

Bakım yükünün büyük bir kısmı inmenin ciddiyetiyle ve hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığının derecesi ile ilgilidir. Hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığının derecesi arttııka bakım verenin bakım yükünün arttığı belirlenmiştir (27).

2.3.2. Bakım Verenlerin Karşılaştıkları Sorunlar

Bakım veren kişinin bakım vermeye hazır olmayışı sıkıntı yaşamasına ve kendilerinde fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik problemlere neden olmaktadır (27). Her iki bakım vericinin birinde ekonomik sorunlar, her üç bakım vericiden ikisinde ise sağlık sorunları görülmektedir (19).

Duygusal Sorunlar

Bakım verenler kızgınlık, hayal kırıklığı, huzursuzluk, benlik saygısında azalma, uykusuzluk, mahremiyetin kaybı, kendini ayıplama, iğneleyici davranışlar, zorlanma, keder, yardımsızlık, umutsuzluk gibi duygusal sorunlar yaşamakta ve en çok anksiyete ve depresyon yaşamaktadırlar. İnmeli hastalara bakım verenlerin %51.1'i bakım vermenin ilk ayında anksiyete yaşamakta ve eğitim düzeyi düşük olan

bakım vericilerde depresyon daha çok görülmektedir. Bakım vericiler aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinliklerinden fedakarlık ederek eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktivitelerini kısıtlamakta ve bu nedenlerle sosyal destekte azalma, kendilerini bakım rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve sosyal izolasyon yaşama olasılığı artmaktadır (27).

Fiziksel Sorunlar

Bakım verme, bakım verenler için stres kaynağıdır ve bakım verenin sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir (27). Bakım verenlerde kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma, uyku düzensizliği, kas ağrısı, konsantrasyon zorluğu ve kendi bakımına yeterli zaman ayıramama gibi nedenlerle sağlık sorunları görülmektedir. Ülkemizde inmeli hastaların bakım verenleri ile yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %31.5'inin yorgun yaşadığı belirlenmiştir (109). Ayrıca bakım verenlerde görülen yorgunluk, baş ve sırt ağrılarına, daha fazla yük ve yaralanmaya neden olabilmektedir. İnmeli hastalara bakım verenlerin %50'sinde en az bir kronik hastalık görülmekte olup baş ağrısı, hipertansiyon, romatizma ve kalp hastalığı en sık karşılaşılan sağlık sorunlarıdır (108).

Ekonomik Sorunlar

Bakım verenler sağlık güvencesi kapsamında karşılanmayan bakım masraflarının ek yük oluşturması ve bakım verme nedeniyle işlerinin sonlandırılmasından dolayı ekonomik sorunlar yaşamaktadırlar. Hastalar hastalıkları nedeniyle çalışmamakta, hastalığın kendisi ve bakımın ekonomik boyutları çok fazla olmakta, aynı zamanda bakım verenler de çalışmadıkları için ailede ekonomik güçlükler yaşanabilmektedir (27).

2.3.3. Bakım Verme ve Hemşirenin Rolü

Etkin sağlık hizmeti sunumunda hemşirelerin, hastanın hastalığına uyumunu ve bakımının sürekliliğinin sağlanması için; hasta yakınlarının bakım hakkında doğru kararlar vermesi, birlikte sorumluluk üstlenmeleri için etkili planlamalar yapması ve uygulaması gerekmektedir (43). Aile bireylerinin çoğu uzun dönem bakımı sağlamak

için gerekli bilgi ve beceriye sahip olmadığı için hemşireler, bakım verenleri hastalığın tanı aşamasından başlayıp taburculuk süresince evde bakım için hazırlamalıdır (27). İnme gibi bakım gereksiniminin arttığı sağlık sorunlarında, hemşirenin evde bakım veren bireyin güçlüğünün farkında olması, bakım verme rolünü tanımlaması, değişen duruma uyum sağlama becerilerini belirlemesi gerekmektedir. Bakım verenin sorunlarını belirlemek için veri toplamak, bakım planlarında, bakım veren ve diğer aile üyelerini birlikte ele almak, hemşirenin profesyonel sorumluluklarındandır (43). Hemşirelerin bu süreçte eğitim, bakım, danışmanlık, çalışmalarını organize etme, yol gösterme gibi rollerini gerçekleştirmesi gerekmektedir. Hemşireler, bakım verenin hasta ile iletişimini, hastalık ve bakım verme ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını gözlemeli, bakım verenlerin yeteneklerine odaklanarak bakım verenin olumlu tutum geliştirmelerine yardım etmelidir. Hemşireler, bakım verenlerin ihtiyaç duyulan bakımın devamını sağlarken kendi fiziksel ve psikolojik sağlıklarını tehlikeye atmamaları ve daha az bakım yükü yaşamaları için gerekli desteği sağlamalı, uygun destek gruplarını devreye sokmalıdır. Hemşirelerin, bakım veren bireylere bakım için gerekli el becerileri, hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken kolaylaştırıcı yöntemleri ve basit hemşirelik uygulamaları hakkında taburculuk eğitimi vermesi bakım verenlerin yaşadığı bakım yükünü azaltabileceği ve hem hastanın hem de bakım verenin yaşam kalitesini artırabileceği düşünülmektedir (27).

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma hasta yakınlarının bakıma hazır olma durumlarını ölçen “Preparedness of Caregiving Scale”-“Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla metodolojik bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ege Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Erişkin Servisi’nde 1 Ağustos 2013 – 30 Ocak 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Ege Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı 42 yataklı Erişkin Servisi, 16 yataklı Çocuk Nörolojisi Birimi, 12 yataklı Yoğun Bakım Birimi olmak üzere toplam 70 yataklı bir klinikdir. Araştırma Nöroloji Erişkin Servisi’nde yürütülmüştür. Nöroloji Erişkin Servisi’nde 7 öğretim üyesi, 5 asistan, 15 hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, 1 Ağustos 2013 – 30 Ocak 2014 tarihleri arasında yeni tanı almış ve tedavi amacıyla en az bir haftadır hastası Ege Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Erişkin Servisi’nde yatmakta olan, iletişim kurabilen, işitme-konuşma sorunu olmayan, okuma-yazma bilen, 18 yaş ve üzeri olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 100 inmeli hasta yakını oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, ölçek çalışmalarında her bir ölçek maddesi için 5-10 kişi alınması önerildiği için ölçekteki madde sayısının (9 madde) 10 katı alınarak 90 kişinin örnekleme alınması planlanmış, ancak olası kayıplar göz önünde bulundurularak örneklemin 100 kişi olmasına karar verilmiştir (110). Tekrar test uygulaması için tekrar ulaşılamayan, hastasının tekrar hastaneye yatışı yapılan ve hastasını kaybeden toplam 16 hasta yakını araştırma kapsamına dahil edilmemiştir. Bu hasta yakınlarının yerine farklı hasta yakınlarıyla görüşülmüş ve örneklem sayısı 100 olarak tamamlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Verilerin toplanmasında literatür ve benzer çalışmalardan yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Yakını Tanıtım Formu (EK I), Ege Üniversitesi Hastanesi Hasta Bağımlılık Düzeyi Formu (EK II) ve Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği (EK III) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hasta yakınlarıyla yüz yüze görüşülerek ve bazı veriler hasta dosyasından elde edilmiştir.

3.5. Kullanılan Gereçler

3.5.1. Hasta Yakını Tanıtım Formu

Bakım verenin sosyo-demografik bilgilerini (1-14. sorular) ve inme tanısı almış hastaya ilişkin bilgileri (15-18. sorular) içeren birey tanıtım formu toplam 18 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Ege Üniversitesi Hastanesi Hasta Bağımlılık Düzeyi Formu

Ege Üniversitesi Hastanesi Hasta Bağımlılık Düzeyi Formu'nda, hastanın servise kabul edilme durumu (3 puan), taburcu edilme durumu (2 puan), bilincin kapalı olması durumu (24 puan), inkontinans (18 puan), oryantasyon bozukluğu (15 puan), tam görme kaybı ya da ileri derecede görme bozukluğu (12 puan), izolasyon (9 puan), kısmi hareketsizlik (9 puan), tam hareketsizlik (24 puan), monitöre bağlılık (24 puan), respiratöre bağlılık (24 puan), kapsamlı yara/deri bakımı (24 puan), trakeostomi (6 puan), yatak istirahati (10 puan), yardımla kalkar (5 puan), yardımla banyo yapar (3 puan), total banyo gereksinimi (4 puan), beslenme sondası ile beslenme (3 puan), total beslenme (oral) gereksinimi (10 puan), aldığı- çıkardığı hesaplama (2 puan), numune toplanması (2 puan), tüp bakımı (8 puan), oksijen terapi (6 puan), iki saat arayla ya da daha sık vital bulgu takibi (12 puan), intravenöz girişimler (12 puan), özel eğitim gerekli (12 puan), özel emosyonel destek (12 puan) ve tanı testi hazırlığı (3 puan) olmak üzere toplam 29 sınıflandırma kriteri değerlendirilerek hastanın bağımlılık düzeyi belirlenir. Toplamda elde edilen puan 0-24 arası ise bağımsız, 25-48 arası ise alt düzey bağımlı, 49-120 arası ise orta düzey bağımlı, 121 ve üzeri ise üst düzey bağımlı olarak değerlendirilir.

3.5.3. Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği

Geçerlilik ve güvenilirliği test edilecek olan “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”-“Preparedness for Caregiving Scale” (EK IV) kronik hastalıkların akut alevlenmeleri, yaşlı bireyler, bakımın farklı bir boyutuna geçiş veya evde bakımdan önce veya toplumda kronik hastalıklı olanlara bakım sağlayan bakım vericilerin bakım vermeye hazır olma durumlarını belirlemeyi amaçlayan bir ölçektir. Ölçek, 1986 yılında Archbold ve Stewart tarafından geliştirilmiştir ve ölçekte 9 madde bulunmaktadır (111).

Ölçekte 8 madde ve ek olarak bakım vericilere özel daha iyi hazır olmak istedikleri alanı sorgulayan bir madde daha vardır. Ölçekte hiç hazır değilim, yeterince hazır değilim, kısmen hazırım, oldukça hazırım, tamamen hazırım şeklinde 0’den başlayıp 4’e kadar değişen 5 dereceli Likert tipi değerlendirme kullanılarak her soruya verilen cevapların hepsinin ortalamaları hesaplanır. Toplam puan minimum 0, maksimum 32 arasındadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bakım vericilerin bakım vermeye daha çok hazır hissettiklerini, düşük puanlar daha az hazır hissettiklerini gösterir (111,112).

3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

3.6.1. Ölçeğin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanması

Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği’nin Türk toplumuna uyarlanmasına yönelik olarak araştırmanın ilk aşamasında ölçeğin dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yürütülmüştür. İlk olarak araştırmacı tarafından çevirisi yapılan ölçek, ayrıca Yabancı Diller Bölümünde görevli bir öğretim elemanı, İngiliz Dili ve Edebiyatı bölümü mezunu iki İngilizce öğretmeni, İngilizce ve Türkçe’yi iyi bilen 2 doktor tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirilerinin en uygun ifadeler seçilerek oluşturulan son hali, uzun yıllardan beri Türkiye’de yaşayan, her iki dili (Türkçe-İngilizce) anlayan ve konuşan İngiliz uyruklu bir İngilizce öğretmeni tarafından tekrar İngilizce’ye çevrilmiştir. Tekrar çevirisi yapılan ölçekteki maddeler orijinal hali ile karşılaştırılıp gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra İngilizce tekrar çeviri hali ile ölçek yazarına gönderilerek değerlendirmesi istenmiştir.

3.6.2. Ölçeğin Güvenirlik Çalışmaları

Ölçeğin en son hali oluştuktan sonra, Ege Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Erişkin Servisi'nde tedavi amacıyla yatmakta olan, araştırmanın örneklem seçim ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden inmeli hasta yakınlarına önce "Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği" verilerek soruları yanıtlamaları istenmiş daha sonra "Hasta Yakını Tanıtım Formu" verilerek buradaki soruları yanıtlamaları istenmiştir. Önce "Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği" verilmesindeki amaç sorulardan etkilenecek yanıt verilmelerinin önlenmesidir.

Veriler inmeli hasta yakınlarından test-tekrar test yöntemi kullanılarak iki hafta arayla iki kez görüşülerek toplanmıştır. Ölçüm araçlarının güvenilirliğini test etmek için aynı ölçme aracı aradan belirli bir süre geçtikten sonra aynı gruba tekrar uygulanır ve iki uygulamadan elde edilen ölçümler arasındaki ilişki bulunur. İki uygulama arasındaki bu süre ölçülen özelliğin değişmesine yetmeyecek kadar uzun ve birinci uygulamada yaptıklarını hatırlayacak kadar kısa olmamalıdır. Bu süre iki hafta ile dört hafta arasında değişmektedir. Bu bilgiye dayanarak tekrar test uygulaması ilk testten iki hafta sonra gerçekleştirilmiştir (35).

• Güvenirlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler

"Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği" için kullanılan güvenirlik yöntemleri ve yapılan işlemler Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Ölçeğin Güvenilirlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler

Güvenirlik Yöntemi	Güvenirlik Analizi İçin Yapılan İşlemler
“Zamana göre değişmezlik” Test- Tekrar Test Yöntemi	Spearman korelasyon katsayısı hesaplama
“İç tutarlılık” Madde Analizi Testi Yarılama İç Tutarlılık Katsayısı	Madde-toplam korelasyon katsayısı için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama Spearman-Brown, Gutmann Split-Half güvenilirlik katsayıları Cronbach Alpha katsayısı hesaplama

3.6.3. Ölçeğin Geçerlik Çalışmaları

Ölçeğin dil geçerliği yapıldıktan sonra içerik geçerliğini saptamak üzere 10 uzmana ölçeğin Türkçe formu verilerek görüşleri alınmıştır. Her bir maddenin ölçme derecesini değerlendirmek üzere “1” ile “4” arasında (1- Uygun değil, 2- Maddenin uygun şekle dönüştürülmesi gerekir, 3- Uygun şekilde ufak değişiklikler yapılabilir, 4- Çok uygun) maddeleri puanlamaları istenmiştir. Puanlama sonrası kapsam geçerlik indeksi hesaplanmıştır.

Uzmanların yaptığı değerlendirmeler sonucunda üzerinde görüş birliğine varılan ölçek araştırma örneğine dahil edilmeyen 10 hasta yakınına uygulanarak anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir.

• Geçerlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler

“Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” için kullanılan geçerlik yöntemleri ve yapılan işlemler Tablo 2’de görülmektedir.

Tablo 2. Ölçeğin Geçerlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler

Geçerlik Yöntemi	Geçerlik Analizi İçin Yapılan İşlemler
“Kapsam Geçerliği”	Uzman görüşü alma, Davis tekniği kapsam geçerlik indeksi
“Yapı- Kavram Geçerliği” Ayırt Edici Geçerlik	Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi

3.7. Süre ve Olanaklar

Şubat 2012 - Nisan 2013 tarihleri arasında araştırma planlanmış, literatür taranmış, konusunu belirlenmiş ve tez önerisi hazırlanmıştır. Mayıs 2013 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Tez önerisi kabul edildikten sonra Ağustos 2013 - Ocak 2014 tarihleri arasında araştırmanın verileri toplanmış, Şubat 2014 – Mayıs 2014 tarihleri arasında tez raporunun yazımı yapılmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Yüksek Lisans Tez Çalışmasının Zamana Göre Dağılımı

Şubat 2012- Nisan 2013	Literatür tarama, konu belirleme, tez önerisi hazırlama
Mayıs 2013	Tez önerisi sunumu
Ağustos 2013-Ocak 2014	Veri toplama
Şubat 2014- Mayıs 2014	Verilerin analizi ve yorumlanması, Tez raporunun yazımı
Eylül 2014	Tez savunma sınavı

3.8. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu (EK V) ve Ege Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı’ndan gerekli yazılı izin alınmıştır (EK VI).

Araştırmaya alınma ölçütlerine uygun olan hasta yakınlarına araştırmaya ilişkin bilgi verilerek, çalışma sonrası hasta yakınlarının gereksinimleri doğrultusunda

belirtilen konularda bilgilendirileceği belirtilmiş ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylerin bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır (EK VII).

Araştırmada Türk toplumu için güvenirlik geçerliği uyarlanacak olan Bakım Vermeye Hazır Oluşluk leği'nin yazarından e-mail yoluyla yazılı olarak kullanım izni alınmıştır (EK VIII).

BÖLÜM IV

BULGULAR

Araştırmanın bulguları üç başlık altında verilmiştir:

1. Araştırma kapsamına alınan, inmeli hastasına bakım veren hasta yakınlarının tanıtıcı bilgileri
2. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” güvenirlik analizlerine ilişkin bulgular
3. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” geçerlik analizlerine ilişkin bulgular

4.1. Araştırma Kapsamına Alınan İnmeli Hastasına Bakım Veren Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Bilgileri

Bu bölümde inmeli hastasına bakım veren hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri ve inme tanısı almış hastaya ilişkin bilgiler açıklanmıştır.

4.1.1. İnmeli Hastasına Bakım Veren Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 4. İnmeli Hastasına Bakım Veren Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

ÖZELLİKLER		n	%
Yaş grubu	18-29 yaş	6	6.00
	30-41 yaş	19	19.00
	42-53 yaş	40	40.00
	54-65 yaş	27	27.00
	66 yaş ve üstü	8	8.00

Cinsiyet	Kadın	76	76.00
	Erkek	24	24.00
Medeni Durum	Evli	84	84.00
	Bekar	9	9.00
	Boşanmış/Dul	7	7.00
Çocuk Sayısı	Yok	17	17.00
	1-2	55	55.00
	3-4	27	27.00
	5 ve üstü	1	1.00
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	2	2.00
	İlköğretim	36	36.00
	Ortaöğretim	43	43.00
	Üniversite	19	19.00
Çalışma Durumu	Çalışıyor	35	35.00
	Çalışmıyor	65	65.00
Meslek	Emekli	19	19.00
	Memur	16	16.00
	Ev Hanımı	41	41.00
	İşçi	13	13.00
	Diğer	11	11.00

Gelir Durumu	Gelir Giderden Fazla	6	6.00
	Gelir ve Gider Eşit	77	77.00
	Gelir Giderden Az	22	22.00
Yaşadığı Yer	İl	14	14.00
	İlçe	72	72.00
	Köy	14	14.00
Hastayla Yakınlık Derecesi	Eş	35	35.00
	Çocuk	49	49.00
	Anne/Baba	5	5.00
	Kardeş	6	6.00
	Akraba	5	5.00
Hastayla Birlikte Yaşama Durumu	Birlikte	67	67.00
	Birlikte Değil	33	33.00
Daha Önceden Hasta Bakma Deneyimi	Yok	67	67.00
	Var	33	33.00
Bakımda Başka Bir Birey/Bireylerden Destek Alma Durumu	Yok	45	45.00
	Var	54	54.00
Toplam		100	100.00

4.1.2. İnme Tanısı Almış Hastaya İlişkin Bilgiler

Tablo 5. İnme Tanısı Almış Hastaların Tanıya İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER		n	%
Yaş grubu	30-41 yaş	8	8.00
	42-53 yaş	12	12.00
	54-65 yaş	25	25.00
	66 yaş ve üstü	55	55.00
İNme Tanısı Aldığı Süre (Hafta)	1-12	100	100.00
Hasta Bağımlılık Düzeyi	Bağımsız	68	68.00
	Alt Düzey	21	21.00
	Orta Düzey	11	11.00
Toplam		100	100.00
İNme Sonrası Gelişen Yetersizlikler	Motor güçsüzlük	123	44.40
	Denge kaybı	40	14.45
	Yutma güçlüğü	14	5.06
	Konuşma güçlüğü	43	15.52
	Görme sorunu	12	4.33
	Bilinç değişiklikleri	33	11.91
	Yetersizlik yok	12	4.33
Toplam		277*	100.00

* Bazı hastaların birden fazla yetersizliği olması nedeniyle toplam sayı 100'den fazladır ve yüzdeler bu sayılar üzerinden değerlendirilmiştir.

“Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin inmeli hastasına bakım veren hasta yakınlarıyla yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, hasta yakınlarının %40’ı 42-53 yaş grubu arasında, %76’sı kadın, %39’u ortaöğretim mezunu, %77’sinin gelir gider durumu eşit, %67’si hastayla birlikte yaşamakta, %67’sinin daha önceden hasta bakma deneyimi yoktur ve %54’ünün ise hastaya vereceği bakımda destek alabileceği kişi veya kişiler bulunmaktadır (Tablo 4).

İnme tanısı almış hastaların tanıya ilişkin özellikleri incelendiğinde ise, hastaların hepsi 1-12 hafta önce inme tanısı almış, %55’i 66 yaş ve üzeri, %68’i bağımsız hastalardan oluşmaktadır (Tablo 5).

4.2. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular

Güvenirlik bir ölçme aracının taşınması gereken temel özelliktir ve daha sonrasında incelemeyi amaçladığımız kuram, kavram ya da değişkenle ilgili bileşenleri ne derecede kapsadığını ya da yansıttığını yargıladığı özelliktir. İkinci önemli özellik geçerliktir (35,113). Güvenilir olmayan bir ölçek için geçerliliğinin bir değeri yoktur (114). Bu nedenle ölçeğin ilk olarak güvenirlik sonuçları sunulmuştur.

Bu bölümde “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin maddelerine verilen yanıtların sonuçları, zamana göre değişmezlik, iç tutarlık analizlerine yönelik bulgular yer almaktadır.

Ölçeğin maddelerine verilen puanların dağılımı Tablo 6’da yer almaktadır.

Tablo 6. Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği'nin Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Madde No	n	En Düşük	En Yüksek	X	Ss
Madde 1	100	2.00	5.00	4.36	0.95
Madde 2	100	2.00	5.00	4.46	0.91
Madde 3	100	1.00	5.00	4.32	1.05
Madde 4	100	1.00	5.00	4.11	1.26
Madde 5	100	1.00	5.00	4.36	0.97
Madde 6	100	1.00	5.00	4.11	1.19
Madde 7	100	1.00	5.00	4.53	0.93
Madde 8	100	1.00	5.00	4.26	1.08

Tablo 6'da araştırmaya alınan inmeli hastasına bakım veren hasta yakınlarının ölçekte yer alan 8 maddeye verdikleri yanıtların en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve Standart sapma değerleri görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi ölçeğin maddelerinin puan ortalaması 4.11 ile 4.53 arasında değişmektedir. Ölçeğin standart sapma değerleri 0.91 ile 1.26 arasında değişmektedir.

4.2.1. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Zamana Karşı Değişmezliğinin İncelenmesi

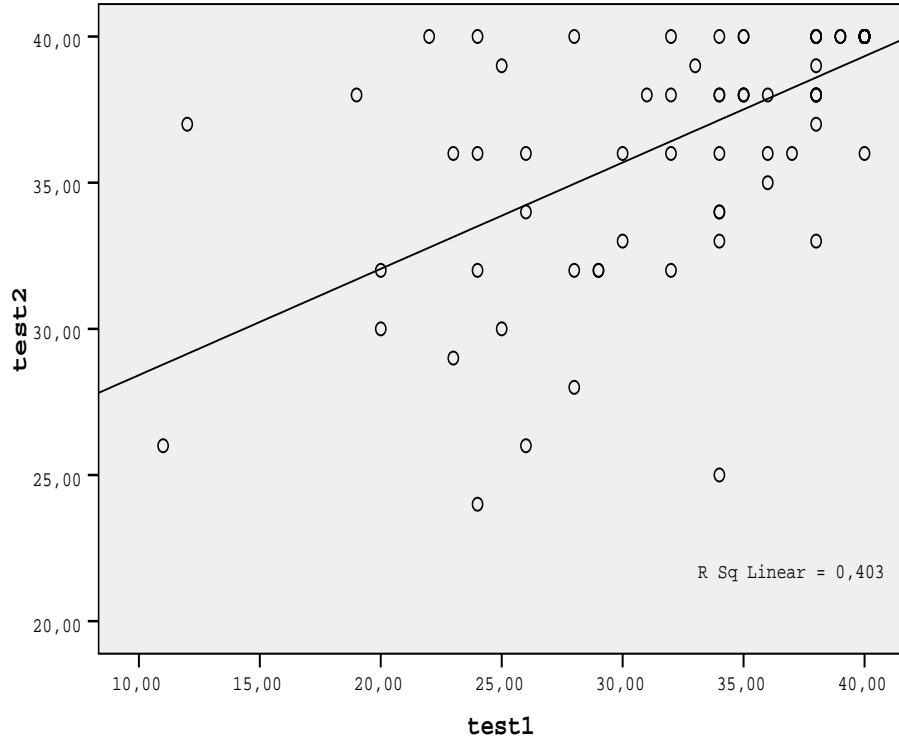
Ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin test edilmesinde, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı olarak Spearman Korelasyon katsayısı hesaplanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları

Test-Tekrar Test Uygulamaları	Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyonu	
	R	p
İlk Uygulama	0.74	0.000
İkinci Uygulama		

Tablo 7’de “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin test-tekrar test analizlerinin sonuçları verilmiştir. Ölçeğin iki hafta ara ile 100 kişiye tekrar uygulanmasıyla korelasyon katsayısı 0.74 bulunmuştur.

Grafik 1. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Zamana Karşı Değişmezlik Grafiği



4.2.2. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin İç Tutarlılık Analizleri

“Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin iç tutarlılık analizleri olarak; madde analizi, testi yarılama, iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı analizleri yapılmıştır.

Madde Analizleri

Bu bölümde araştırmada kullanılan “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin madde analizi sonuçları verilerek her bir maddenin toplam puan ile korelasyonu incelenmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” Maddelerinin Analiz Sonuçları

Madde No	Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıktığında Ölçeğin Varyansı	Madde Toplam-Puan Korelasyonları	Madde Çıktığında Cronbach Alpha Değeri
Madde 1	30.15	36.917	0.74	0.91
Madde 2	30.05	37.179	0.75	0.91
Madde 3	30.19	35.246	0.80	0.90
Madde 4	30.40	33.556	0.77	0.91
Madde 5	30.15	37.280	0.68	0.91
Madde 6	30.40	34.869	0.72	0.91
Madde 7	29.98	38.242	0.63	0.92
Madde 8	30.25	34.472	0.84	0.90
Madde Sayısı: 8		N:100	Cronbach Alpha: 0.92	

Genel olarak incelendiğinde uygulanan ölçekteki hesaplanan Cronbach Alpha değerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu değere bakıldığında ölçek güvenilirdir sonucuna varılabilir ancak sağlıklı bir değerlendirme yapmak adına ölçekteki her bir sorunun Cronbach Alpha katsayısına katkısı ölçülmelidir. Bunu ölçebilmek için her maddenin teker teker sırası ile çıkartılıp Alpha değerlerinin hesaplanması gereklidir (115).

Tablo 9. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” Madde-Toplam Puan Korelasyonları

Maddeler	r	p
1.Hastanızın fiziksel bakım ihtiyacını karşılamaya hazır mısınız?	0.74	0.000*
2.Hastanızın duygusal gereksinimlerini karşılamaya hazır mısınız?	0.75	0.000*
3.Hastanızın ihtiyacı olan bakımın neler olduğunu bilmeye/anlamaya ve bu ihtiyaçları karşılamaya hazır mısınız?	0.80	0.000*
4.Bakım verme stresiyle baş etmeye hazır mısınız?	0.77	0.000*
5.Hastaya evde vereceğiniz bakımdan sizin ve hastanızın memnun olacağı konusunda ne kadar hazırsınız?	0.68	0.000*
6.Hastanızla ilgili gelişebilecek acil durumların önemini kavrama ve başa çıkmaya hazır mısınız?	0.72	0.000*
7.Gerektiğinde sağlık kurumlarından bilgi ve yardım istemeye hazır mısınız?	0.63	0.000*
8.Hastanıza bakım verme konusunda kapsamlı olarak hazır mısınız?	0.84	0.000*

*p<0.01

Tablo 9’da “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”ndeki her bir sorunun ölçeğin toplam puan ile korelasyonu verilmiştir. Maddelerin madde toplam puan korelasyonları 0.63 ile 0.84 değerleri arasındadır.

Testi Yarılama Analizleri ve Cronbach Alpha Katsayısı

Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği’nin iç tutarlılığını belirlemede kullanılan diğer yöntemler testi yarılama analizleri olan Gutmann Split-Half ve Spearman-Brown testleri ile Cronbach Alpha katsayısı hesaplaması sonuçları aşağıda verilmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” Testi Yarılama Analizleri ve Cronbach Alpha Katsayıları

Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği	
Toplam ölçek Cronbach alpha katsayısı	0.92
Spearman-Brown	0.90
Gutmann Split-Half	0.90
İlk yarı Cronbach alpha katsayısı	0.88
İkinci yarı Cronbach alpha katsayısı	0.85
İki yarı arasındaki Korelasyon	0.82
N	100
Madde sayısı	8

Yapılan analizler sonunda “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” toplam ölçek Cronbach Alpha katsayısı 0.92, Spearman-Brown katsayısı 0.90, Gutmann

Split-Half katsayısı 0.90, ilk yarı Cronbach alpha katsayısı 0.88, ikinci yarı Cronbach Alpha katsayısı 0.85, iki yarı arasındaki korelasyon 0.82 olarak hesaplanmıştır (Tablo 10).

4.3. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin kapsam ve yapı-kavram geçerliğine ilişkin bulgular verilecektir.

4.3.1. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Kapsam Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Ölçeğin kapsam geçerliğini değerlendirmek üzere 10 uzmana ölçeğin Türkçe formu verilerek görüşleri alınmıştır. Her bir maddenin ölçme derecesini değerlendirmek üzere “1” ile “4” arasında (1- Uygun değil, 2- Maddenin uygun şekle dönüştürülmesi gerekir, 3- Uygun şekilde ufak değişiklikler yapılabilir, 4- Çok uygun) maddeleri puanlamaları istenmiştir. Uzman görüşü sonucunda Davis tekniği kullanılarak kapsam geçerlik indeksleri hesaplanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Uzman Görüşü Madde Kapsam Geçerlik Oranları*

	Uygun Değil	Maddenin Uygun Şekle Dönüştürülmesi gerekir	Uygun Şekilde Ufak Değişiklikler Yapılabilir	Çok Uygun	Kapsam Geçerlilik Oranı
Madde 1	0	0	4	6	1.00
Madde 2	0	0	5	5	1.00
Madde 3	0	0	3	7	1.00
Madde 4	0	0	3	7	1.00
Madde 5	0	1	2	7	0.90
Madde 6	0	0	2	8	1.00
Madde 7	0	0	3	7	1.00
Madde 8	0	1	6	3	0.90
Madde 9	0	1	0	9	0.90

*(n:10)

Davis tekniğinde; Her bir maddeye ilişkin kapsam geçerlilik indeksi, ‘uygun şekilde ufak değişiklikler yapılabilir’ ve ‘çok uygun’ seçeneklerini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek elde edilmiştir. Elde edilen bu kapsam geçerlilik indeksi 0.80 ile karşılaştırılır. Tablo 11’de görüldüğü gibi “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Madde Kapsam Geçerlik Oranları 0.90 ile 1.00 değerleri arasındadır.

4.3.2. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Yapı-Kavram Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği'nin yapı-kavram geçerliği için ayırt edici geçerlik uygulanmıştır.

Ayırt Edici Geçerlik

Bu bölümde “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin hasta yakınlarının bakım verdiği inmeli hastaların bağımlılık düzeylerine göre ayırt edici geçerliği değerlendirilmiştir.

Kullanılan hasta yakını tanıtıcı bilgi formu ve bağımlılık düzeyi formunda hastaların bağımlılık düzeyleri ‘bağımsız’, ‘alt düzey bağımlı’, ‘orta düzey bağımlı’ ve ‘üst düzey bağımlı’ olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır. Yapılan çalışmada hasta bağımlılık düzeyleri ‘bağımsız’, ‘alt düzey bağımlı’ ve ‘orta düzey bağımlı’ hastalardan oluştuğu için bu üç grup üzerinden ayırt edici geçerlik değerlendirilmiştir. Değerlendirme yapılırken Kruskal-Wallis test istatistiği yöntemi kullanılmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Ayırt Edici Geçerlik ve Kruskal-Wallis Testi Sonucu

Bağımlılık Düzeyi	N	Sıra Ortalaması	SD	χ^2	p
Bağımsız	68	54.82	2	6.707	0.035
Alt Düzey Bağımlı	21	46.05			
Orta Düzey Bağımlı	11	32.27			
Toplam	100				

Tablo 12’de görüldüğü gibi $p=0.035$ olup “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin bağımlılık düzeylerine göre geçerliği anlamlıdır ($p<0.05$). Bu

anlamlılığın nereden kaynaklandığını incelemek amacıyla ileri analiz yapılarak Mann-Whitney U testi uygulanmıştır (Tablo 13).

Tablo 13. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Ayırt Edici Geçerlik ve Mann-Whitney U Testi Sonucu

Bağımlılık Düzeyi	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Bağımsız	68	52.54	2892.50	201.500	0.012
Orta Düzey Bağımlı	11	24.32	267.50		

Tablo 13’te elde edilen sonuçlara göre bağımsız ve orta düzey bağımlı hasta grupları arasında yapılan değerlendirmede p değeri 0.012 bulunmuştur.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu bölümde “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin güvenilirlik ve geçerlik analizlerine ilişkin tartışma yer almaktadır. “Bilim ölçüm demektir, yanlış ölçümler yapmak kanıtlarımız ve tedavilerimizin yanlış olmasına yol açar.” Bu nedenle ölçüm araçlarımızın geçerli ve güvenilir olması önemlidir (114).

5.1. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

Güvenirlik her ölçme aracının taşınması gereken, aracın verileri doğru topladığını ve yenilenebilir olduğunu gösteren bir özelliktir (35). Aynı süreçlerin izlenmesi ve aynı ölçütlerin kullanılmasıyla aynı sonuçların alınması, ölçmenin tesadüfi yanılardan arınık olması, aynı şeyin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır (113,116). Güvenilirlik değişik istatistiksel yöntemlerle hesaplanmış bir korelasyon katsayısı (r) ile belirlenir ve sıfır ile bir arasında (± 1) değerler alır. Değer 1'e yaklaştıkça güvenilirliğin yüksek olduğu kabul edilir (35,113,115). İki değişken arasındaki korelasyon -1 ise değişkenler arasında ters yönde, +1 ise aynı yönde çok güçlü bir ilişki olduğunu, 0 olması ise ilişki olmadığını göstermektedir (35,115).

Ölçeğin Tüm Maddelerinden Alınan Puan Dağılımlarının Değerlendirilmesi

Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği'nde yer alan 8 maddeye verilen yanıtların en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri incelendiğinde Tablo 6'da görüldüğü gibi ölçeğin maddelerinin puan ortalamaları 4.11 ile 4.53 arasında değiştiği, en düşük ortalamaya 4.11 ile 4. madde olan “Bakım verme stresiyle baş etmeye hazır mısınız?” ve 6. madde olan. “Hastanızla ilgili gelişebilecek acil durumların önemini kavrama ve başa çıkmaya hazır mısınız?”ın sahip olduğu, en yüksek ortalamayla 4.53 ile 7. madde “Gerektiğinde sağlık kurumlarından bilgi ve yardım istemeye hazır mısınız?”ın sahip

olduğu bulunmuştur. Hasta yakınları en fazla bakım stresiyle başetme ve hasta ile ilgili acil durumlarla başa çıkma konusunda sorun yaşamakta olup bu maddelerin toplam puan ortamlarına bakıldığında hesaplanan 4.11 değeri genel olarak hasta yakınlarının bu konularda hazır olduklarını göstermektedir.

5.1.1. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Zamana Karşı Değişmezliğinin Değerlendirilmesi

Bir test ya da ölçeğin tutarlılığı farklı zamanlarda yapılan ölçüm sonuçlarının benzerliği ile olur. Bu durum test-tekrar test yöntemi ile belirlenir (117). Test-tekrar test güvenilirliği, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücü şeklinde tanımlanır. Aynı bireylere, aynı koşullarda ancak farklı zamanlarda uygulanması esasına dayanır (113,115). Uygulamalar sonucunda elde edilen korelasyon katsayısına devamlılık ya da kararlılık katsayısı da denir (115).

Test-tekrar test yönteminde iki uygulama arasında bırakılan zaman aralığına dikkat edilmesi gerekir. Bırakılan zaman aralığının çok kısa olması, yeniden anımsamayı kolaylaştıracağından güvenilirliğin yapay olarak yüksek çıkmasına neden olabilir. Zaman aralığı uzun tutulduğunda ise iki ölçme için aynı koşulların sağlanması olanaksız olabileceğinden ölçülen özellikte bazı değişimlerin oluşması sonucu güvenilirlik ölçütünün yorumu güçleşir. Ayrıca bireyin testin içeriği ile ilgili olarak başka kaynaklardan öğrendikleri, ikinci uygulamadaki puanını etkileyebilir. Olası sakıncalar dikkate alındığında iki uygulama arasındaki süre, ölçülecek özelliğe göre değişmekle birlikte, 2 ile 4 hafta arasında önerilmektedir (35,113,114,115). Bu bilgilere dayanılarak tekrar test uygulaması ilk testten 2 hafta sonra gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Tekrar test için tüm katılımcılara ulaşılması hedeflenmiştir. Tekrar ulaşılamayan katılımcılar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Değişmezlik güvenilirliği iki ölçüm arasında yapılacak Pearson momentler çarpımı korelasyonu, Spearman sıralama korelasyonu, ya da başka bir sayısal yada niteliksel korelasyon katsayısı kullanılabilir. Katsayının yüksekliği, ölçümün değişmezliğini belirler (35,115). “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nde ise zamana karşı değişmezliğinin test edilmesinde, verilerimiz normal dağılıma

uygunluk göstermediği için test-tekrar test güvenilirlik katsayısı olarak Spearman Sıralama Korelasyon katsayısı hesaplanmıştır (Tablo 6).

Tablo 7’de görüldüğü gibi “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.74 olarak bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.000$). Tekrar test için hasta yakınlarıyla iki hafta sonra görüşülmüş olup, bu sürecin yapılan çalışma için uygun test-tekrar test aralığı olduğu belirlenmiştir.

Archbold ve arkadaşları (1990) 77 yaşlı hastanın hastaneden taburcu olduktan sonra, bakım veren yakınlarıyla 6. haftada ve 9. ayda yaptıkları çalışmada test-tekrar test korelasyon katsayısını 0.57 bulmuşlardır (118). Archbold ve arkadaşlarının 6. hafta ve 9. ay arasındaki test-tekrar test korelasyonunu hesaplamaları ve bizim çalışmamızda 2 hafta sonra tekrar test korelasyonu hesaplanması nedeniyle test-tekrar test korelasyon katsayısının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

5.1.2. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin İç Tutarlık Analizlerinin Değerlendirilmesi

İç tutarlık, ölçme aracının bütün birimlerinin ilgilenilen değişkeni ölçme yeteneğinde olduğunu belirleyen güvenilirliktir. Farklı iç tutarlık güvenilirlik saptama yöntemleri vardır (35). “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin güvenilirlik çalışmasında iç tutarlık analizlerinde ilk olarak madde analizi yöntemi kullanılmıştır.

Madde Analizlerinin Değerlendirilmesi

Madde-toplam ve madde-kalan korelasyon katsayıları teknikleri ile ölçek maddeleri ile ölçeğin bütünü arasındaki ilişkinin bulunması yoluyla yapılan tutarlık analizidir. Her bir ölçek maddesinin varyansı, toplam ölçek puanının varyansı ile karşılaştırılarak arasındaki ilişkiye bakılır. Bu ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyonu ile hesaplanır (115).

Ölçekte her bir madde ile toplam değerler arasındaki korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir. Eğer bir maddenin toplam puanla olan korelasyonu düşük ise, bu o maddenin testteki diğer maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğünü gösterir ve güvenilirliği düşürücü etkisi olduğundan o maddenin ölçekten çıkarılması gerekir.

Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi ölçütün altına düşünce güvenilirliğinin yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart yoktur. Çoğu araştırmacı 0.20 alt seviyesini kullanmaktadır. Ancak katsayının 0.30'un üstünde hatta 0.50'nin üstünde olması gerektiğini belirten araştırmacılar da vardır (113,115,119). “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin madde toplam puan korelasyonları incelendiğinde; madde korelasyon değerleri Tablo 8’de görüldüğü gibi 0.63 ile 0.84 arasında olduğu belirlenmiştir. En düşük madde toplam puan korelasyonu 0.63 ile 7. madde olan “Gerektiğinde sağlık kurumlarından bilgi ve yardım istemeye hazır mısınız?” maddesidir, En yüksek madde toplam puan korelasyonu 0.84 ile 8. madde olan “Hastanıza bakım verme konusunda kapsamlı olarak hazır mısınız?” maddesidir. Her bir maddenin madde toplam puan korelasyonu değerleri 0.50 değerinden büyük olduğu için uygulanan ölçekteki sorulardan herhangi birini çıkarmak gerekmemektedir ve “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin güvenilir bir ölçek olduğunu desteklemektedir ($p=0.000$) (Tablo 9). Elde edilen sonuçlara göre güvenilirliği düşürecek bir madde olmamakla birlikte herbir madde aynı niteliği ölçmektedir. Madde toplam puan korelasyonuna göre 7. maddenin en düşük puan değerine sahip olmasının nedeninin diğer maddelerin hasta yakınlarının birebir bakıma odaklı fiziksel, duygusal, bilişsel yönden bakım vermeye hazır olma durumlarını sorgulamasına rağmen 7. madde de sağlık kurumlarından bilgi ve yardım istemeye hazır olma durumlarının sorgulanması olduğu düşünülmektedir.

“Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Testi Yarılama Analizlerinin Değerlendirilmesi ve Cronbach Alpha Katsayıları

İç tutarlığı ölçmede kullanılan bölünmüş ölçek yöntemi, ölçek maddelerinin iki eşit parçaya bölünerek ölçüm sonuçları arasında korelasyon hesaplanarak bulunur. Bu yarıya bölme işlemi birkaç şekilde yapılabilir. Bunlardan biri ölçek maddelerini ilk yarı- ikinci yarı olarak sıralı şekilde ikiye bölmektir (35). Ölçeğin iki yarıya bölünmesi yöntemi ile edilen güvenilirlik katsayısı, eşdeğer iki yarı güvenilirliği olarak adlandırılır (120). Ölçeğin tamamı için güvenilirlik katsayısını bulmak için Spearman-Brown formülü ile hesaplanan katsayı kullanılır (113,115,120). Ölçeğin iki yarısına ait puanlardan iç tutarlılık katsayısını tahminde Cronbach Alpha katsayısı da kullanılır. İç tutarlılık katsayıları, ölçekteki bütün soru ya da maddelerin aynı özelliği ölçtüğü varsayımına dayanır. Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısının düşük olması

ölçeğin birkaç özelliği bir arada ölçtüğünü gösterebilir. Ölçeğin Alpha katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yordayan maddelerden oluştuğu varsayılır (115,120). İç tutarlılık katsayısı 0.00-0.39 arası ise ölçek güvenilir değil, 0.40-0.59 arası ise ölçek düşük güvenilirlikte, 0.60-0.79 arası ise ölçek oldukça güvenilir, 0.80-1.00 arası ise ölçek yüksek derece güvenilirdir. Hesaplanan iç tutarlılık katsayısı için genel kabul en az 0.70 olmasıdır (120).

Archbold ve arkadaşları (1990) 77 yaşlı hastanın hastaneden taburcu olduktan sonra, bakım veren yakınlarıyla yaptıkları çalışmada Cronbach Alpha değerini 6. haftada 0.72, 9. ayda 0.71 bulmuşlardır (118).

Kneeshaw ve arkadaşları (1999) Bypass olan yaşlı kadınlara bakım veren aile bireyleriyle yaptıkları bir çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değerini 0.76 bulmuşlardır (121).

Grant ve arkadaşları (2002) rehabilitasyon sonrası 74 inmeli hastanın yakınlarıyla yaptıkları bir çalışmada ölçeğin pilot uygulamasını yaparak Cronbach Alpha değerlerini 0.77 ile 0.88 arasında bulmuşlardır (122).

Hudson ve arkadaşları (2006) palyatif bakıma ihtiyacı olan 106 kanser hastasının birinci derece yakınlarıyla yaptıkları bir çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değerini 0.93 bulmuşlardır (123).

Eldredge ve arkadaşları (2006) Otolog kan ve ilik transplantasyonu yapılan hastaların yakınlarıyla yaptıkları bir çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değerini 0.94 olarak bulmuşlardır (124).

Schumacher ve arkadaşları (2008) 87 kanser hastasının yakınlarıyla yaptığı çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değerini 0.83 bulmuşlardır (125).

Henrikson ve arkadaşları (2011) 125 İsveçli palyatif bakım hastasının yakınlarıyla yaptıkları çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alpha sayısını 0.94 bulmuşlardır (126).

“Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin testi yarılama güvenirlik analizlerinde ölçek maddeleri iki eşit parçaya bölünmüş ve bunun sonucunda Spearman-Brown katsayısı 0.90, Gutmann Split-Half katsayısı 0.90 olarak hesaplanmıştır. İlk yarının Cronbach Alpha katsayısı 0.88, ikinci yarının Cronbach

Alpha katsayısı 0.85, iki yarı arasındaki korelasyon ise 0.82 olarak hesaplanmıştır. Toplam Cronbach Alpha katsayısı 0.92 olarak hesaplanmıştır (Tablo 10). Archbold ve arkadaşları (1990), Kneeshaw ve arkadaşları (1999), Grant ve arkadaşları (2002), Schumacher ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmalar incelendiğinde Cronbach Alpha sayısı hesaplanırken bizim çalışmamızdan farklı bir teknik kullanmadıkları ve örneklem sayılarının ise bizim çalışmamızdaki sayıdan anlamlı düzeyde farklı olmadığı belirlenmiştir. Yapılan bu çalışmalarda bakım verenlere hastaneden taburcu olduktan uzun süre sonra ölçek uygulanması ve “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin yanında farklı ölçeklerin de kullanılması nedeniyle Cronbach Alpha değerlerinin düşük olduğu, bizim çalışmamızda ölçeğin taburcu olmadan önceki 24-48 saat içerisinde uygulanması ve çalışmamızda sadece “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin güvenilirliğinin hesaplanması, Türk toplumunda bakım vermenin aile içinde önemli bir sorumluluk olması ve yardım etme olarak algılanması, toplumsal yapı ve kültürel farklılıklar nedeniyle Cronbach Alpha değerinin yüksek olduğu düşünülmektedir (118,121,122,125).

“Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin yapılan güvenilirlik analizleri (zamana karşı değişmezlik, iç tutarlılık; madde analizleri, testi yarılama analizleri ve Cronbach Alpha katsayısı) sonucunda tutarlılığı yüksek, güvenilir bir ölçektir.

5.2. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” Geçerlik Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Bir ölçme aracının geçerliği, aracın neyi ölçtüğü ve bu ölçme işleminin ne kadar iyi yaptığı anlamına gelmektedir (120). Ölçümün geçerli oluşu, ölçme aracının ölçmeyi planladığı özellikleri gerçekten ölçüyor anlamına gelir. Geçerlilik araştırmanın genel doğruluğunu zedeleyecek hataların bulunmaması durumudur (117).

5.2.1. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Kapsam Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Ölçek maddesinin ölçülmesi amaçlanan özelliği kapsama ya da maddenin ilgili yapıyı yorma gücünü belirlemek amacıyla bazı çalışmalara ihtiyaç vardır (127). Kapsam geçerliği, ölçme aracı içindeki maddeler veya soruların ölçme aracının

ölçmeyi amaçladığı konuları dengeli bir şekilde temsil etme derecesidir (114,117,120). Kapsam geçerliğini değerlendirmede kullanılan bir yöntem de uzman görüşü almaktır. Deneysel uygulamaların olanaklı olmadığı durumlarda, uzman görüşlerine dayalı nitel çalışmalar ile ölçek ve ölçekte yer alan maddelerin kalitesi kestirilmektedir. Kapsam geçerlik çözümlemesi sürecinde, konuyla ilgili en az üç alan uzmanının görüşlerine dayalı nitel çalışmalar istatistiksel nicel çalışmalara dönüştürülür. Kapsam geçerliği, alan uzmanlarına danışılarak saptanır, uzman eleştirisi ve önerilerine göre tekrar şekillendirilir (35,115,127). Uzmanların çoğunluğunun aynı fikirde olması belirleyici göstergedir (115).

Bu çalışma için ölçeğin oluşturulan Türkçe formu, kapsam geçerliği değerlendirilmek üzere 10 uzman görüşüne sunulmuş ve maddeleri uygunluk bakımından 1-4 arası puanlamaları istenmiştir. Değerlendirme de Davis tekniği kullanılarak kapsam geçerlik oranları 0.80 üzerinde olan maddelerin uygun olduğu kabul edilmiştir. Uzmanların değerlendirmeleri sonucunda ölçekteki maddelerin kapsam geçerlik oranları en düşük 0.90, en yüksek 1.00 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre kapsam geçerlik oranları yeterli düzeyde olup ölçekten çıkarılması düşünülen madde olmamıştır.

Henrikson ve arkadaşları (2013) yaptıkları bir çalışmada palyatif bakım hastasına bakım veren hasta yakınlarında ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğinin iyi olduğunu belirtmişlerdir (128).

5.2.2. “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Yapı-Kavram Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Yapı-kavram geçerliği, bir ölçeğin sonuçlarının ve sonuçlarının ne ile bağlantılı olduğunun açıklanmasına olanak sağlar. Ölçme aracını soyut bir olguyu ne derece doğru ölçebildiğini gösterir. Yapı-kavram geçerliğini değerlendirmede kullanılan farklı teknikler vardır (120). “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin yapı-kavram geçerliğini değerlendirmede ayırt edici geçerlik yöntemi kullanılmıştır.

“Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Ayırt Edici Geçerliğinin Değerlendirilmesi

İnmeli hastaların bağımlılık düzeyleri arttıkça bakım verenlerin bakım yükünün de artması bakım verenlerin bakım sorumluluklarını yerine getirirken zorluk yaşamalarına neden olmaktadır (43). Bu bağlamda “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin hasta yakınlarının bakım verdiği inmeli hastaların bağımlılık düzeylerine göre ayırt edici geçerliği değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucuna göre $p=0.035$ olup anlamlıdır ($p<0.05$). “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” hastaların bağımlılık düzeylerine göre bakım verenlerin bakım vermeye hazır oluşluklarını ayırt etmektedir. Bu farklılığın nereden kaynaklandığını incelemek için ileri analiz olarak Mann-Whitney U testi yapılmıştır ve elde edilen sonuçlara göre bağımsız hastalar ile orta düzey bağımlı hastaların hasta yakınlarının ölçek puanlarının arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Ölçek Bağımsız ve alt düzey bağımlı, alt düzey bağımlı ve orta düzey bağımlı hasta yakınlarının bakım vermeye hazır oluşluklarını ayırt etmemekte fakat bağımsız ve orta düzey bağımlı hasta yakınlarının bakım vermeye hazır oluşluklarını ayırt etmektedir.

Archbold ve arkadaşları (1990), Knesshaw ve arkadaşları (1999), Schumacher ve arkadaşları da (2008) yaptıkları çalışmalarda bakım verenlerin bakım vermeye hazır oluşluk durumları ile hastaların bağımlılık düzeyleri ve verilen bakımın zorluk düzeyi arasında negatif yönde ilişki olduğunu belirtmişlerdir (118,121,125).

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

“Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin Türkiye için güvenilirlik ve geçerliğini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçlarına göre;

- Ölçeğin zaman karşı değişmezliğini belirlemek için birinci uygulamadan iki hafta sonra ölçek 100 kişiye tekrar uygulanmış, birinci ve ikinci uygulama arasındaki korelasyonlar hesaplandığında korelasyon katsayısı $r = 0.74$ olarak bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. ($p=0.000$) (Tablo 7) (Grafik1).
- Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları incelendiğinde; madde korelasyon değerlerinin 0.63 ile 0.84 arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçekteki maddelerin korelasyon değerleri 0.50'nin üzerinde olduğu için ölçekte güvenilirliği azaltan madde bulunmamış olup en düşük korelasyona sahip olan 7. maddedir (Tablo 8).
- “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin madde-toplam korelasyonlarının $p<0.01$ düzeyinde anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 9).
- Ölçeğin testi yarılama güvenilirlik analizlerinde ölçek maddeleri sıralı olarak ikiye ayrılmış, bunun sonucunda Spearman-Brown katsayısı 0.90, Gutmann Split-Half katsayısı 0.90 olarak hesaplanmıştır. İlk yarının Cronbach Alpha katsayısı 0.88, ikinci yarının Cronbach Alpha katsayısı 0.85, iki yarı arasındaki korelasyon ise 0.82, Toplam Cronbach Alpha katsayısı ise 0.92 olarak hesaplanmıştır (Tablo 10).
- “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin yapılan güvenilirlik analizleri (zamana karşı tutarlılık; madde analizleri, testi yarılama analizleri ve Cronbach Alpha katsayısı) sonucunda iç tutarlılığı yüksek, güvenilir bir ölçek olduğu bulunmuştur.

- “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin içerik/kapsam geçerliliği için uzman görüşüne sunulmuş, her bir maddenin kapsam geçerlik oranları 0.80’nin üzerinde olduğu için geçerlik oranları yeterli düzeyde olup ölçekten çıkarılması gereken madde olmamıştır (Tablo 11).
- Sonuç olarak; çalışmanın **“Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği Türk toplumu için güvenilir bir ölçme aracıdır”** hipotezi (H1) ve **“Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği Türk toplumu için güvenilir bir ölçme aracıdır”** hipotezi (H2) kabul edilmiştir.
- “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” bağımsız ve orta düzey bağımlı hasta yakınlarının bakım vermeye hazır oluşluklarını ayırt ettiği için **“Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği hastaların bağımlılık düzeylerine göre bakım vericileri ayırt etmektedir”** hipotezi (H2a) kısmen kabul edilmiştir.

6.2. Öneriler

- Türkçe’ye çevrilerek inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarıyla geçerliği ve güvenilirliği yapılan “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin farklı hastalık tanısı almış hasta yakını gruplarında güvenilirlik ve geçerliğinin yapılması
- Ölçeğin hastaların bağımlılık düzeylerine yönelik ayırt ediciliğine ilişkin incelemeleri izleyen çalışmalarda devam edilmesi
- “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin farklı bölgelerde uygulanarak aradaki farkların nedenlerinin saptanması ve bulguların hasta yakınlarının hazır oluşluk durumlarının yükseltilmesi yönündeki çalışmalar için ilk basamağı oluşturması
- “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği”nin taburculuğu planlanan hastaların yakınlarına verilen eğitimin değerlendirilmesi ve sağlanacak desteğin planlanması aşamasında kullanılması
- Ölçeğin uygulanması ile elde edilen hasta yakınlarının bakım vermeye hazır olma durumlarının değerlendirmelerinin, hasta yakınlarının hazır olma durumlarını iyileştirmeye yönelik hemşirelik uygulamaları ve eğitim faaliyetlerinin geliştirilmesi ve uygulanmasında esas alınması önerilebilir.

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

1. Bilir N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni 2006;25(3):1-6.
2. Kalav S. İnme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
3. Akçalı A, Altındağ Ö, Aydeniz A, Koca İ, Gürsoy S. İskemik inmeli hastalarda inkontinans, ihmal sendromu ve emosyonel durumun lateralizasyon ve fonksiyonel bağımsızlık düzeyi ile ilişkisi. Gaziantep Tıp Dergisi 2010;16(1):1-5.
4. Doğan A, Dönmez BK, Nakipoğlu G, Özgirgin N. Geriatrik inmeli hastalarımızda eşlik eden sistemik hastalıklar ve komplikasyonlar. Turkish Journal of Geriatrics 2009;12(3):118-123.
5. Erden N. Kronik inme hastalarında duyuşal fonksiyonların; motor fonksiyonlar, yaşam kalitesi ve fonksiyonel değerlendirmeye etkileri. Yayımlanmamış uzmanlık tezi. İstanbul: İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2009.
6. Global burden of neurological disorders: estimates and projections. Switzerland: World Health Organization; 2006. Erişim tarihi: 20.10.2012.
Erişim:http://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf.
7. Causes of death in 2008. Global Health Observatory. Switzerland: World Health Organization; 2011. Erişim Tarihi: 18.2.2013.
Erişim:http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death_2008/en/index.html.
8. Murphy SL, Xu JQ, Kockhanek KD. Deaths: final data for 2010. National Vital Statistics Reports 2013;61(4):1-3.
9. Stroke statistics (2013). United Kingdom: Stroke Association; 2013. Erişim tarihi: 10.04.2014

Erişim: <http://www.stroke.org.uk/resource-sheet/stroke-statistics>.

10. Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet- Etkilik Projesi Hastalık Yükü Final Raporu. TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıha Mektebi Müdürlüğü; 2004. Erişim Tarihi: 20.10.2012. Erişim:<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/hastalikyukuTR.pdf>.
11. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü; 2013. Erişim tarihi: 10.04.2014. Erişim:<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-87578/h/istaturk2012.pdf>.
12. Ölüm nedeni istatistikleri (2013). Türkiye İstatistik Kurumu; 2014. Erişim tarihi: 10.04.2014
Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16162>.
13. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ et al. Heart disease and stroke statistics-2014 Update: A report from the American Heart Association. *Circulation* 2014;129(3):28-292.
14. Fesci H, Kutlutürkan S, Özer Z. Serebrovasküler hastalık ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;9(2):63-67.
15. Tuna M, Olgun N. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2010:41-52.
16. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Canlı ZÖ. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2011;38(1):57-65.
17. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics* 2002;5(4):155–159.
18. Erdem M. Yaşlıya bakım verme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;8(3):101-106.
19. Türkoğlu N. Kanserli hastalara bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin yaşam kalitesine etkisi. *Yayımlanmamış yüksekisans tezi. Eskişehir: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.*

20. Uğraş GA, Öztekin D, Kanan N. Kulak ameliyatı geçiren hastaların evde bakım konusunda bilgilendirilme durumu. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;14(1):24-30.
21. Çavuş D. Kanser hastalarının hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi. Yayınlanmamış yüksekisans tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
22. King BR, Hartke RJ, Houle T. Patterns of relationships between background characteristics, coping, and stroke caregiver outcomes. *Top stroke rehabil* 2010;17(4):308-307.
23. King BR, Hartke RJ, Houle T, Lee J, Herring G, Peterson BS et al. A problem-solving early intervention for stroke caregivers: One year follow-up. *Rehabilitation Nursing* 2012;37(5):231-243.
24. Henderson A, Zernike W. A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing* 2001;35(3):435-441.
25. Nurit P, Bella BC, Gila E, Revital Z. Evaluation of a nursing intervention project to promote patient medication education. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18(17):2530-2536.
26. Karabuğa H. Kanserli hastalara bakım verenlerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış yüksekisans tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
27. Aşiret DG, Kapucu S. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2012;2:73-80.
28. Varol S (2007). Akut iskemik inme ve metabolik sendrom birlikteliği. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. İstanbul: Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2007.
29. Erdil F. Yaşlanan toplum ve yaşlının evde bakımı. 2009. Erişim Tarihi: 21.10.2012
Erişim:http://www.ekutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/23.pdf.

30. Öztürk H, Çilingir D, Hintistan S. Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. DEUHYO ED 2011;4(4):153-158.
31. Yıldırım SA, Yılmaz Ö, Öksüz Ç, Özer S, Düger T. Erişkin nöromuskuler hastalıklarda bakım veren ailelerin fiziksel ve psikososyal özellikleri. 2011. Erişim Tarihi: 20.10.2012.
Erişim:<http://www.ozida.gov.tr/default20.aspx?menu=ozveri&sayfa=ov12/ov12mak3>.
32. Truelsen T, Begs S, Mathers C. The global burden of cerebrovascular disease. 2006. Erişim tarihi: 24.10.2012.
Erişim:http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_cerebrovascular_diseases_tro ke.pdf.
33. Utku U. İnme tanımı, etyolojisi, sınıflandırma ve risk faktörleri. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2007;53(1):1-3.
34. Can ÖS, Ünal N. Evde bakım ve tedavi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2008;6(4):6-13.
35. Erefe İ, editör. Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri. İstanbul: Odak ofset; 2002.
36. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004;30(3):211-216.
37. Balkan S. Serebrovasküler Hastalıklar. Ankara: Öncü Basımevi; 2002.
38. Rothwell PM, Coull AJ, Giles MF, Howard SC, Silver LE, Bull LM et al. Oxford Vascular Study. Change in stroke incidence, mortality, case-fatality, severity, and risk factors in Oxfordshire, UK from 1981 to 2004 (Oxford Vascular Study). Lancet 2004;363:1925-1933.
39. Uslu M, Özgür G, Gümüş AB. İnme tanılı hastaların depresyon düzeyleri ve etki eden faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11(1):7-15.

40. Karatepe GA, Kaya T, Şen N, Günaydın R, Gedizlioğlu M. İnmeli hastalarda risk faktörleri ve fonksiyonel bağımsızlık ile ilişkisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2007;53:89-93.
41. Kumral E, Özkaya B, Vardarlı E, Sağduyu A, Şirin H, Pehlivan M. Ege inme veri tabanı. Ege bölgesinde hastane tabanlı çalışma 2000 inme hastasının analizi. *Türk Norol Derg* 1997;1(2):3-12.
42. Gündüz B. İnme ve prognozu etkileyen faktörler. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2006;52:30-33.
43. Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler *DEUHYO ED* 2011;4(3):125-130.
44. Flannery J, Bulecza S. Vascular and degenerative problems of the brain. In: Monahan FD, Sands JK, Neighbors M, Marek JF, Green CJ, editors. *Phipps' Medical-surgical nursing: Health and illness perspectives*. 8th ed. USA: Mosby, 2007:1421-1458.
45. Karadakovan A. (2011). Sinir sistemi hastalıkları. İçinde: Karadakovan A, Arslan FE, editörler. *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. 2. Baskı. Adana: Nobel Kitabevi, 2011:1191-1230.
46. Awada, A. Stroke risk factors:an overview. The periodical second issue. 2002. Erişim Tarihi: 25.10.2012
Erişim:<http://www.ssa.org.sa/sagas%20archive/The%20Periodical/Issue%202/Page%204.htm>.
47. Ay S, Doğan ŞK, Evcik D. İnmeli hastalarda risk faktörleri ve fonksiyonel iyileşme üzerine etkileri. *Yeni Tıp Dergisi* 2009;26:37-41.
48. Yıldız N, Şanal E, Sarsan A, Topuz O, Ardıç F. İnmeli hastaların özellikleri ve fonksiyonel sonuçlarını etkileyen faktörler. *FTR Bil Der-J PMR Sci* 2009;12:59-66.
49. Midi İ, Afşar N. İnme risk faktörleri. *Klinik Gelişim* 2010;1:1-14.
50. Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, Appel LJ, Brass LM, Bushnell CD. Primary Prevention of Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: Cosponsored by the

Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke* 2006;13:873-923.

51. ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: the Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT) *JAMA* 2002;288:2981-2997.
52. Black HR, Elliott WJ, Neaton JD, Grandits G, Grambsch P, Grimm RH et al. Baseline characteristics and early blood pressure control in the CONVINCE Trial. *Hypertension* 2001;37:12-18.
53. Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE, Julius S, Beevers G, de Faire U et al. LIFE Study Group. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002;359:995-1003.
54. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, Agostino RB et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: the Framingham Heart Study. *JAMA* 2002;287:1003-1010.
55. Kumral E, İnce B, Öztürk V, Kutluk K, Özdemir AÖ, Özdemir G. Serebrovasküler hastalıklar. İçinde: Erol Ç, editör. İç hastalıkları. 1. Baskı. 2. Cilt. Ankara: MN Medikal ve Nobel Tıp Kitapevleri, 2008:4139-4188.
56. Rodriguez BL, D'Agostino R, Abbott RD, Kagan A, Burchfiel CM, Yano K et al. Risk of hospitalized stroke in men enrolled in the Honolulu Heart Program and the Framingham Study: a comparison of incidence and risk factor effects. *Stroke* 2002;33:230-236.
57. Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA et al. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. *JAMA* 2002;288:1882-1888.

58. Turhan N. İnmede prognoza etki eden klinik faktörler. *FTR Bil Der* 2006;9:3-4.
59. Kissela BM, Khoury J, Kleindorfer D, Woo D, Schneider A, Alwell K et al. Epidemiology of ischemic stroke in patients with diabetes: the Greater Cincinnati/Northern Kentucky Stroke Study. *Diabetes Care* 2005;28:355-359.
60. Öztürk Ş. Serebrovasküler hastalık epidemiyolojisi ve risk faktörleri *Türk Geriatri Dergisi* 2010;13(1):51-58.
61. Tanne D, Shotan A, Goldbourt U, Haim M, Boyko V, Adler Y, Mandelzweig L, Behar S. Severity of Angina pectoris and risk of ischemic stroke. *Stroke* 2002;33:245-250.
62. Bots ML, Elwood PC, Nikitin Y, Salonen JT, Freire de CA, Inzitari D et al. Total and HDL cholesterol and risk of stroke. EUROSTROKE: A collaborative study among research centres in Europe. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(1):19-24.
63. Johnsen SP, Overvad K, Stripp C, Tjønneland A, Husted SE, Sorensen HT. Intake of fruit and vegetables and the risk of ischemic stroke in a cohort of Danish men and women. *Am J Clin Nutr* 2003;78:57-64.
64. Nagata C, Takatsuka N, Shimizu N, Shimizu H. Sodium intake and risk of death from stroke in Japanese men and women. *Stroke* 2004;35:1543-1547.
65. Hurn PD, Brass LM. Estrogen and stroke: a balanced analysis. *Stroke* 2003;34:338-341.
66. Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, Bassford T, Beresford SA, Black H et al. Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291(14):1701-1712.
67. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285:2486-2497.

68. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kumpusalo E, Tuomilehto J et al. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. JAMA 2002;288:2709-2716.
69. Onat ŞŞ, Erkin G. İnmede risk faktörleri. FTR Bil Der J PMR Sci 2008;1:30-37.
70. Turgut C. İskemik inmede risk faktörleri ve TOAST sınıflandırması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. İstanbul: Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2005.
71. Memiş S, Tülek Z. İnmeli hastalarda görülen konuşma bozukluklarında hemşirenin rolü. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004;8(1):53-61.
72. Nichols-Larsen DS, Clark PC, Zeringue A, Greenspan A, Blanton S. Factors influencing stroke survivors' quality of life during subacute recovery. Stroke 2005;36:1480-1484.
73. Şenocak Ö, El Ö, Söylev GÖ, Avcılar S, Peker Ö. İnme sonrasında yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Journal of Neurological Sciences 2008;25(3):169-175.
74. Koç A. İnme'de günlük yaşam aktiviteleri. Gülhane Tıp Derg 2012;54:1-7.
75. Yılmaz M, Yılmaz N. Antakya'da inmeye bağlı mortalite. S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2001;2(3):145-147.
76. Mollaoğlu M, Fertelli TK, Tuncay FÖ. İnmeli yaşlı bireylerin bilişsel düzeyleri ve beslenme durumları arasındaki ilişki. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2010;3:30-37.
77. The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. İskemik inme ve geçici iskemik atağa yaklaşım rehberi. 2008. Erişim tarihi: 25.10.2012.
Erişim: http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Turkish.pdf.
78. Food trial collaboration. Poor nutritional status on admission predicts poor outcomes after stroke: observational data from the FOOD trial. Stroke, 2003;34(6):1450-1456.

79. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD et al. Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. *Stroke* 2005;36(9):100-143.
80. Eyigör S. İnmeli hastada rehabilitasyon prensipleri, yaşam kalitesi, son durum değerlendirmesi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2007;53(1):19-25.
81. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and pulmonary complications. *Stroke* 2005;36(12):2756-2763.
82. Selçuk B. İnmede yutma bozuklukları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2006;52:38-44.
83. Atalay NŞ, Akkaya N, Özlü A, Şahin F. Hemipleji sonrası gelişen spastisitede botulinum toksin A'nın etkinliği. *Anatol J Clin Investig* 2012;6(2):92-96.
84. Sommerfeld DK, Eek EU, Svensson AK, Holmqvist LW, Arbin MH. Spasticity after stroke: its occurrence and association with motor impairments and activity limitations. *Stroke* 2004;35(1):134-139.
85. Hancı M, Erhan B. Spastisite. İstanbul: Nobel tıp kitapevleri; 2011.
86. Armağan O. İnme sonrası afazi ve yaşam kalitesi. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi* 2011;17(3):89-94.
87. Atamaz F. İnmede konuşma bozuklukları ve rehabilitasyonu. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2007;53(1):11-15.
88. Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. *JAMA* 2006;296(8):974-984.
89. Kamphuisen PW, Agnelli G, Sebastianelli M. Prevention of venous thromboembolism after acute ischemic stroke. *Journal of Thrombosis and Haemostasis* 2005;3(6):1187-1194.
90. Pettersen R, Saxby BK, Wyller TB. Poststroke urinary incontinence: one-year outcome and relationships with measures of attentiveness. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(10):1571-1577.
91. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Suethanapornkul S, Manimmanakorn N, Archongka Y. Complications during the rehabilitation period in Thai patients

- with stroke: a multicenter prospective study. *Am J Phys Med Rehabil* 2009;88(2):92-99.
92. Baztan JJ, Domenech JR, González M. New-onset fecal incontinence after stroke: risk factor or consequence of poor outcomes after rehabilitation? *Stroke* 2003;34(8):101-102.
93. Kızıl R, Şenocak Ö, El Ö, Gözüm M, Kutluk K, Öztürk V, Peker Ö. Hemiplejik hastalarda omuz ağrısı sıklığı ve ilişkili faktörler. *Journal of Neurological Sciences* 2009;26(2):206-13.
94. Uzunca K. İnmede üst ekstremitte komplikasyonları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2006;52(Özel Ek B):B23-B29.
95. Gamble GE, Barberan E, Laasch HU, Bowsher D, Tyrrell PJ, Jones AK. Poststroke shoulder pain: a prospective study of the association and risk factors in 152 patients from a consecutive cohort of 205 patients presenting with stroke. *Eur J Pain* 2002;6(6):467-474.
96. Şen A, Ataklı D, Karşıdağ S, Ertan N, Arpacı B. İnme sonrası erken nöbet gelişimi. *Düşünen Adam* 2004;18(2):89-94.
97. Mackintosh SF, Hill K, Dodd KJ, Goldie P, Culham E. Falls and injury prevention should be part of every stroke rehabilitation plan. *Clin Rehabil* 2005;19(4):441-51.
98. Sivas F, Alemdaroğlu E, Yıldırım Ö, Tezel N, Ucan H, Bodur H. İnmeli hastalarda düşme ve düşme tahmin indeksinin değerlendirilmesi. *Türk geriatric dergisi* 2009;12(2):55-61.
99. Bayam G, Dilbaz N, Özalp E, Güz H. İnme sonrası duygudurum bozuklukları. *Klinik psikiyatri*, 2001;4:154-165.
100. Soyuer F, Ünal D, Öztürk A. İnme hastalarında yorgunluk. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi* 2008;14(3):73-77.
101. Çakırcalı E. Hasta bakımı ve tedavisinde temel ilke ve uygulamalar. 3. Baskı. İzmir: Nöbel tıp kitapçevleri; 2000.
102. Topçu S, Bölüktaş RP. İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi* 2012;29(3):159-164.

103. Albayrak A, Erden HU, Erkal S, Köşgeroğlu N, Ançel G. Nörolojik bilimler hemşireliği. Ankara: Gözde Ofset; 2006.
104. White L, Duncan G. Medical surgical nursing: An integrated Approach. 2nd ed. USA: Delmar, 2002:613-665.
105. Ferri PC, Schoenborn C, Kalra L, Acosta D, Guerra M, Huang Y et al. Prevalence of stroke and related burden among older people living in Latin America, India and China. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2011;82:1074-1082.
106. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Güncel Yaklaşımlar* 2011;3(3):513-552.
107. Pinquart M, Sorensen S. Correlates of physical health of informal caregivers: Ameta-analysis. *Journals of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences* 2007;62:126-137.
108. Morimoto T, Andrea SS, Asano H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregiver. *Age and Ageing* 2003;32(2):218-223.
109. Kapucu S, Kutlutürkan S, Fesci H. Family caregivers' difficulties in caring for bedridden stroke patients. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009;16(3):17-31.
110. Arabacı LB, Çam O. Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi Değerlendirme Formu'nun Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;25(1):1-12.
111. Zwicke DA. Preparedness for Caregiving Scale. 2010. Erişim Tarihi: 10.03.2013. Erişim:http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_28.pdf.
112. Carter JH, Stewart BJ, Archbold PG, Inoue I, Jaqlin J, Lannon M et al. Living with a person who has Parkinson's disease: The spouse's perspective by stage of disease. *Movement Disorders* 1998;13(1):20-28.
113. Karasar N. Bilimsel araştırma yöntemi: Kavramlar ilkeler teknikler. 26.basım. Ankara: Nobel Kitapevi; 2014.
114. Aktürk Z, Acemoğlu H. Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi* 2012;39(2):316-319.

115. Aker S, Dündar C, Pekşen Y. Ölçme araçlarında iki yaşamsal kavram: Geçerlik ve güvenilirlik O.M.Ü. Tıp Dergisi 2005;22(1):50-60.
116. Önler E, Saraçoğlu GV. Hemşirelikte meslek seçimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği. DEUHYO ED 2010;3(2):78-85.
117. Çakmur H. Araştırmalarda ölçme-güvenilirlik-geçerlilik. TAF Preventive Medicine Bulletin 2012;11(3):339-344.
118. Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, Harvath T. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Research in Nursing and Health 1990;13:375-384.
119. Kurşun Ş, Kanan N. Bakım davranışları ölçeği-24'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15(4):229-235.
120. Tavşancıl E (2010). Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 4.Basım. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2010:3-61.
121. Kneeshaw MF, Considine RM, Jennings J. Mutuality and preparedness of family caregivers for elderly women after Bypass surgery. Applied Nursing Research 1999;12(3):128-135.
122. Grant JS, Elliott TR, Weaver M, Bartolucci AA, Giger JN. Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. Stroke 2002;33:2060-2065.
123. Hudson PL, White KH. Measuring the psychosocial characteristics of family caregivers of palliative care patients: psychometric properties of nine self-report instruments. Journal of Pain and Symptom Management 2006;31(3):215-228.
124. Eldredge DH, Nail LM, Maziarz RT, Hansen LK, Ewing D, Archbold PG. Explaining family caregiver role strain following autologous blood and marrow transplantation. Journal of Psychosocial Oncology 2006;24(3):53-74.
125. Schumacker KL, Stewart BJ, Archbold PG, Caparro M, Mutale F, Agrawal S. Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. Oncology Nursing Forum 2008;35(1):49-56.

126. Henriksson A, Andershed B, Benzein E, Arestedt K. Adaptation and psychometric evaluation of the Preparedness for Caregiving Scale, Caregiver Competence Scale and Rewards of Caregiving Scale in a sample of Swedish family members of patients with life-threatening illness. *Palliative Medicine* 2011;26(7):930-938.
127. Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. 2005. Erişim tarihi: 10.04.2014. Erişim: <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/PamukkaleBildiri.pdf>.
128. Henriksson A, Arestedt K. Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness for caregiving in family caregivers in palliative care: A correlational, cross-sectional study. *Palliative Medicine* 2013;27(7):639-646.

EKLER

EK I: Hasta Yakını Tanıtım Formu

HASTA YAKINI TANITIM FORMU

A. Bakım verenin sosyo-demografik özellikleri

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz
 - a) Kadın
 - b) Erkek
3. Medeni durumunuz
 - a) Evli
 - b) Bekar
 - c) Boşanmış/Dul
4. Çocuk sayınız
 - a) Yok
 - b) 1-2
 - c) 3-4
 - d) 5 ve üstü
5. Eğitim durumunuz
 - a) Okur-yazar değil
 - b) Okur-yazar
 - c) İlköğretim
 - d) Ortaöğretim
 - e) Üniversite
 - f) Diğer.....
6. Çalışma durumunuz
 - a) Çalışıyorum
 - b) Çalışmıyorum
7. Çalışıyorsanız mesleğiniz
 - a) Emekli
 - b) Memur
 - c) Ev hanımı
 - d) İşçi
 - e) Diğer.....
8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - a) Gelir giderden fazla
 - b) Gelir ve gider eşit
 - c) Gelir giderden az
9. Nerede oturuyorsunuz?
 - a) İl
 - b) İlçe
 - c) Köy
10. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?
 - a) Yalnız
 - b) Eş
 - c) Çocuklar
 - d) Diğer.....
11. Hastaya yakınlık dereceniz
 - a) Eş
 - b) Çocuk
 - c) Akraba
 - d) Diğer

12. Hastayla birlikte yaşama durumunuz

- a) Hastayla birlikte yaşıyorum b) Hastayla birlikte yaşamıyorum

13. Daha önce hasta bakımına ilişkin deneyiminiz

- a) Yok b) Var (belirtiniz).....

14. Hastaya bakım verirken bakım yükünüzü azaltacak, size destek veya yardımcı olabilecek kişi veya kişiler var mı?

- a) Hayır b) Evet (Kimlerden ve nasıl belirtiniz).....

B. İnme tanısı almış hastaya ilişkin bilgiler

15. Hastanın yaşı....

16. İnme tanısı aldığı süre....

17. Hastada inme sonrası gelişen yetersizlikler

Yüz, kol veya bacakta özellikle vücudun bir tarafında güçsüzlük uyuşma veya karıncalanma

Yürüme güçlüğü

Denge kaybı

Kolları ve bacakları hareket ettirmede güçlük

Yutma güçlüğü

Konuşamama

Konuşma güçlüğü

Anlama güçlüğü

Bir veya iki gözde görme sorunu veya çift görme

Bilinç bulanıklığı veya kişilik değişiklikleri

18. Hastanın bağımlılık düzeyi

- a) Bağımsız b) Alt düzey bağımlı c) Orta düzey bağımlı d)Üst düzey bağımlı

EK II: Ege Üniversitesi Hastanesi Hasta Bağımlılık Düzeyi Formu

EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ HASTA BAĞIMLILIK DÜZEYİ FORMU

Servise kabul (3 puan)							
Taburcu edilme (2 puan)							
Bilinci kapalı (24 puan)							
İnkontinans (18 puan)							
Oryantasyon bozuk (15 puan)							
Tam görme kaybı (12 puan)							
İzolasyon (9 puan)							
Kısmi hareketsizlik (9 puan)							
Tam hareketsizlik (24 puan)							
Monitöre bağlı (24 puan)							
Respiratöre bağlı (24 puan)							
Kapsamlı yara/deri bakımı (24 puan)							
Trakeostomi (6 puan)							
Yatak istirahati (10 puan)							
Yardımla kalkar (5 puan)							
Yardımla banyo yapar (3 puan)							
Total banyo gereksinimi (4 puan)							
Beslenme sondası ile beslenme (3 puan)							
Oral beslenme gereksinimi (10 puan)							
Aldığı-çıkardığı takibi (2 puan)							
Numune toplanması (2 puan)							
Tüp bakımı (8 puan)							
Kısmi yara/deri bakımı (8 puan)							
Oksijen terapi (6 puan)							
2 saat arayla vital bulgu (12 puan)							
İ.V girişimler (12 puan)							
Özel eğitim gerekli (12 puan)							
Özel emosyonel destek (12 puan)							
Tanı testi hazırlığı (3 puan)							
TOPLAM PUAN							

0-24 puan: Bağımsız

25-48 puan: Alt düzey bağımlı

49-120 puan: Orta düzey bağımlı

121- 160 ↑ : Üst düzey bağımlı

EK III : Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği

BAKIM VERMEYE HAZIR OLMA DURUMUNUZ

Hastanıza bakım vermeye hazır olma durumunuzu bilmek için aşağıdaki sorulara cevap vermenizi istiyoruz. Şuan hastanıza siz bakım vermiyorsanız bile, taburcu olduktan sonra evde bakım vermeye hazır olma durumunuzu aşağıdaki seçeneklerden size uygun olanı seçerek cevaplayınız.

	Hiç hazır değilim	Yeterince hazır değilim	Kısmen hazırım	Oldukça hazırım	Tamamen hazırım
1.Hastanızın fiziksel bakım ihtiyacını karşılamaya hazır mısınız?					
2.Hastanızın duygusal gereksinimlerini karşılamaya hazır mısınız?					
3.Hastanızın ihtiyacı olan bakımın neler olduğunu bilmeye/anlamaya ve bu ihtiyaçları karşılamaya hazır mısınız?					
4.Bakım verme stresiyle baş etmeye hazır mısınız?					
5.Hastaya evde vereceğiniz bakımdan sizin ve hastanızın memnun olacağı konusunda ne kadar hazırsınız?					

6.Hastanızla ilgili gelişebilecek acil durumların önemini kavrama ve başa çıkmaya hazır mısınız?					
7.Gerektiğinde sağlık kurumlarından bilgi ve yardım istemeye hazır mısınız?					
8.Hastanıza bakım verme konusunda kapsamlı olarak hazır mısınız?					
9.Bakım verme konusunda daha iyi hazırlanmak istediğiniz özel bir konu var mı?					

EK IV: The Preparedness for Caregiving Scale

The Preparedness for Caregiving Scale

YOUR PREPARATION FOR CAREGIVING

We know that people may feel well prepared for some aspects of giving care to another person, and not as well prepared for other aspects. We would like to know how well prepared you think you are to do each of the following, even if you are not doing that type of care now.

	Not at all prepared	Not too well prepared	Somewhat well prepared	Pretty well prepared	Very well prepared
1. How well prepared do you think you are to take care of your family member's physical needs?	0	1	2	3	4
2. How well prepared do you think you are to take care of his or her emotional needs?	0	1	2	3	4
3. How well prepared do you think you are to find out about and set up services for him or her?	0	1	2	3	4
4. How well prepared do you think you are for the stress of caregiving?	0	1	2	3	4
5. How well prepared do you think you are to make caregiving activities pleasant for both you and your family member?	0	1	2	3	4
6. How well prepared do you think you are to respond to and handle emergencies that involve him or her?	0	1	2	3	4
7. How well prepared do you think you are to get the help and information you need from the health care system?	0	1	2	3	4
8. Overall, how well prepared do you think you are to care for your family member?	0	1	2	3	4
9. Is there anything specific you would like to be better prepared for? _____					

EK V: Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurul Raporu



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

SAYI : 2013- 27
KONU : Araştırma Kararı hk.

Bornova /İZMİR
08.07.2013

E.Ü. HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültemiz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi Seçil KARAMAN ve Prof.Dr.Ayfer KARADAKOVAN'ın sorumluluğunda Temmuz 2013 – Ekim 2013 tarihleri arasında yapılması planlanan “İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” konulu araştırması 08.07.2013 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve “Araştırmanın Yürütülmesi Uygun” bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.


Doç.Dr.Ülkü GÜNEŞ
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

EK VI: Ege Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı İzin Yazısı



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi



SAYI : 69631334 - 1902 - 14593
KONU: Tez Çalışması Hk.

12.08/2013

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İLGİ: 1482 sayılı ve 24.07.2013 tarihli yazınız.

Fakülteniz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Ayfer KARADAKOVAN sorumluluğunda Yüksek Lisans öğrencisi Seçil KARAMAN'ın "İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakıma Hazır Oluşuk Ölçeği" konulu tez çalışmasını Temmuz 2013-Ekim 2013 tarihleri arasında Nöroloji Anabilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

Prof.Dr. Alper TÜNGER
Başhekim V.

EK VII: Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu çalışma; bakım veren hasta yakınlarının hasta bakımına hazır oluşluk durumlarını değerlendirme ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması amacıyla yapılması planlanmıştır.

Araştırma esnasında size bir takım anketler verilecektir ve anket doldururken verilecek olan bireysel bilgilere araştırmacının dışında başka bir bireyin ulaşmasına izin verilmeyecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, çalışma sonrası gereksinimler doğrultusunda belirtilen konularda bilgi ve anlaşılır yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırmaya katılıp katılmamakla özgürsünüz, katılmama yönünde verilen kararınız buradan aldığınız hizmeti etkilemeyecektir.

Tüm bu açıklamalar doğrultusunda araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Ad Soyad:

Tarih:

İmza:

EK VIII: Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği Kullanım İzni

Re: Preparedness for Caregiving Scale

Kimden: **Pat Archbold** (pat.archbold@gmail.com)

Gönderme tarihi: 14 Mart 2013 Perşembe 21:49:09

Kime: SEÇİL KARAMAN (secil.karaman@windowslive.com)

Hi again Secil,

You are welcome to translate and use the Preparedness Scale. You will find it on page 16 of the attached Family Care Inventory. I have also attached some information about the development of the scale for you.

I wish you the best in your work.

Pat Archbold

On Thu, Mar 14, 2013 at 3:15 PM, SEÇİL KARAMAN
<secil.karaman@windowslive.com> wrote:

Dear Archbold;

Firstly, I appreciate to you for your answer. I want to study with caregivers about their preparedness and we don't have any scale in our country. I found the article about Preparedness for Caregiving Scale, which was developed by you and we also need a similar scale to determine caregivers preparedness. I beg your permission to translate your scale into Turkish and to demonstrate validity and reliability for Turkish population. Thank you for your interest.

Best regards

Ege University School of Nursing

Nursing student

Secil Karaman

EK IX: Görüş Alınan Uzmanların Listesi

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Asiye Durmaz Akyol	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Yasemin Yıldırım	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Yrd. Doç. Dr. Hatice Başkale	Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu
Uzm. Dr. Ayşe Güler	Ege Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Kliniği
Uzm. Dr. Habibe Onbaşı	Ege Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Kliniği
Uzm. Dr. Cihat Uzunköprü	Ege Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Kliniği
Araş. Gör. Canan Demir Barutçu	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Araş. Gör. Burcu Akpınar Söylemez	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Sorumlu Hemşire Ebru Özel	Ege Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Kliniği
Hemşire İlknur Çamulu	Ege Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Kliniği

ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında Salihli'de doğdu. İlkokul, orta ve lise eğitimini burada tamamladı. 2005 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde eğitime başladı. Bu süreç içerisinde yaz aylarında üç aylığına Amerika'ya giderek dilini geliştirdi, yurt içi ve yurt dışı çeşitli kongre ve kurslara katıldı, üç ay Erasmus değişim öğrencisi olarak Belçika'da eğitim gördü ve 2010 yılında mezun oldu. 2010-2011 yılları arası Kent Hastanesi'nde, 2011-2014 yılları arası Ege Üniversitesi Nörolojik Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalıştı. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda 2011 yılında başladığı Yüksek Lisans eğitimini sürdürmektedir.

e-posta: secil.karaman@windowslive.com